

I NUMERI DEL CANCRO IN ITALIA 2018

I DATI REGIONALI



Associazione Italiana di Oncologia Medica



Associazione Italiana di Oncologia Medica



Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

I NUMERI DEL CANCRO IN ITALIA 2018

I DATI REGIONALI

Versione per pazienti e cittadini
a cura di Fondazione AIOM

 **Intermedia** EDITORE

Via Malta 12/B – 25124 Brescia

Tel. 030.226105

intermedia@intermedianews.it – www.medinews.it

Prefazione

Riproponiamo per il secondo anno una versione sintetica de “I numeri del Cancro in Italia 2018” dedicata ai pazienti, ai cittadini e a tutti coloro che hanno la curiosità di conoscere e approfondire questi temi di così grande rilievo nella vita di tutti noi.

Ringraziamo ancora una volta AIOM e AIRTUM a cui quest’anno si aggiunge PASSI per l’aiuto offerto nel rendere accessibile il loro sapere in una versione adattata e che cercheremo sempre più di migliorare per il pubblico.

Inoltre abbiamo voluto con AIOM, AIRTUM e PASSI continuare il percorso di analisi dei fattori di rischio per i tumori, percorso che per il 2018 si è focalizzato su nostra richiesta su fumo, alcol e stili di vita dopo una diagnosi di tumore.

È un impegno che continua!

Fabrizio Nicolis

Presidente Fondazione AIOM

Introduzione

Siamo arrivati nel 2018 alla pubblicazione dell'ottava edizione del volume "I numeri del cancro in Italia", nato dalla collaborazione iniziale tra AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica) ed AIRTUM (Associazione Italiana dei Registri Tumori) per fotografare i dati epidemiologici della patologia neoplastica in Italia e il loro andamento negli anni. Negli anni il volume si è arricchito, grazie al contributo di Fondazione AIOM, a testimonianza dell'importanza del coinvolgimento dei pazienti oncologici e delle associazioni pazienti e, dal 2018, anche di PASSI, il sistema di sorveglianza (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), avviato nel 2007 con l'obiettivo di effettuare un monitoraggio sullo stato di salute della popolazione adulta italiana (18-69 anni) attraverso la rilevazione sistematica e continua delle abitudini, degli stili di vita e dello stato di attuazione dei programmi di prevenzione in atto in Italia.

In questo volume dedicato a pazienti oncologici e cittadini, vengono riportati i dati di incidenza di tumori (oltre 373.000 nuovi casi di tumori maligni nel 2018), di mortalità (oltre 178.000 decessi nel 2015), di sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi e i dati di prevalenza.

Per valutare gli andamenti di incidenza e mortalità negli anni e comprendere quanto abbiano influito gli interventi sanitari (in termini di prevenzione, diagnosi e trattamento), si fa riferimento a dati standardizzati, che quindi sono calcolati al netto dell'invecchiamento della popolazione. I dati relativi ai trend temporali indicano che l'incidenza dei tumori è in riduzione in entrambi i generi e che la mortalità continua a diminuire in maniera significativa in entrambi i sessi come risultato di più fattori, quali la prevenzione primaria (ed in particolare la lotta al tabagismo), la diffusione degli screening su base nazionale, i miglioramenti diagnostici, i progressi terapeutici (chirurgici, farmacologici, radioterapici) e l'applicazione sempre più su larga scala di una gestione multidisciplinare dei pazienti oncologici.

Se si osservano invece i numeri assoluti (dati grezzi), si nota un progressivo aumento di nuove diagnosi annuali di tumori (incidenza), legato all'invecchiamento della popolazione italiana, a fronte tuttavia di una stabilità del numero dei decessi per cancro registrati dal 2012 al 2015. Questi numeri sono i risultati della lotta contro il cancro in Italia.

La sopravvivenza a 5 anni, che è un'altra modalità di valutazione dell'efficacia del sistema sanitario nei confronti della patologia tumorale ed è condizionata dalla fase

nella quale viene diagnosticata la malattia e dall'efficacia delle terapie intraprese, evidenzia un continuo miglioramento. Le persone che si sono ammalate nel 2005-2009 hanno avuto una sopravvivenza migliore rispetto a chi si è ammalato nel quinquennio precedente sia negli uomini (54% vs 51%) sia nelle donne (63% vs 60%). Queste differenze percentuali, seppur piccole, significano tuttavia migliaia di persone in più vive rispetto agli anni precedenti.

Un modo per leggere i progressi della lotta al cancro in Italia è anche quello di “contare” le persone che sono vive dopo una diagnosi di neoplasia (i cosiddetti prevalenti): nel 2018 sono circa 3 milioni e 400.000, in continuo aumento.

Questi numeri, in continua crescita, richiedono un'attenta valutazione per l'impatto sanitario e sociale in termini di programmazione del follow-up e della riabilitazione.

Tra le novità di quest'anno l'inserimento di nuovi capitoli che riguardano gli **stili di vita (alcol e fumo) dei cittadini italiani** e di un capitolo sul **profilo di salute e i fattori di rischio delle persone con pregressa diagnosi di tumore**. Sono argomenti che sono stati fortemente voluti da Fondazione AIOM, realizzati con il contributo determinante di PASSI e riportati in questo volume perché importanti sia per i cittadini, al fine di comprendere l'importanza dell'adesione a stili di vita adeguati per poter prevenire il cancro, sia per i pazienti, che debbono comprendere come stili di vita corretti dopo il cancro possano contribuire a ridurre le riprese di neoplasia. Il continuo aggiornamento e monitoraggio dell'epidemiologia oncologica in Italia permette di valutare l'impatto delle strategie di prevenzione dei tumori nel nostro Paese e dei sistemi diagnostico-terapeutici, nell'attesa di una completa implementazione delle Reti oncologiche Regionali. I numeri e gli andamenti della patologia neoplastica riportati in questo volume possono diventare un riferimento in sanità pubblica in merito a scelte e programmazioni future, che dovranno tener conto della necessità di investimenti importanti in termini di prevenzione primaria per poter ridurre il rischio di ammalarsi di tumore. **Il cancro è infatti la patologia cronica potenzialmente più prevenibile ed oggi anche più “curabile”.**

Un sincero ringraziamento a quanti hanno contribuito alla realizzazione di questa ottava edizione del volume “I numeri del cancro in Italia 2018”, agli operatori dei Registri Tumori, agli oncologi e a tutti gli operatori sanitari che ogni giorno sono impegnati nell'offrire assistenza e cura ai pazienti oncologici.

Stefania Gori
Presidente AIOM

Lucia Mangone
Presidente AIRTUM

Fabrizio Nicolis
*Presidente
Fondazione AIOM*

Maria Masocco
*Responsabile PASSI
Istituto Superiore
di Sanità*

Indice

Prefazione	III
Introduzione	V
1. Dati generali	1
Incidenza	1
Mortalità	5
Sopravvivenza	6
Prevalenza	8
Quante sono le persone guarite?	9
2. Dati regionali	11
Incidenza	11
Mortalità	16
Sopravvivenza	17
Trend temporali	20
3. Fattori di rischio nella popolazione italiana: alcol	23
Alcol: cosa ci dicono i dati PASSI	23
Come PASSI misura il consumo di alcol	24
4. Fattori di rischio nella popolazione italiana: fumo	27
Fumo: cosa ci dicono i dati PASSI	27
5. Il profilo di salute e di rischio delle persone con diagnosi di tumore	37
Profilo di rischio, la salute percepita e la qualità della vita delle persone con diagnosi di tumore: analisi dei dati PASSI	39
6. Stili di vita negli adulti 18-69 anni: dati regionali. PASSI 2013-2016	47
Abitudine al fumo	48
Consumo di alcol	50
Attività fisica	52
Consumo di frutta e verdura	55
Eccesso ponderale	56
7. Fonti e metodologia AIRTUM	59
Registri Tumori AIRTUM	59
Note relative ai metodi impiegati	60
8. Fonti e metodologia PASSI	63
9. Key-points	65

1 Dati generali

Direttivo AIRTUM e AIRTUM Working Group

segreteria.airtum@inferenze.it

Incidenza

Nel 2018 si stima che verranno diagnosticati in Italia circa 373.000 nuovi casi di tumore maligno (esclusi i tumori cutanei non melanoma): 194.000 negli uomini, 178.000 nelle donne. Complessivamente in Italia ogni giorno circa 1.000 persone ricevono una diagnosi di tumore maligno.

I tumori più frequentemente diagnosticati nella popolazione italiana sono il carcinoma della mammella, seguito dal carcinoma del colon-retto, del polmone, della prostata e della vescica (Tabella 1). Nella popolazione maschile i tumori più frequenti sono il carcinoma della prostata (18%), del colon-retto (15%), del polmone (14%), della vescica (11%) e del fegato (5%); nella popolazione femminile sono il carcinoma della mammella (29%), del colon-retto (13%), del polmone (8%), della tiroide (6%), e del corpo dell'utero (5%) (Tabella 1).

L'incidenza dei tumori è influenzata oltre che dal genere (maschile o femminile) anche dall'età (Tabella 2): nei maschi giovani il tumore più frequente è rappresentato dal cancro del testicolo, raro negli anziani; a seguire i melanomi, il tumore della tiroide, i linfomi non Hodgkin ed il tumore del colon-retto. Diversa è la frequenza delle varie forme tumorali nelle altre fasce di età. Nelle femmine, invece, il cancro della

Rango	Maschi	Femmine	Tutta la popolazione
1°	Prostata (18%)	Mammella (29%)	Mammella (14%)
2°	Colon-retto (15%)	Colon-retto (13%)	Colon-retto (14%)
3°	Polmone (14%)	Polmone (8%)	Polmone (11%)
4°	Vescica* (11%)	Tiroide (6%)	Prostata (9%)
5°	Fegato (5%)	Utero corpo (5%)	Vescica* (7%)

TABELLA 1. Primi cinque tumori più frequentemente diagnosticati sul totale dei tumori (esclusi i carcinomi della cute non melanomi) per sesso. Stime per l'Italia 2018

*Comprende sia tumori infiltranti sia non infiltranti

Rango	Maschi			Femmine		
	Età			Età		
	0-49	50-69	70+	0-49	50-69	70+
1°	Testicolo (12%)	Prostata (22%)	Prostata (19%)	Mammella (41%)	Mammella (35%)	Mammella (22%)
2°	Cute (melanomi) (9%)	Polmone (14%)	Polmone (17%)	Tiroide (15%)	Colon-retto (11%)	Colon-retto (16%)
3°	Tiroide (8%)	Colon-retto (12%)	Colon-retto (14%)	Cute (melanomi) (7%)	Polmone (7%)	Polmone (8%)
4°	LNH (7%)	Vescica* (11%)	Vescica* (12%)	Colon-retto (4%)	Utero corpo (7%)	Pancreas (6%)
5°	Colon-retto (7%)	Vie aerodigestive superiori** (5%)	Stomaco (5%)	Utero cervice (4%)	Tiroide (5%)	Stomaco (5%)

TABELLA 2. Primi cinque tumori in termini di frequenza e proporzione sul totale dei tumori incidenti (esclusi i carcinomi della cute) per sesso e fascia di età. Pool AIRTUM 2010-2014

*Comprende sia tumori infiltranti sia non infiltranti.

**Comprende lingua, bocca, orofaringe, rinofaringe, ipofaringe, faringe NAS, laringe.

mammella rappresenta la neoplasia più frequente in tutte le fasce d'età (Tabella 2), sebbene con percentuali diverse (41% delle neoplasie totali diagnosticate nella fascia fino a 49 anni d'età vs il 22% nelle anziane).

L'invecchiamento è un fattore determinante nello sviluppo del cancro e infatti l'incidenza dei tumori aumenta in modo evidente con l'avanzare dell'età (Figura 1). Questa relazione è legata:

- in parte al fatto che con l'avanzare dell'età si accumulano nel nostro organismo i fattori cancerogeni
- e dall'altra alla diminuzione delle capacità di difesa e dei meccanismi di riparazione dell'organismo.

Oltre ai fattori di rischio, quindi, anche l'invecchiamento della popolazione fa sentire i suoi effetti sugli andamenti nel tempo del numero delle nuove diagnosi di tumore, determinandone un incremento con il passare degli anni legato al solo aumento della quota di anziani presenti in Italia. Nell'intervallo di tempo considerato (dal 2003 al 2014) è stato riportato in Italia infatti un aumento complessivo del 6% dell'incidenza tra le donne e un andamento stabile tra gli uomini (Figura 2). È questo il *tasso grezzo*, che riporta la variazione **realmente** verificatesi nel numero delle nuove diagnosi nell'intervallo di tempo preso in esame nella popolazione considerata.

Per poter eseguire confronti, solitamente gli addetti ai lavori considerano invece il *tasso standardizzato*, che assume artificialmente che la popolazione abbia conservato

la stessa struttura per età che aveva nel 2003, cioè che non si sia invecchiata. In tal caso si osserva (Figura 2, linea tratteggiata) addirittura complessivamente una diminuzione di incidenza pari a -11% nel sesso maschile e a -1% nel sesso femminile. Valutare il tasso di incidenza standardizzato è importante perché permette di fornire informazioni relative all'esito (positivo o negativo) che hanno avuto negli anni gli interventi effettuati in Italia in campo sanitario, in particolare nella prevenzione.

Considerando i tassi standardizzati di incidenza, si evidenzia negli uomini (periodo 2003-2018) una diminuzione di incidenza dei tumori (-1,1% per anno, dagli inizi

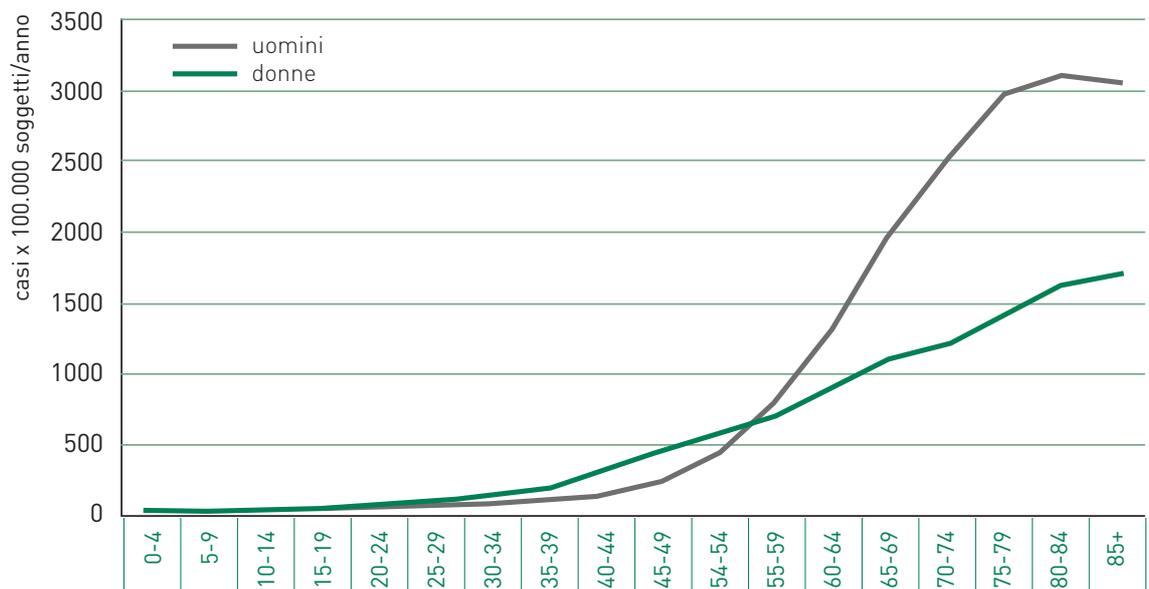


FIGURA 1. AIRTUM 2000-2014. Tassi età-specifici (x 100.000) per sesso. Tutti i tumori esclusi i carcinomi della cute

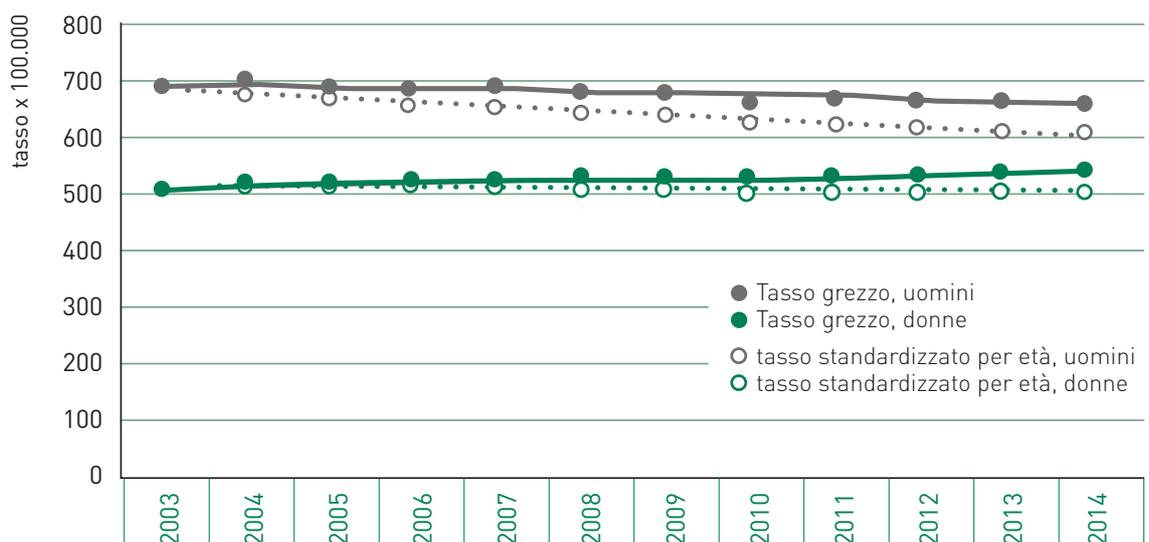


FIGURA 2. AIRTUM 2003-2014. Trend di incidenza per tutti i tumori (esclusi carcinomi della cute), tassi grezzi e standardizzati (popolazione AIRTUM 2014), maschi e femmine

degli anni Duemila ad oggi) dovuta principalmente alla diminuzione di incidenza dei tumori del polmone (legata alla riduzione dell'abitudine al fumo) e della prostata (per una riduzione delle attività di screening spontaneo tramite PSA), ma anche del colon-retto nelle regioni italiane del centro-nord.

L'andamento dell'incidenza dei tumori è invece sostanzialmente stabile nelle donne (ove è tuttavia in netto aumento l'incidenza dei tumori polmonari, associato all'aumento dell'abitudine al fumo tra le donne negli anni passati).

Per quanto riguarda le sedi oggetto di screening, si evidenzia una riduzione netta dell'incidenza di carcinoma del colon-retto e della cervice uterina (patologie per le quali i test di screening hanno la finalità di individuare lesioni premaligne che possono poi essere asportate evitando lo sviluppo successivo della patologia neoplastica), mentre è stabile l'incidenza dei tumori della mammella.

Confronti geografici nazionali

I confronti geografici di incidenza dei tumori tra Nord, Centro e Sud/Isole, basati sui dati AIRTUM 2010-2014, evidenziano un gradiente geografico con livelli di incidenza che si riducono dal Nord al Sud/Isole. I tassi di incidenza presentano ancora differenze tra macroaree, che si stanno però riducendo nel tempo.

Il tasso d'incidenza standardizzato (sulla popolazione europea) per tutti i tumori è tra gli uomini più basso del 4% al centro e del 13% al Sud/Isole rispetto al Nord; per le donne è più basso del 6% al Centro rispetto al Nord e del 16% al Sud/Isole rispetto al Nord (Figura 3).

Queste differenze che vengono registrate anche nel 2018 possono essere spiegate dalla presenza di fattori protettivi (differenti stili di vita, abitudini alimentari, fattori

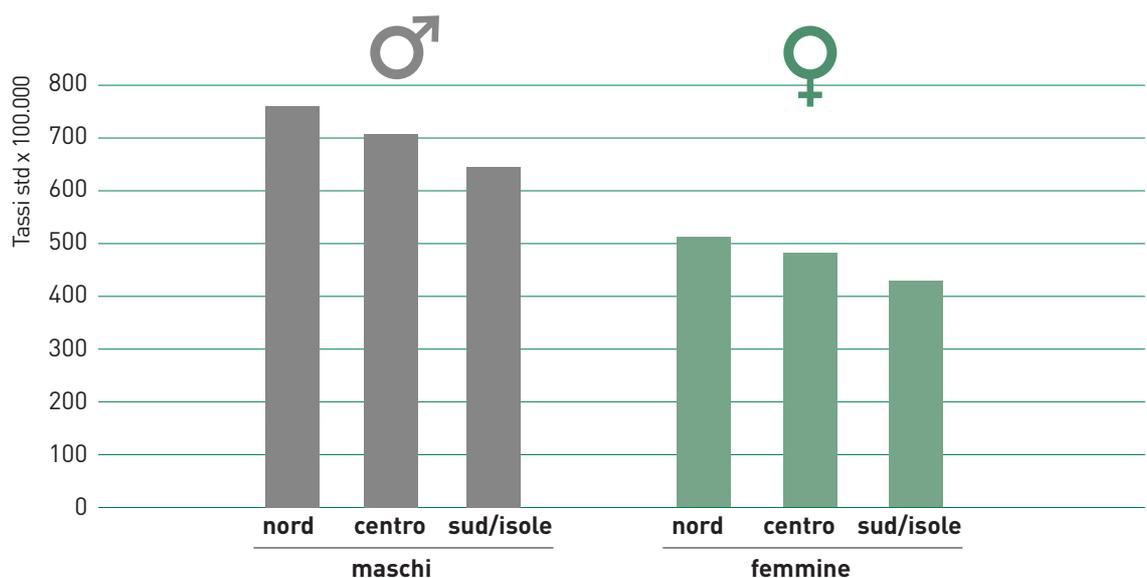


FIGURA 3. AIRTUM 2010-2014. Tutti i tumori, esclusi i tumori della cute non melanomi. Tassi d'incidenza standardizzati sulla nuova popolazione europea per area geografica e sesso

Nota: è stata utilizzata la nuova popolazione standard europea (Eurostat 2013).

riproduttivi) che ancora persistono nelle regioni del Centro e del Sud /Isole, ma anche da una minore esposizione a fattori cancerogeni (abitudine al fumo, inquinamento ambientale, ecc). È necessario considerare che le diagnosi di tumore effettuate oggi, sono associate con esposizioni ad agenti cancerogeni verificatesi anche molti anni prima (anche 20-30 anni prima): per tale motivo l'omogeneizzazione degli stili di vita che si sta verificando in Italia tra i cittadini delle tre macroaree verosimilmente si rifletterà sul numero delle nuove diagnosi negli anni futuri, eliminando le differenze tra aree.

In particolare, si osservano incidenze inferiori nel Sud/Isole per il tumore della mammella femminile (-22%), del polmone (-4% e -39% tra uomini e donne rispettivamente), del colon-retto, seppur di minore entità rispetto agli anni passati (-6% e -5% tra uomini e donne rispettivamente). Per alcuni tumori (esofago, melanoma) il Nord presenta tassi di incidenza doppi rispetto al Sud/Isole. Il tumore della prostata presenta tassi marcatamente più alti al Nord rispetto al Sud/Isole in relazione alla diffusione del dosaggio dell'antigene prostatico specifico (PSA).

Mortalità

I dati dell'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) indicano che **nel 2015 sono stati registrati 178.232 decessi attribuibili a tumori (maligni e benigni, tra i circa 600.000 decessi verificatesi in quell'anno)**. I tumori rappresentano ancora la seconda causa di morte (29% di tutti i decessi) dopo le malattie cardiovascolari (37%).

I dati ISTAT indicano come prima causa di morte oncologica nella popolazione italiana risulti essere il carcinoma del polmone (con 33.836 registrati nel 2015), seguito dal carcinoma del colon-retto (con 18.935 decessi nel 2015) e dal carcinoma della mammella femminile (con 12.274 decessi) (Tabella 3).

Nelle aree coperte da registri tumori, il carcinoma del polmone rappresenta la prima causa di morte per tumore anche nel sesso maschile (Tabella 3) e, negli uomini, la prima causa di morte per tumore in tutte le fasce d'età (Tabella 4); il carcinoma della mammella rappresenta la prima causa di morte per tumore nel sesso femminile (Tabella 3) e la prima causa di morte nelle donne in tutte le fasce d'età (Tabella 4).

Nelle Regioni del Sud/Isole, dove gli screening oncologici sono ancora poco diffusi, non si è osservata la riduzione della mortalità e dell'incidenza dei tumori della mammella, del colon-retto e della cervice uterina.

Rango	Maschi	Femmine	Tutta la popolazione
1°	Polmone (26%)	Mammella (17%)	Polmone (19%)
2°	Colon-retto (11%)	Colon-retto (12%)	Colon-retto (11%)
3°	Prostata (8%)	Polmone (11%)	Mammella (7%)
4°	Fegato (7%)	Pancreas (8%)	Pancreas (6%)
5°	Stomaco (6%)	Stomaco (6%)	Fegato (6%)

TABELLA 3. Prime cinque cause di morte oncologica e proporzione sul totale dei decessi oncologici per sesso. Pool Airtum 2010-2014

Rango	Maschi			Femmine		
	Età			Età		
	0-49	50-69	70+	0-49	50-69	70+
1°	Polmone (15%)	Polmone (29%)	Polmone (25%)	Mammella (29%)	Mammella (21%)	Mammella (14%)
2°	Sistema nervoso centrale (11%)	Colon-retto (10%)	Colon-retto (11%)	Polmone (9%)	Polmone (15%)	Colon-retto (13%)
3°	Colon-retto (9%)	Fegato (8%)	Prostata (10%)	Colon-retto (7%)	Colon-retto (10%)	Polmone (10%)
4°	Leucemie (7%)	Pancreas (7%)	Fegato (7%)	Utero totale (6%)	Pancreas (7%)	Pancreas (8%)
5°	Fegato (7%)	Stomaco (6%)	Stomaco (7%)	Sistema nervoso centrale (6%)	Ovaio (7%)	Stomaco (6%)

TABELLA 4. Prime cinque cause di morte oncologica e proporzione sul totale dei decessi per tumore per sesso e fascia di età. Pool AIRTUM 2010-2014

Sopravvivenza

La sopravvivenza è il principale indicatore di esito in campo oncologico perché permette, misurando la proporzione di pazienti in vita dopo un certo tempo trascorso dalla diagnosi, di valutare l'efficacia del sistema sanitario nel suo complesso nei confronti della malattia oncologica. È condizionata da due aspetti:

- fase in cui viene diagnosticata la neoplasia (la sopravvivenza è migliore quanto più precocemente viene diagnosticata la malattia neoplastica);
- efficacia delle terapie intraprese.

Sulla sopravvivenza influiscono quindi sia gli interventi di prevenzione secondaria (programmi di screening organizzati) sia la disponibilità e l'accesso a terapie efficaci.

Per quanto riguarda il primo aspetto, la diffusione dei programmi di screening oncologico a livello nazionale, seppure migliorata negli anni, risente ancora di gravi ritardi nelle regioni del Sud/Isole e questo spiega in parte la disparità di sopravvivenza tra aree geografiche per le sedi oggetto di screening (mammella, cervice e colon-retto).

Per quanto riguarda invece la disponibilità e l'accesso alle terapie più efficaci, le regioni stanno lavorando, soprattutto attraverso l'implementazione dei PDTA (Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale) e la costruzione di reti oncologiche, per ridurre al minimo le disparità di accesso ai servizi e garantire equità delle cure oncologiche.

Il metodo utilizzato per valutare la sopravvivenza oncologica è la cosiddetta sopravvivenza netta, cioè la sopravvivenza non attribuibile ad altre cause diverse dal cancro: in tal modo si ipotizza (in maniera fittizia) che il tumore sia l'unica causa di morte, pur sapendo che le persone affette da cancro possono morire per motivi diversi dal tumore (le cosiddette causa competitive di morte).

La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è un indicatore entrato nell'uso comune (sebbene non rappresenti un valore soglia per la guarigione, che può essere raggiunta in tempi diversi a seconda del tipo tumorale, del sesso e dell'età alla quale è stata posta la diagnosi di tumore). Questa, infatti, può essere raggiunta in tempi diversi (minori dei 5 anni, come per il tumore del testicolo o della tiroide, o maggiori, come per il tumore della mammella femminile) con differenze importanti anche in funzione del sesso e dell'età alla quale è stata fatta la diagnosi.

I valori di sopravvivenza osservati per tutti i tumori dipendono dai livelli di sopravvivenza rilevati per le singole patologie, anche molto diversi, che variano da 90% circa (dopo 5 anni dalla diagnosi) per tumori quali testicolo, mammella e prostata e scendono a meno del 10% per tumori come il pancreas (Figura 4).

In Italia la sopravvivenza a 5 anni è pari (nel periodo di incidenza 2005-2009) al 63% nelle donne e al 54% negli uomini: la migliore sopravvivenza registrata nelle donne è in gran parte legata al fatto che nelle donne il tumore più frequente è il carcinoma mammario, caratterizzato da buona prognosi.

Nei decenni, si è registrato in Italia un aumento di sopravvivenza a 5 anni sia negli uomini, passando dal 39% degli anni 1990-94 al 54% degli anni 2005-2009 sia nelle donne, dove si è passati dal 55% al 63%. Su questi risultati positivi complessivi hanno influito i miglioramenti di sopravvivenza verificatesi per alcune sedi tumorali molto frequenti: il carcinoma del colon-retto in entrambi i sessi, il carcinoma della mammella nelle donne ed il carcinoma della prostata negli uomini.

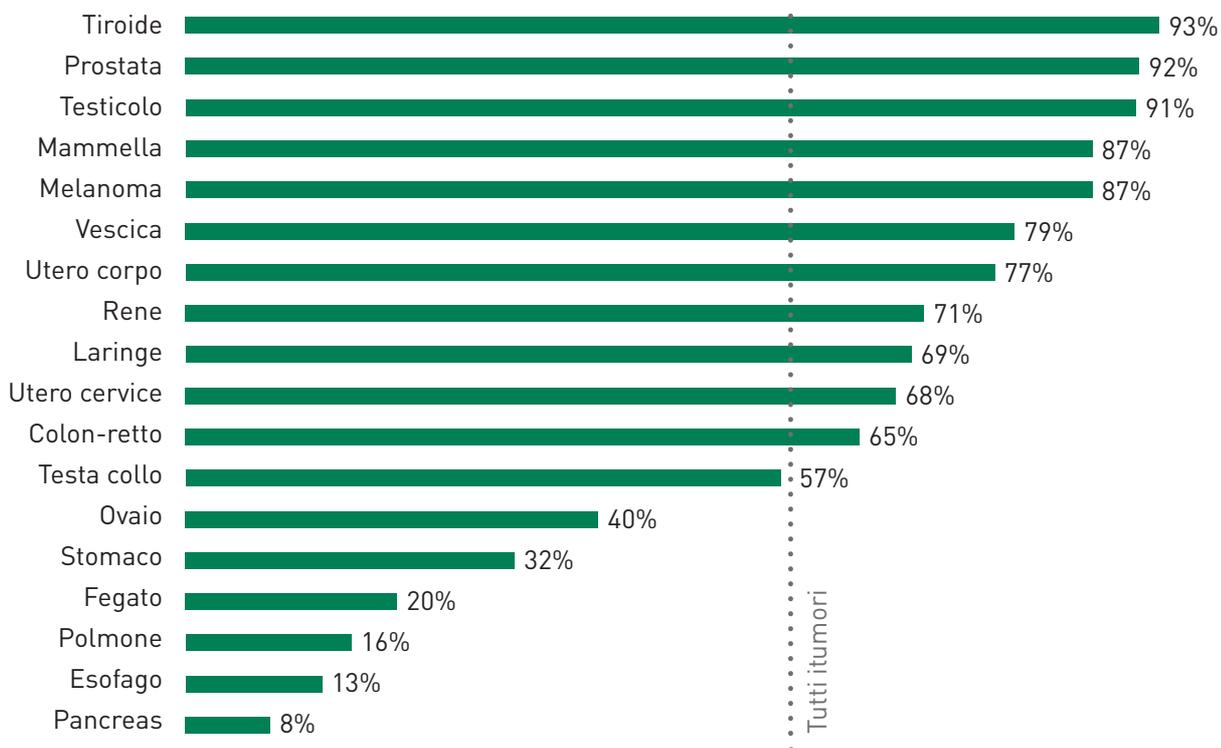


FIGURA 4. Sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi (standardizzata per età) per il periodo di incidenza 2005-2009 (pool AIRTUM), uomini e donne

Prevalenza

La prevalenza indica il numero di persone che, in un determinato istante ed in una popolazione ben definita, sono viventi dopo una diagnosi di tumore, indipendentemente dal tempo trascorso dalla diagnosi.

Tra i prevalenti sono inclusi quindi sia le persone che hanno avuto una diagnosi di tumore pochi anni fa sia le persone che hanno avuto una diagnosi di tumore molti anni prima e che, per molte patologie, possono essere considerate guarite.

Il numero di casi prevalenti aumenta, negli ultimi 15 anni, del 3% l'anno.

Nel 2018 sono 3.368.569 gli italiani che vivono dopo una diagnosi di tumore: 1.531.157 sono uomini e 1.837.412 sono donne.

Il numero di prevalenti dipende sia dal numero di casi diagnosticati (incidenza) che dalla probabilità di sopravvivere (sopravvivenza). Questo spiega perché nelle donne è il tumore della mammella (malattia tumorale ad alta incidenza e ad elevata sopravvivenza) a rappresentare la diagnosi più frequente nei prevalenti in Italia (oltre 779.000 donne), seguito dal tumore del colon-retto, della tiroide e dell'endometrio. Negli uomini, la diagnosi più frequente tra i prevalenti è il tumore della prostata (oltre 457.000) seguito dal tumore del colon-retto (circa 244.000) e della vescica (circa 212.000) (Figura 5).

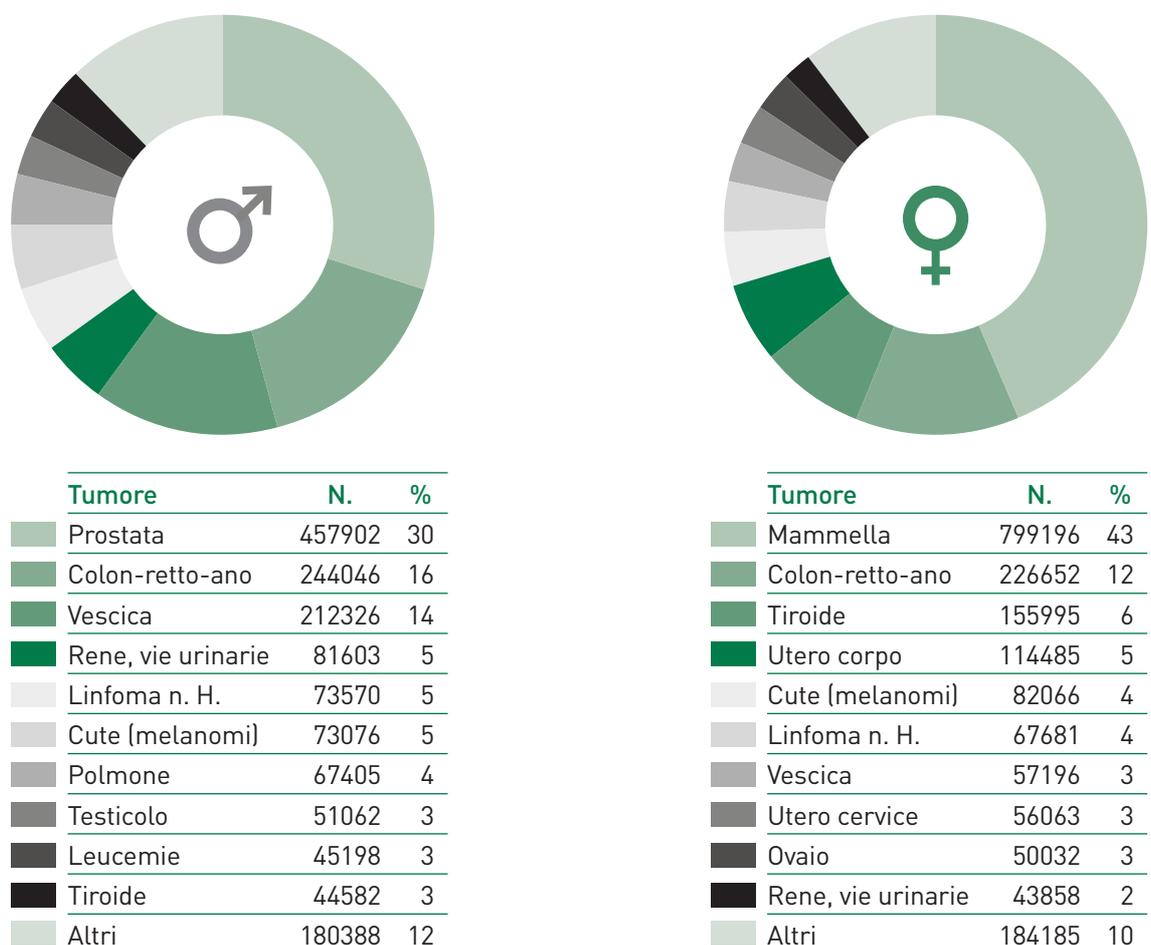


FIGURA 5. Distribuzione dei tipi di tumore più frequenti nei casi prevalenti in Italia nel 2018 per sesso

Quante sono le persone guarite?

Modelli statistici possono permettere di misurare la proporzione di persone guarite.

Si definiscono oggi “guarite” le persone con pregressa diagnosi di tumore che hanno un’attesa di vita (misurata attraverso modelli statistici) paragonabile a quella delle persone non affette da tumore: nel 2010 erano 704.648, pari al 27% di tutti i prevalenti e all’1,2% degli italiani; nel 2018 sono 909.514, l’1,5% degli italiani.

In particolare sono già guarite il 94% delle persone con pregressa diagnosi di tumore ai testicoli, il 76% di quelle con diagnosi di tumore della tiroide, il 74% delle donne con tumore della cervice uterina, il 72% delle persone con pregressa diagnosi di linfoma di Hodgkin ed il 67% con tumore del sistema nervoso centrale (Tabella 5).

Pur se è necessaria cautela nell’interpretazione di tali risultati, si comincia ad affermare il concetto che i tumori non solo sono curabili ma anche guaribili, dato che il 27% dei pazienti vivi dopo una diagnosi di tumore è tornata ad avere (dopo un periodo di tempo diverso in base al tipo tumorale, al sesso, all’età di insorgenza) la stessa aspettativa di vita della popolazione generale, cioè di chi non ha mai avuto una diagnosi di tumore. Nel caso di donne con pregressa diagnosi di carcinoma mammario, tumore ad elevata sopravvivenza, l’eccesso di mortalità rispetto alla popolazione generale di-

Tipo di tumore*	Tempo dalla diagnosi (anni)		Già guariti** (tutte le età)		Frazione di guarigione		Tempo per la guarigione (anni)	
	>5	>10	N.	%	60-74 anni***		60-74 anni***	
					M	F	M	F
Tutti i tipi	2.219.866	1.331.242	909.514	27%	25%	37%	-	-
Mammella	557.019	374.100	127.872	16%	-	52%	-	20
Colon-retto	284.938	166.361	174.158	37%	43%	47%	9	8
Prostata	311.013	102.101	-	0%	42%	-	>20	-
Vescica	178.161	71.682	5.390	2%	28%	28%	>20	>20
Tiroide	132.146	63.397	152.438	76%	0,84	95%	4	1
Melanoma cutaneo	98.554	63.397	68.262	44%	0,54	66%	10	10
Linfomi non-Hodgkin	91.840	60.537	2.825	2%	0,18	14%	>20	>20
Corpo dell’utero	82.175	55.091	60.677	53%	-	62%	-	9
Testa e collo	66.006	43.432	23.829	23%	0,3	32%	18	17

TABELLA 5. Pazienti che vivono nel 2018 dopo una diagnosi di tumore per tipo di tumore (prevalenza completa), tempo dalla diagnosi, numero e percentuale di pazienti già guariti, frazione di guarigione e tempo per la guarigione

* Esclusi i non melanomi della cute, sono mostrati i tipi di tumore che interessavano oltre 100.000 persone.

** Proporzioni di pazienti che ha raggiunto un’attesa di vita simile alla popolazione generale, ottenuti applicando ai casi stimati nel 2018 le stime di guarigione al 2010.

*** Le stime degli indicatori di guarigione variano considerevolmente a seconda dell’età alla diagnosi. Sono mostrati gli indicatori nelle classi di età più frequenti (60-74) tranne per i tumori della tiroide la cui incidenza ha un picco tra i 45 e i 59 anni di età (AIRTUM 2014); >20 significa che l’eccesso di mortalità si osserva per oltre 20 anni.

venta trascurabile solo dopo molti anni dalla diagnosi. Va tuttavia considerato che con il passare degli anni si riduce sempre più la probabilità di ricomparsa della malattia e che ben oltre la metà delle donne con pregressa diagnosi di carcinoma mammario non morirà per questa malattia ma per altre cause.

Avere a disposizione tali dati è importante per la programmazione sanitaria in termini di gestione del follow up, delle tossicità a lungo termine e delle necessità riabilitative (di tipo oncologico, psicologico, sociale, lavorativo) espresse da queste persone.

2 Dati regionali

Direttivo AIRTUM e AIRTUM Working Group
segreteria.airtum@inferenze.it

Incidenza

La rete dei Registri Tumori AIRTUM si è molto sviluppata sul territorio nazionale arrivando a coprire, con registri in varia fase di attività, quasi la totalità della popolazione residente. Le stime dei casi attesi, così come sono fornite per l'Italia, sono importanti anche a livello regionale per dimensionare i servizi diagnostici e terapeutici.

Nelle Tabelle 1A-B sono presentate per ciascuna Regione, per alcuni dei principali tumori, per il totale dei tumori (esclusi gli epitelomi) e per i due sessi, le numerosità dei nuovi casi attesi nel 2018 (Tabella 1A) e relativi **tassi standardizzati di incidenza** (Tabella 1B). Questi ultimi sono indicatori che rapportano il numero di casi alla popolazione residente (rendendo possibile la comparazione di informazioni relative a regioni con dimensioni differenti), che riferiscono il dato alla distribuzione per età di una popolazione “standard” di riferimento, annullando gli effetti dovuti alla possibile proporzione di giovani e anziani nelle varie aree considerate.

Valutando le differenze fra Regioni nei numeri assoluti delle nuove diagnosi, va considerata la diversa dimensione delle popolazioni residenti. Infatti, a parità d'incidenza e di composizione per età e sesso, si osserveranno più tumori in una Regione popolosa rispetto a una Regione con un numero di residenti più piccolo.

La dimensione della popolazione è quindi il primo punto da considerare nella programmazione sanitaria per la ricerca del miglior equilibrio fra diritto a un'assistenza in prossimità alla propria residenza, che possa garantire un'equità d'accesso e casistiche cliniche di volume adeguato a garantire un'attività qualificata.

Un altro aspetto che influisce in modo rilevante sulla frequenza dei tumori è la composizione per età, in particolare la quota di soggetti anziani nei quali l'incidenza oncologica è generalmente più elevata. La percentuale di soggetti di 65+ anni varia molto in Italia, passando dal 18% in Campania al 28% in Liguria. La quota di soggetti di 65+ anni è in media più elevata nelle Regioni del Centro-Nord e minore in quelle del Sud. L'aspettativa di vita alla nascita è in Italia molto elevata e ancora in crescita, segno di un efficace sistema socio-sanitario che agisce positivamente sulle morti precoci posticipando l'età del decesso.

La popolazione straniera rappresenta una quota crescente dei residenti nel nostro

Paese, con alcune peculiarità anche nell'ambito dei tumori. La loro presenza percentuale varia molto nelle Regioni, con valori molto inferiori nel Meridione e più elevati nel Centro-Nord. La maggior quota di stranieri si osserva in Emilia Romagna e in Umbria dove rappresentano più del 14% della popolazione residente, mentre la quota più bassa è in Sardegna (3%) ma con valori molto simili in tutte le Regioni del Sud.

Una parte delle differenze di incidenza tra le varie Regioni italiane è legata alla di-

		Stomaco		Colon-retto		Polmone	
		M	F	M	F	M	F
1-NORD	Emilia Romagna	650	450	2150	1700	2150	1350
	Friuli Venezia Giulia	200	150	900	650	600	350
	Liguria	200	150	950	800	850	500
	Lombardia	1350	950	4700	3600	4700	2650
	Piemonte	550	400	2300	1750	2200	1250
	Trentino Alto Adige	100	100	500	350	300	200
	Valle d Aosta	<50	<50	50	50	50	<50
	Veneto	450	350	2450	1850	2050	1200
2-CENTRO	Lazio	650	500	2500	2050	2700	1450
	Marche	250	200	850	650	800	400
	Toscana	650	500	2000	1650	1900	1000
	Umbria	150	150	500	400	450	250
3-SUD	Abruzzo	150	100	650	500	650	200
	Basilicata	100	50	300	200	250	50
	Calabria	250	150	900	650	750	250
	Campania	650	450	2350	1800	2550	950
	Molise	<50	<50	150	100	150	50
	Puglia	400	300	1750	1400	1950	500
	Sardegna	200	100	850	600	800	250
	Sicilia	450	300	2150	1750	2150	750

TABELLA 1A. Numero di nuovi tumori stimati per l'anno 2018 nelle singole Regioni italiane per le principali sedi tumorali, per il totale (esclusi gli epitelomi) e per sesso

versa incidenza decrescente dal Nord al Sud/Isole (con valori più elevati al Nord e minori al Sud), come descritto nel capitolo sui confronti nazionali. Il ruolo di una diversa esposizione a fattori di rischio può essere ipotizzato, ad esempio, nella differenza fra Piemonte e Puglia che hanno un numero simile di abitanti, ma un'incidenza di tumori del polmone tra le donne molto diversa presumibilmente per una maggior abitudine al fumo di tabacco, nei decenni trascorsi, delle donne piemontesi rispetto alle pugliesi.

Cute (melanomi)		Mammella	Utero cervice	Prostata	Vescica		Tutti	
M	F	F	F	M	M	F	M	F
700	600	4500	200	2700	1750	500	15550	15350
200	150	1350	50	950	400	100	4750	4300
250	200	1650	100	950	700	200	6150	5800
1300	1150	9300	450	5950	3550	900	33550	30650
600	550	4350	200	2900	1850	450	16300	14550
150	150	800	50	600	300	100	3100	2800
<50	<50	100	<50	100	50	<50	450	350
750	700	4750	200	3050	1700	450	16750	15100
650	600	4850	200	3050	1800	500	17150	16700
250	200	1350	50	1050	500	150	5000	4800
700	550	3400	150	2700	1250	400	12900	12000
150	100	800	50	700	300	100	3050	2900
100	100	1000	50	750	550	100	4200	3800
50	50	400	<50	400	200	50	1850	1400
150	150	1250	100	1050	600	150	5850	4500
450	500	4050	200	3050	2050	500	16350	13700
<50	<50	250	<50	150	150	50	1000	900
350	300	3100	150	2150	1500	300	11850	10750
100	100	1350	50	800	600	150	5200	4800
300	300	3700	200	2400	1750	400	13900	13250

		Stomaco		Colon-retto		Polmone	
		M	F	M	F	M	F
1-NORD	Emilia Romagna	26.3	14.1	89.1	55.0	90.6	46.2
	Friuli Venezia Giulia	28.3	14.1	127.8	72.8	83.8	40.8
	Liguria	20.9	10.3	98.0	63.0	89.0	41.4
	Lombardia	26.7	13.9	92.6	55.0	94.2	41.5
	Piemonte	22.1	11.7	93.0	56.1	89.0	41.0
	Trentino Alto Adige	23.0	12.3	97.7	54.8	62.8	31.4
	Valle d Aosta	20.2	11.1	87.8	49.9	77.7	35.7
	Veneto	18.5	9.7	96.3	58.2	81.8	37.9
2-CENTRO	Lazio	23.6	12.7	87.4	54.5	94.0	40.2
	Marche	30.4	17.1	98.8	62.0	92.2	38.2
	Toscana	30.7	16.7	96.7	62.5	92.4	39.3
	Umbria	32.7	18.7	103.9	60.1	88.6	37.9
3-SUD	Abruzzo	21.3	11.6	90.4	54.9	92.3	25.8
	Basilicata	30.4	15.1	93.0	53.6	82.4	16.5
	Calabria	25.6	14.5	90.7	53.6	79.4	21.6
	Campania	28.3	15.3	84.7	52.9	120.4	28.0
	Molise	21.3	11.6	93.1	54.9	95.2	25.8
	Puglia	21.1	11.6	86.7	57.1	98.2	21.0
	Sardegna	20.4	10.9	97.8	56.1	91.3	25.2
	Sicilia	19.6	10.4	89.5	57.8	88.6	25.4

TABELLA 1B. Tassi di incidenza standardizzati sulla nuova popolazione Europea (2013) stimati per l'anno 2018 nelle singole Regioni italiane per le principali sedi tumorali, per il totale (esclusi gli epitelomi) e per sesso

Cute (melanomi)		Mammella	Utero cervice	Prostata	Vescica		Tutti	
M	F	F	F	M	M	F	M	F
29.5	23.1	164.8	6.8	116.9	72.7	15.9	657.2	537.0
32.5	23.7	171.4	7.1	134.4	57.5	14.1	698.3	522.6
28.6	22.8	153.5	9.2	105.0	76.5	15.4	662.4	506.3
25.6	20.7	155.3	7.8	118.9	70.8	14.0	666.0	494.8
25.2	20.8	157.1	8.1	118.5	75.2	15.1	670.9	499.3
27.9	27.9	137.1	5.3	117.9	62.5	15.5	607.0	455.3
19.2	18.3	155.9	8.3	136.7	69.1	18.2	677.7	446.3
29.4	25.9	160.6	7.0	121.6	68.7	14.4	666.3	497.1
22.0	18.3	138.3	6.6	107.0	63.6	13.3	597.0	465.7
27.9	20.5	141.5	7.3	124.0	60.6	14.8	598.1	482.3
34.0	25.8	144.3	7.5	131.9	61.3	15.3	626.5	487.0
28.2	20.2	143.9	7.9	139.9	60.6	15.3	626.7	492.9
13.7	12.2	127.1	6.5	108.3	75.3	13.5	602.6	463.9
13.1	10.7	113.4	7.2	129.6	63.2	10.6	618.2	400.7
13.4	12.4	114.9	6.8	107.7	63.6	11.1	601.7	398.5
12.9	16.5	118.0	6.8	109.8	96.0	15.4	651.4	446.9
13.7	12.2	127.1	6.5	102.6	75.3	13.5	602.6	463.9
16.3	12.3	132.5	6.4	107.2	76.1	12.6	593.2	451.6
13.7	11.7	134.4	6.1	91.3	67.2	13.4	594.2	467.4
12.9	10.2	130.8	6.6	99.8	72.4	12.6	577.4	457.9

		Stomaco		Colon-retto		Polmone		Melanoma	
		M	F	M	F	M	F	M	F
1 - NORD	Bolzano	34	28	78	55	130	64	16	6
	Emilia Romagna	476	354	775	690	1944	903	74	68
	Friuli Venezia Giulia	137	85	223	200	492	247	31	27
	Liguria	133	102	347	333	734	338	38	28
	Lombardia	1063	754	1634	1404	4090	1778	212	140
	Piemonte	388	281	853	761	2051	767	99	67
	Trento	51	42	79	64	154	71	11	14
	Valle d'Aosta	28	7	26	17	..	31	..	2
	Veneto	374	274	748	650	1784	791	92	72
	2 - CENTRO	Lazio	502	395	1061	942	2481	1280	110
Marche		207	137	287	265	601	241	28	24
Toscana		423	291	649	548	1669	642	108	67
Umbria		88	80	138	133	342	102	26	7
3 - SUD	Abruzzo	133	104	237	184	461	131	18	15
	Basilicata	54	46	94	86	187	56	7	3
	Calabria	179	125	302	255	610	141	24	22
	Campania	418	303	797	747	2435	790	85	70
	Molise	44	26	52	28	101	32	7	3
	Puglia	286	205	594	506	1509	362	61	49
	Sardegna	110	82	320	258	695	188	20	11
	Sicilia	355	201	801	721	1788	587	67	44

TABELLA 2. Numero di decessi per Regione e causa di morte, 2015, fonte Istat

Mortalità

Nella Tabella 2 sono presentati i dati di mortalità per l'anno 2015 a fonte Istat. Anche per la mortalità, così come per la sopravvivenza, è necessario considerare, per quantificare il numero dei deceduti, l'entità della popolazione residente in ciascuna Regione e la quota di anziani. Inoltre, la mortalità è anche legata al numero di casi incidenti e alla loro sopravvivenza. È necessario sottolineare che i decessi che sono avvenuti nel 2015 sono il risultato di un mix disomogeneo di storie di malattia, ad esempio per alcuni tumori ad alta letalità la diagnosi può essere avvenuta nel corso dello stesso anno del decesso. Per la gran parte dei tumori i deceduti in un anno rappresentano la somma di storie cliniche iniziate in epoche anche molto diverse e quindi rappresentano il risultato di percorsi diagnostici e terapeutici non comparabili.

Mammella	Cervice uterina	Altre parti dell'utero	Prostata	Vescica		Tumori		Tumori Maligni	
				M	F	M	F	M	F
94	2	15	64	25	8	672	501	649	486
944	35	184	528	325	98	7779	6506	7372	6137
296	5	55	147	68	27	2331	1979	2218	1873
387	17	79	239	124	42	3258	2750	3086	2585
2249	64	324	1034	551	205	16750	14101	16039	13450
1081	33	230	620	379	97	8329	6636	8000	6391
113	7	13	82	31	7	805	680	762	640
8	5	..	9	1	..	6	1	10	3
1033	28	169	503	254	90	7687	6417	7238	6024
1098	47	248	657	414	120	9332	7826	8889	7460
280	15	56	199	116	29	2623	2063	2486	1950
770	27	190	519	367	96	6830	5377	6559	5139
170	2	36	118	68	23	1456	1129	1388	1082
227	9	61	166	97	24	2014	1531	1917	1435
77	4	24	50	51	18	869	647	826	612
294	12	76	245	143	25	2812	1938	2655	1832
973	40	239	639	520	113	8499	6264	8193	5980
42	1	13	39	23	7	518	355	489	325
763	36	182	492	343	55	6130	4440	5804	4182
394	17	82	203	121	33	2844	2159	2729	2044
958	32	232	631	400	93	7282	5697	6978	5426

Sopravvivenza

Nella Tabella 3 (pagina seguente) è presentata la sopravvivenza a 5 anni per Regione, per le principali sedi tumorali nei due sessi.

L'immagine complessiva che se ne ricava è quella di valori leggermente superiori al Centro-Nord rispetto alle Regioni meridionali, sia per il totale dei tumori nei due sessi, sia per i tumori oggetto di programmi di screening organizzato (mammella femminile, colon-retto e cervice uterina). Valori più uniformi di sopravvivenza si osservano per le leucemie e i linfomi di Hodking, mentre per il testicolo (che è un tumore ampiamente curabile, come dimostrano i valori di sopravvivenza in alcune aree del Centro-Nord) i dati del Meridione fanno sospettare una probabile criticità nell'accesso ai protocolli di dimostrata efficacia. Per il tumore del polmone la sopravvivenza è

		Tutti i tumori (M)	Tutti i tumori (F)	Colon-retto	Mammella	Prostata	Polmone	Stomaco	Fegato
1 - NORD	Liguria	51%	61%	61%	87%	90%	15%	26%	18%
	Lombardia	54%	63%	66%	87%	93%	18%	34%	23%
	Piemonte	53%	63%	64%	88%	92%	14%	30%	20%
	Valle d Aosta	61%	64%	68%	88%	94%	12%	36%	17%
	Emilia Romagna	56%	65%	69%	89%	92%	18%	33%	21%
	Friuli Venezia Giulia	53%	61%	64%	88%	95%	12%	32%	16%
	Trentino Alto Adige	53%	63%	66%	87%	91%	16%	36%	18%
	Veneto	55%	64%	65%	88%	93%	16%	32%	19%
3 - CENTRO	Lazio*								
	Marche*								
	Toscana	56%	65%	68%	88%	92%	16%	32%	18%
	Umbria	54%	63%	67%	86%	92%	16%	37%	18%
4 - SUDE ISOLE	Abruzzo*								
	Basilicata	55%	62%	63%	88%	89%	13%	30%	16%
	Calabria	54%	63%	60%	85%	86%	13%	26%	16%
	Campania	50%	59%	59%	84%	89%	13%	31%	19%
	Molise*								
	Puglia	52%	61%	61%	85%	89%	15%	28%	19%
	Sardegna	49%	60%	58%	85%	83%	13%	27%	21%
	Sicilia	52%	60%	60%	85%	89%	14%	26%	19%

TABELLA 3. Sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi (standardizzata per età) casi incidenti 2005-2009 (pool AIRTUM) per le 13 Regioni presentate nel rapporto AIRTUM 2016

* dato regionale non disponibile.

	Pancreas	Melanoma	Cervice	Ovaio	Utero corpo	Testicolo	Tiroide	Leucemie	Linfoma di Hodgkin	Linfoma non-Hodgkin
		88%	73%	43%	79%	97%	93%	44%	83%	66%
8%		87%	70%	40%	80%	92%	92%	49%	84%	63%
9%		90%	69%	39%	77%		91%	47%	81%	69%
7%		82%	60%	31%	72%	94%	95%	45%	77%	75%
10%		89%	72%	38%	79%	90%	96%	49%	83%	68%
7%		88%	63%	40%	71%	98%	91%	45%	81%	66%
8%		92%	71%	40%	77%	91%	89%	44%	82%	71%
8%		90%	71%	42%	76%	89%	92%	49%	86%	67%
10%		88%	61%	44%	76%	93%	96%	37%	87%	68%
7%		85%	76%	44%	76%	89%	94%	44%	83%	68%
8%		83%	53%	42%	79%	97%	95%	49%	91%	65%
9%		77%	66%	43%	80%	96%	94%	52%	83%	61%
9%		80%	64%	39%	75%	86%	87%	45%	85%	63%
7%		82%	61%	35%	78%	86%	92%	53%	83%	62%
6%		78%	58%	42%	75%		97%	45%	87%	64%
7%		81%	64%	37%	75%	89%	95%	48%	83%	62%

in media molto bassa, come negli altri Paesi europei, ma anche in questo caso i valori più modesti si osservano nelle regioni del Sud. Per il melanoma una diversa intensità degli accertamenti dermatologici e bioetici può contribuire a spiegare le differenze osservate fra Regioni.

L'Italia, se valutata nel suo complesso, presenta un quadro di sopravvivenza pari o superiore alla media europea, ma scendendo nel dettaglio regionale la residenza diventa un determinante prognostico importante che indica una disomogeneità nell'accesso a programmi di diagnosi precoce e a cure di alta qualità, con una discriminazione dei cittadini del Meridione che purtroppo è ancora presente, sebbene la tendenza sia in miglioramento rispetto al passato.

Trend temporali

L'analisi dell'andamento temporale di incidenza e mortalità rappresenta uno strumento di grande importanza in sanità pubblica perché permette di valutare gli effetti degli interventi sanitari intrapresi a livello di popolazione, dell'introduzione di nuove terapie, di nuovi strumenti e interventi diagnostici, e anche dei cambiamenti negli stili di vita e nelle esposizioni di tipo ambientale.

Una riduzione della mortalità è un fenomeno sempre positivo, sia che sia dovuto a una riduzione del numero dei soggetti che si ammalano (in condizioni di sopravvivenza stabile), sia quando è dovuto all'introduzione di nuovi ed efficaci strumenti terapeutici (quindi con miglioramento della sopravvivenza).

Allo stesso modo una riduzione dell'incidenza è un indicatore sempre positivo, segno della minor esposizione a fattori cancerogeni o dell'effetto dell'introduzione di programmi diagnostici in grado di identificare lesioni che precedono la comparsa del tumore vero e proprio.

Un aumento della mortalità, al contrario, è sempre un evento sanitario negativo dovuto all'aumento dei soggetti che si ammalano in assenza di un miglioramento nelle terapie disponibili, mentre un aumento dell'incidenza implica un giudizio più complesso. Può essere un segnale allarmante quando dovuto a un'augmentata esposizione ai fattori causali (come sta avvenendo per il tumore del polmone e per altri tumori correlati al fumo nel sesso femminile a seguito dell'estensione tra le donne dell'abitudine al fumo); non lo è, invece, quando causato da un'anticipazione del momento della diagnosi (come accade a seguito dell'introduzione di screening organizzati): in questo caso l'aumento dell'incidenza rappresenta un'anticipazione della diagnosi di forme tumorali che naturalmente avrebbero dato segni clinici in tempi successivi.

Sulla base dei dati dei Registri Tumori, è possibile fare qualche valutazione sull'omogeneità geografica della frequenza della patologia e degli andamenti temporali. Il confronto dei trend in aree diverse permette, ad esempio, di valutare gli effetti di differenti prevalenze dei fattori di rischio associati (come il fumo per il tumore del polmone), ma anche di valutare gli effetti di interventi di sanità pubblica (come l'attivazione dei programmi di screening per il tumore del colon-retto).

Grazie all'attuale estensione della registrazione dei tumori in Italia, è oggi possibile effettuare confronti degli andamenti temporali dell'incidenza tra aree geografiche differenti o addirittura tra singole regioni. Tuttavia, essendo in alcune regioni l'estensione della registrazione solo parziale, o avendo questa raggiunto la copertura regionale solo in anni molto recenti, non è possibile produrre informazioni con lo stesso livello di precisione e dettaglio per tutte le aree.

AIRTUM sta lavorando alla produzione di stime di incidenza per le singole regioni: nelle Figure 1A-B sono presentati gli andamenti dell'incidenza nelle diverse aree geografiche per i due sessi separatamente per il totale dei tumori nel complesso.

Nelle Figure 2A-B sono presentati gli andamenti dell'incidenza nella regione Emilia Romagna per il colon-retto per i due sessi separatamente.

Si assiste ad un'omogeneizzazione del rischio di ammalarsi nel sesso maschile (Figura 1A): la riduzione nel settentrione, associata con l'incidenza stabile nel centro-sud, dà origine a livelli simili di incidenza. Permangono alcune differenze tra le don-

ne (Figura 1B): l'andamento è stabile o in lieve riduzione nel centro nord, presenta una crescita nelle aree meridionali, quindi non si raggiungono ancora livelli di incidenza sovrapponibili.

I livelli di incidenza del tumore del colon-retto nella regione Emilia Romagna, presentata qui a titolo esemplificativo (Figure 2A, 2B), mostrano, in entrambi i sessi, un incremento dell'incidenza associato all'introduzione dei programmi, avvenuto intorno all'anno 2005 nell'intera regione (il cosiddetto effetto round di prevalenza), seguito da una successiva riduzione.

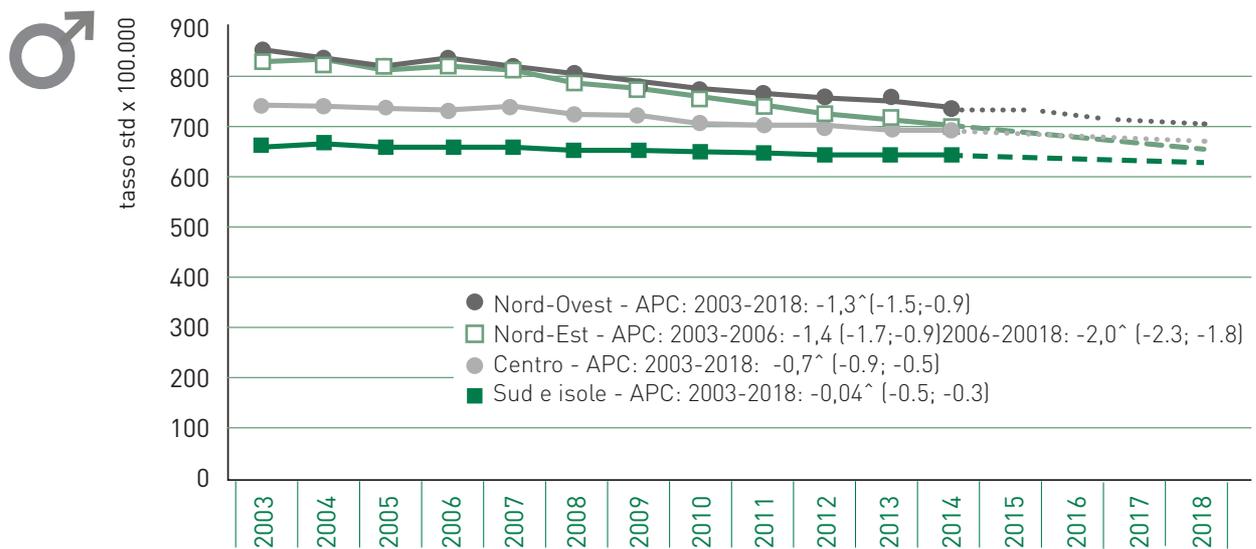


FIGURA 1A. Tutti i tumori, esclusi carcinomi della cute, maschi. AIRTUM: stima dei trend tumorali di incidenza 2003-2018 per area geografica. Tassi standardizzati nuova popolazione europea 2013

APC = Annual Percent Change (variazione percentuale media annual).

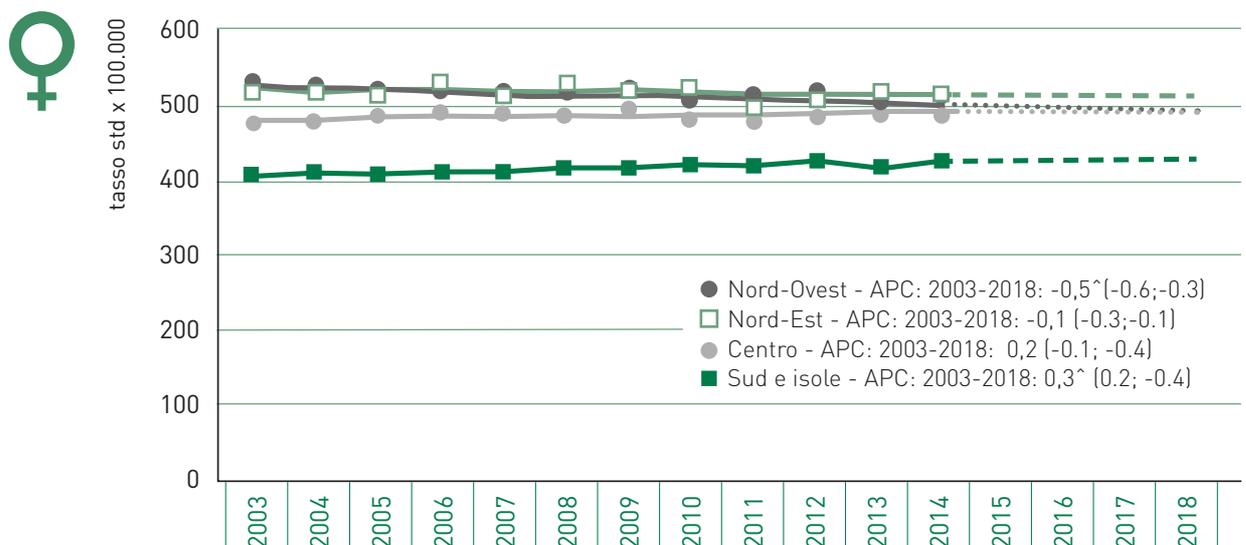


FIGURA 1B. Tutti i tumori, esclusi carcinomi della cute, femmine. AIRTUM: stima dei trend tumorali di incidenza 2003-2018 per area geografica. Tassi standardizzati nuova popolazione europea 2013

APC = Annual Percent Change (variazione percentuale media annual).

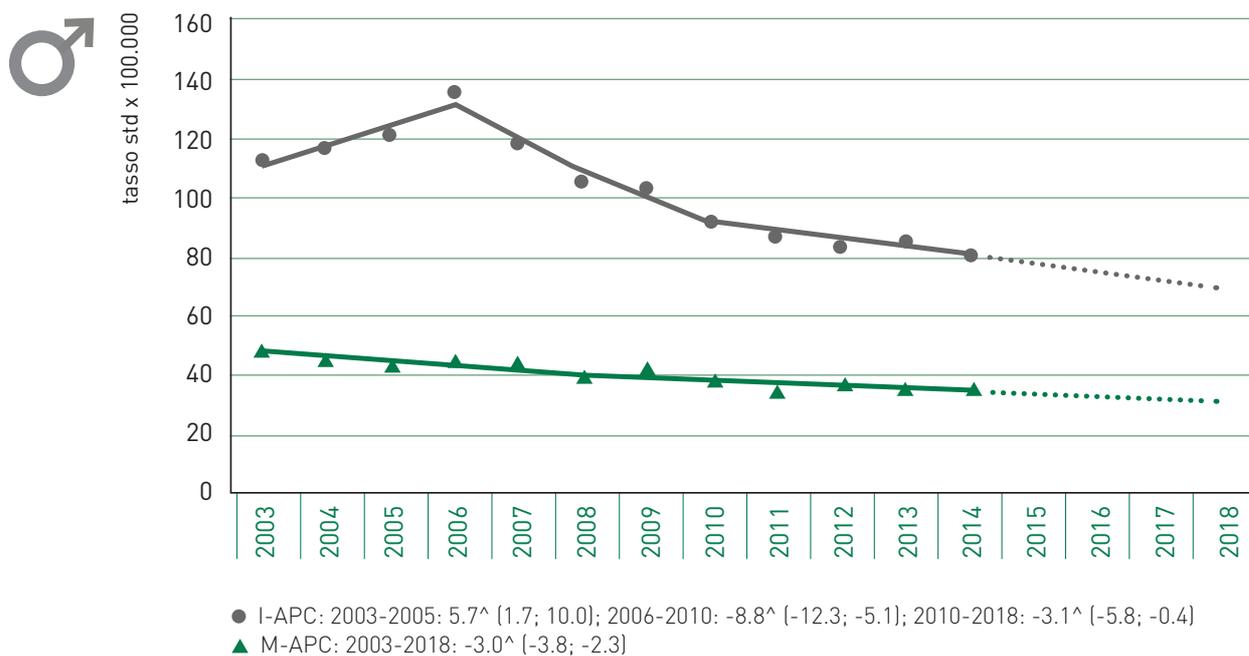


FIGURA 2A. Tumore del colon-retto, maschi. Emilia Romagna: stima dei trend tumorali di incidenza e mortalità 2003-2018 per regione. Tassi standardizzati nuova popolazione europea 2013

APC = Annual Percent Change (variazione percentuale media annua).

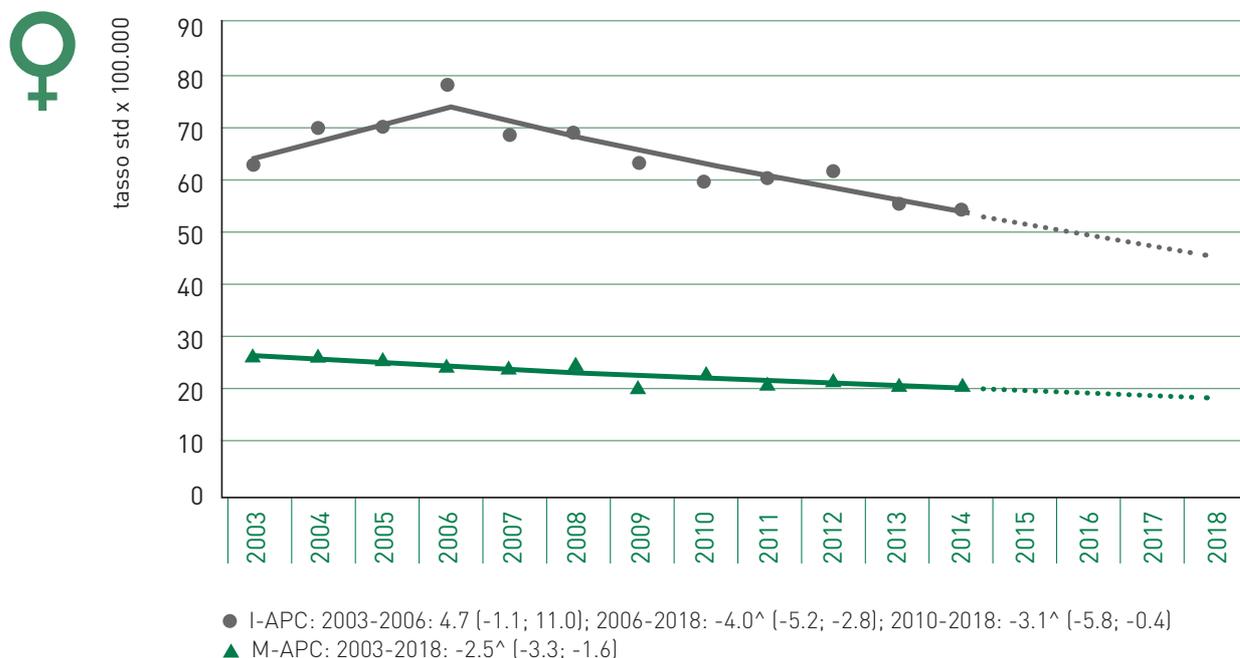


FIGURA 2B. Tumore del colon-retto, femmine. Emilia Romagna: stima dei trend tumorali di incidenza e mortalità 2003-2018 per regione. Tassi standardizzati nuova popolazione europea 2013

APC = Annual Percent Change (variazione percentuale media annua).

3 Fattori di rischio nella popolazione italiana: alcol

Maria Masocco¹, Valentina Minardi², Benedetta Contoli³, Angelo D'Argenzio⁴, Letizia Sampaolo⁵, Giuliano Carrozzi⁶, Gabriella Farina⁷, Claudia Santangelo⁸, Fabrizio Nicolis⁹

¹ Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità - maria.masocco@iss.it

² Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità - valentina.minardi@iss.it

³ Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità - benedetta.contoli@iss.it

⁴ Dipartimento di Prevenzione, ASL Caserta; Direttore Unità Operativa Complessa "Monitoraggio Rischio Ambientale e Registro Tumori" - angelo.dargenzio@aslcaserta1.it

⁵ Dipartimento di Economica, Università Ca' Foscari, Venezia; Servizio Epidemiologia e Comunicazione del rischio, AUSL Modena - l.sampaolo@ausl.mo.it

⁶ Servizio Epidemiologia e Comunicazione del rischio, AUSL Modena - g.carrozzi@ausl.mo.it

⁷ Direttore del Dipartimento di Oncologia - ASST Fatebenefratelli Sacco Milano gabriella.farina@asst-fbf-sacco.it

⁸ Vivere senza stomaco... si può! - claudia.santangelo@viveresenzastomaco.org

⁹ Direttore Sanitario - IRCCS Ospedale "Sacro Cuore - Don Calabria" Negrar (VR) fabrizio.nicolis@sacrocuore.it

Questo capitolo riporta i risultati della *Sorveglianza PASSI* che, attraverso indagini campionarie, dal 2008 raccoglie informazioni sugli stili di vita e fattori di rischio comportamentali della popolazione italiana adulta di 18-69 anni connessi all'insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili e sul grado di conoscenza e adesione ai programmi di intervento che il Paese sta realizzando per la loro prevenzione. La raccolta delle informazioni, tramite interviste telefoniche e attraverso un questionario standardizzato, è condotta dalle ASL, coordinate dalle Regioni. L'Istituto Superiore di Sanità ne cura il coordinamento a livello nazionale, garantendo il supporto tecnico-scientifico. Per ulteriori approfondimenti leggere il paragrafo dedicato alla "Fonte e metodologia di PASSI".

Di seguito vengono riportati i dati relativi all'abitudine all'alcol.

Alcol: cosa ci dicono i dati PASSI

Secondo le principali Agenzie Internazionali di salute pubblica, l'alcol è una sostanza tossica e cancerogena, tanto che la IARC (International Agency for Research on Cancer) lo classifica nel gruppo 1 ("sicuramente cancerogeno per l'uomo"). Il suo consumo prolungato e cronico è associato ad aumentato rischio di cancro e nella genesi dei tumori è correlato con il tumore del fegato ma anche con il tumore della mammella, colon-retto, laringe, fegato, esofago cavità orale e faringe (IARC, 2011). Il consumo

di alcol è associato anche a diverse altre malattie croniche, può indurre assuefazione, dipendenza, alterazioni comportamentali, che possono sfociare in episodi di violenza o essere causa di incidenti alla guida o sul lavoro.

Secondo le stime dell'Institute for Health Metrics and Evaluation ad un consumo eccessivo di alcol sarebbero attribuibili 2 milioni e 800mila decessi in tutto il mondo nel 2016 (pari al 5% di tutti i decessi) e complessivamente oltre 17 milioni di anni vissuti con disabilità. In Italia si stima sia responsabile di 41.000 decessi (oltre il 6% di tutti i decessi) e di quasi 168.000 anni vissuti con disabilità.

I rischi di danni alcol-correlati variano in funzione di diversi fattori: la quantità di alcol bevuta abitualmente (consumo medio giornaliero), la quantità assunta in una singola occasione, le modalità e il contesto di assunzione dell'alcol, le caratteristiche individuali, come età, sesso, condizioni patologiche preesistenti, ecc., che determinano una differente suscettibilità agli effetti nocivi dell'alcol. Nell'assunzione di alcol non esiste rischio pari a zero e qualsiasi modalità di consumo comporta un rischio, tanto più elevato quanto maggiore è la quantità di alcol consumata. Tuttavia sono stati individuati livelli e modalità di consumo, che comportano rischi per la salute modesti, tali da poter essere considerati accettabili.

Per quanto riguarda il consumo abituale, diverse istituzioni sanitarie, tra cui il CDC (Centers for Disease Control and Prevention), fissano i livelli soglia in base al numero di unità alcoliche consumate in media al giorno pari a 2 unità alcoliche (UA) in media al giorno per gli uomini (corrispondenti a 60 UA negli ultimi 30 giorni) e 1 unità alcolica in media al giorno per le donne (ovvero a 30 UA negli ultimi 30 giorni) e livelli di consumo al di sopra di queste soglie sono classificati come consumo abituale elevato.

Anche il consumo episodico, ovvero l'assunzione eccessiva di alcol in una singola occasione (*binge drinking*), comporta un sostanziale incremento del rischio per la salute, anche quando non si accompagna ad un consumo abituale elevato. Diverse istituzioni sanitarie, anche il CDC, fissano come livelli soglia da non superare in una sola occasione, 4 UA per gli uomini e 3 UA per le donne. Livelli di consumo al di sopra di queste soglie sono classificati come "consumo *binge*".

Una Unità Alcolica (UA) corrisponde a 12 grammi di etanolo, quantità approssimativamente contenuta in una lattina di birra (330 ml), un bicchiere di vino (125 ml) o un bicchierino di liquore (40 ml), alle gradazioni tipiche di queste bevande.

Anche l'assunzione di bevande alcoliche fuori pasto è considerata modalità di consumo a rischio, perché determina livelli più elevati di alcolemia, a parità di quantità consumate e si associa anche a molteplici effetti nocivi cronici. L'OMS elenca il consumo fuori pasto tra i fattori che determinano un aumento della mortalità, perciò lo include nel calcolo dell'indice *Patterns of drinking score*, che caratterizza sinteticamente il rischio complessivo alcol-correlato.

Come PASSI misura il consumo di alcol

PASSI, con domande che fanno riferimento al consumo di bevande alcoliche nei trenta giorni precedenti l'intervista, stima:

1. il consumo medio giornaliero di bevande alcoliche tramite domande riguardanti

- la frequenza dell'assunzione (espressa in giorni/mese) e il numero di UA assunte in media, nei giorni di consumo;
2. il consumo alcolico riguardante l'assunzione in una singola occasione di quantità di alcol superiori alle soglie sopra riportate;
 3. la modalità di consumo rispetto ai pasti.

L'indicatore composito definito "consumo alcolico a maggior rischio" include uno o più fra queste tre modalità di consumo alcolico (consumo abituale elevato, consumo episodico eccessivo, consumo fuori pasto) e consente di valutare la quota cumulativa di popolazione con un consumo alcolico non moderato, a rischio per la salute, ovvero la quota di persone che riferiscono, negli ultimi 30 giorni, un "consumo abituale elevato" (>2 UA medie giornaliere per gli uomini; >1 UA per le donne) oppure almeno un episodio di "*binge drinking*" (>4 UA per gli uomini; >3 UA per le donne) oppure un "consumo (esclusivamente o prevalentemente) fuori pasto".

Dalle analisi delle informazioni raccolte da PASSI risulta che tra il 2013 e il 2016 poco meno della metà degli adulti in Italia, fra i 18 e i 69 anni, dichiara di non consumare bevande alcoliche, ma 1 persona su 6 (17%; IC95%: 16.7-17.2%) ne fa un consumo a "maggior rischio" per la salute, per quantità o modalità di assunzione. Questi ultimi sono più frequentemente giovani (fra i 18-24enni la quota sfiora il 35%), uomini (22%) e persone socialmente più avvantaggiate, ovvero senza difficoltà economiche (20%) o con alto livello di istruzione (18%).

Fra le modalità di consumo di alcol a rischio per la salute, le più frequenti sono il consumo *binge drinking* (8.9%; IC95%: 8.8-9.1%;) e il consumo prevalentemente fuori pasto (8.1%; IC95%: 7.9-8.3%), meno frequente fra la popolazione risulta il consumo abituale elevato (3.4%; IC95%: 3.3-3.5%)

Il consumo di alcol a "maggior rischio" resta prerogativa dei residenti nel Nord Italia, in particolare nelle P.A. di Bolzano e Trento, di Friuli Venezia Giulia e Veneto dove si registrano le percentuali più alte ^{Figura 1}. Anche il consumo *binge* è prerogativa del Nord Italia (dove si registra anche un aumento dal 2010) e in particolare del Nord Est. Nel Sud, il Molise e la Sardegna sono le Regioni dove la percentuale di consumatori di alcol a "maggior rischio" è più alta della media nazionale e in Molise si registra una quota di *binge drinkers* fra le più alte.

Gli andamenti temporali mostrano una riduzione del consumo di alcol abituale elevato, dal Nord al Sud del Paese, mentre continua ad aumentare la quota di consumatori *binge* e in particolare nelle regioni settentrionali.

Preoccupante il numero di persone che assumono alcol, pur avendo una controindicazione assoluta come i pazienti con malattie del fegato fra i quali quasi 1 persona su 2 (47%; IC95% 43.9-49.3%) ne fa un consumo a "maggior rischio".

Definizioni operative degli indicatori PASSI

1. **Difficoltà economiche:** sono riferite dall'intervistato che risponde alla domanda a risposta chiusa "Con le risorse finanziarie a sua disposizione (da reddito proprio o familiare) come arriva a fine mese?"
2. **Titolo di studio:** è riferito dall'intervistato che risponde alla domanda a risposta chiusa "Quale è il suo titolo di studio?"

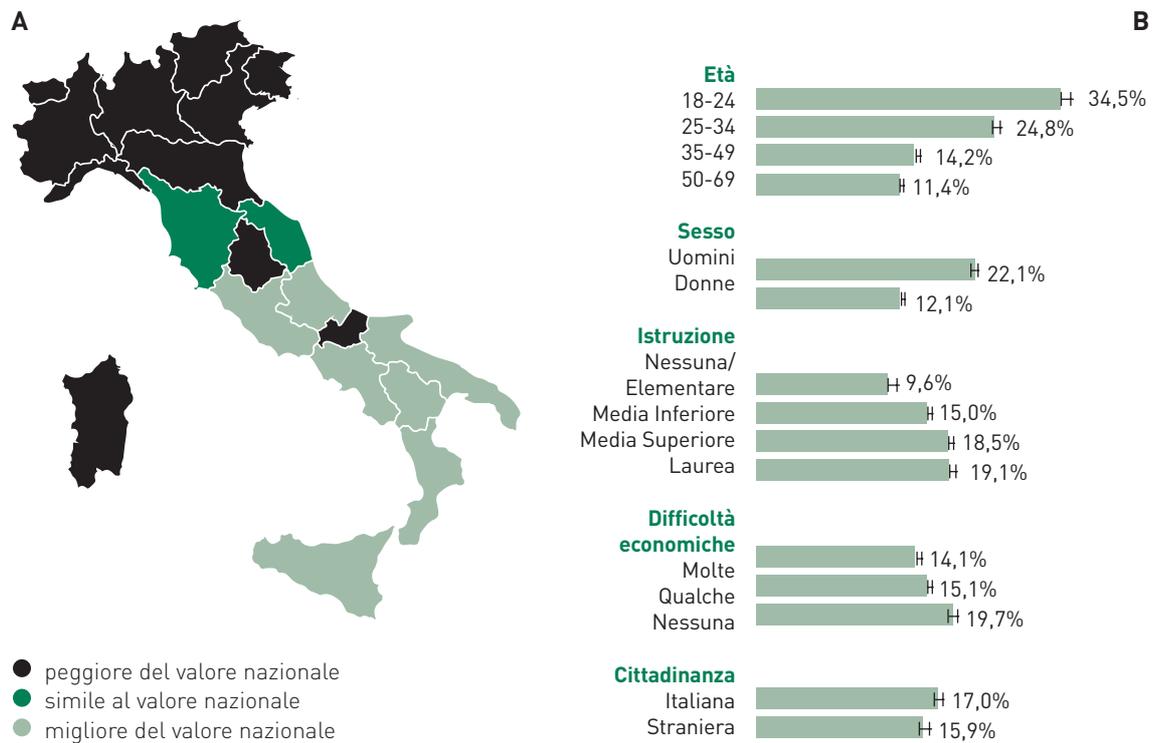


FIGURA 1. La prevalenza di consumatori a maggior rischio Italia per regione di residenza (A) e per caratteristiche sociodemografiche (B). Prevalenze medie annue di quadriennio. Dati PASSI 2013-2016

BIBLIOGRAFIA

1. Australian National Health and Medical Research Council (NHMRC). Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol. 2009
2. Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione: linee guida per il consumo di alcol. Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 30.3.2001 N. 125 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati - http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2724_allegato.pdf

4 Fattori di rischio nella popolazione italiana: fumo

Maria Masocco¹, Valentina Minardi², Benedetta Contoli³, Angelo D'Argenzio⁴, Letizia Sampaolo⁵, Giuliano Carrozzi⁶, Paola Mosconi⁷, Alessandro Comandone⁸, Fabrizio Nicolis⁹

¹ Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità - maria.masocco@iss.it

² Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità - valentina.minardi@iss.it

³ Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità - benedetta.contoli@iss.it

⁴ Dipartimento di Prevenzione, ASL Caserta; Direttore Unità Operativa Complessa "Monitoraggio Rischio Ambientale e Registro Tumori" - angelo.dargenzio@aslcaserta1.it

⁵ Dipartimento di Economica, Università Ca' Foscari, Venezia; Servizio Epidemiologia e Comunicazione del rischio, AUSL Modena - l.sampaolo@ausl.mo.it

⁶ Servizio Epidemiologia e Comunicazione del rischio, AUSL Modena - g.carrozzi@ausl.mo.it

⁷ IRCCS Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" Milano - paola.mosconi@marionegri.it

⁸ Direttore SC di Oncologia - Ospedale Humanitas Gradenigo Torino
alessandro.comandone@gradenigo.it

⁹ Direttore Sanitario - IRCCS Ospedale "Sacro Cuore - Don Calabria" Negrar (VR)
fabrizio.nicolis@sacrocuore.it

Questo capitolo riporta i risultati della Sorveglianza PASSI che, attraverso indagini campionarie, dal 2008 raccoglie informazioni sugli stili di vita e fattori di rischio comportamentali della popolazione italiana adulta di 18-69 anni connessi all'insorgenza della malattie croniche non trasmissibili e sul grado di conoscenza e adesione ai programmi di intervento che il Paese sta realizzando per la loro prevenzione. La raccolta delle informazioni, tramite interviste telefoniche e attraverso un questionario standardizzato, è condotta dalle ASL, coordinate dalle Regioni. L'Istituto Superiore di Sanità ne cura il coordinamento a livello nazionale, garantendo il supporto tecnico-scientifico.

Per ulteriori approfondimenti leggere il paragrafo dedicato alla "Fonte e metodologia di PASSI". Di seguito vengono riportati i dati sul fumo.

Fumo: cosa ci dicono i dati PASSI

Il fumo di tabacco è responsabile di molte malattie gravi, come tumori, malattie cerebro-cardiovascolari (ictus, infarto) e malattie respiratorie (enfisema, asma e broncopneumonia cronica ostruttiva). L'istituto americano *Institute for Health Metrics and Evaluation* ha calcolato che nel 2016 il consumo di tabacco sia stato responsabile di oltre 7 milioni di decessi in tutto il mondo (ovvero il 13% di tutte le persone decedute) e sia stato causa di 23 milioni di anni vissuti con disabilità. Inoltre, ha calcolato che

il fumo passivo sia stato responsabile di quasi 884mila decessi e di 3 milioni di anni vissuti con disabilità. In Italia sono attribuibili al fumo circa 93mila morti (cioè il 14% di tutte le persone decedute) e oggi il fumo di tabacco rappresenta la prima causa di perdita di anni di vita in buona salute.

Il fumo di tabacco è riconosciuto essere fortemente associato ai tumori del polmone, ma anche a quelli del cavo orale e gola, esofago, pancreas, colon, vescica, prostata, rene, seno, ovaie e di alcuni tipi di leucemie.

La *Sorveglianza PASSI* studia la prevalenza di fumatori (cioè il numero di soggetti che fuma rispetto al numero totale dei soggetti della popolazione di riferimento) nella popolazione adulta italiana di 18-69 anni, cogliendo differenze per maschi e femmine, fasce di età, area geografica di residenza, ma anche per caratteristiche socioeconomiche, come istruzione, difficoltà economiche o condizione professionale.

Dai dati PASSI relativi al periodo 2013-2016 emerge che, in Italia, una persona su 4 fuma (26.4%; IC95%: 26.1-26.7%) e una su 6 è un ex-fumatore (17.9%; IC95%: 17.6-18.1%).

Il fumo di sigaretta è più frequente negli uomini (30.8% IC95%: 30.3 -31.2%) rispetto alle donne (22.1% IC95%: 21.7-22.5%), nella classe di età centrale di 25-34enni (25.3% IC95%: 30.8-32.4%) e nelle classi più svantaggiate, per istruzione ma in partico-

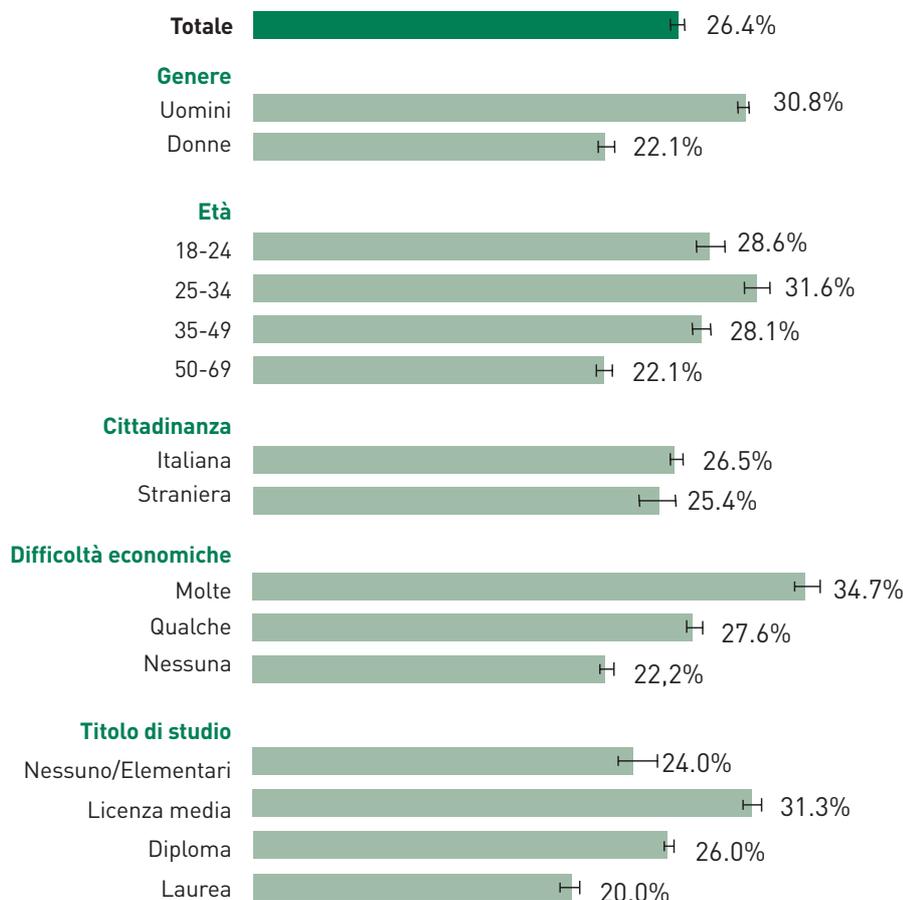


FIGURA 1. La prevalenza di fumo in Italia per caratteristiche sociodemografiche. Dati PASSI 2013-2016. Prevalenze medie annue di quadriennio e relativi Intervalli di Confidenza al 95%

lare per difficoltà economiche (34.7% IC95%: 33.8-35.6%, fra coloro che riferiscono di avere molte difficoltà economiche) (Figura 1).

Il consumo medio giornaliero è di circa 12 sigarette, tuttavia un fumatore su quattro consuma più di un pacchetto, è cioè considerato un forte fumatore. Le regioni con più alta percentuale di fumatori sono le Regioni del Centro-Sud, come Umbria, Abruzzo, Lazio, e Campania (Figura 2).

La quota di ex fumatori cresce all'avanzare dell'età (non perché si smette di fumare andando avanti con l'età ma solo perché è più facile intercettare ex fumatori guardando ai gruppi più anziani, poiché vanno cumulandosi), è maggiore fra le persone economicamente più agiate, fra i cittadini italiani rispetto agli stranieri e fra i residenti nelle Regioni settentrionali.

Definizioni operative degli indicatori PASSI

1. **Non fumatore** è una persona che dichiara di aver fumato nella sua vita meno di 100 sigarette (5 pacchetti da 20) e di non essere attualmente fumatore.
2. **Fumatore (secondo la definizione dell'Oms)** è una persona che dichiara di aver

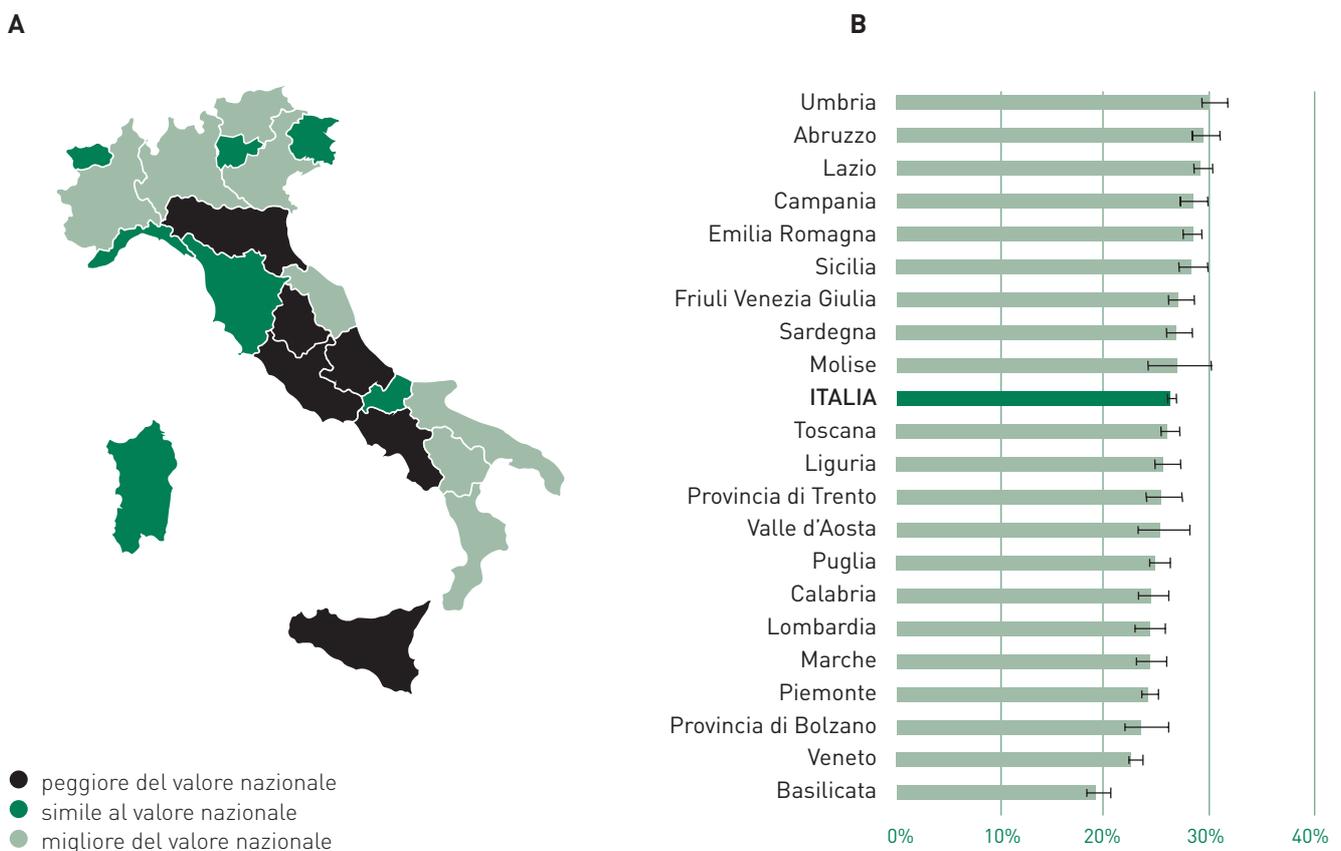


FIGURA 2. Distribuzione dei fumatori per regione di residenza rispetto al valore nazionale, suddivisione geografica (A) e in percentuale (B). Dati standardizzati per età. Tali dati consentono un corretto confronto fra regioni con diverse strutture delle popolazioni per età. Dati PASSI 2013-2016

fumato nella sua vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20) e di essere fumatore al momento dell'intervista o di aver smesso di fumare da meno di 6 mesi.

3. **Ex fumatore** è una persona che dichiara di aver fumato nella sua vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20), di NON essere fumatore al momento dell'intervista e di aver smesso di fumare da più di 6 mesi.
4. **Difficoltà economiche:** sono riferite dall'intervistato che risponde alla domanda a risposta chiusa "Con le risorse finanziarie a sua disposizione (da reddito proprio o familiare) come arriva a fine mese?"
5. **Titolo di studio:** è riferito dall'intervistato che risponde alla domanda a risposta chiusa "Quale è il suo titolo di studio?"

Note di approfondimento

La raccolta in continuo su 12 mesi dell'anno dei dati PASSI e la possibilità di disporre di campioni numericamente importanti della popolazione generale, rendono possibili analisi stratificate e l'uso di modelli matematici per l'analisi dei dati negli anni. Queste analisi consentono di cogliere cambiamenti di breve periodo e tendenze differenti fra sottogruppi della popolazione. Tutte informazioni utili per programmare in modo efficiente interventi contro il tabagismo mirati a gruppi specifici di popolazione e per prevedere il numero di nuovi casi di tumori correlati agli stili di vita, cioè il numero di nuovi casi che si diagnosticheranno. Analizzando i dati dal 2008 si conferma il calo della prevalenza di fumo in Italia che si osserva ormai da almeno trent'anni. La riduzione in questo ultimo decennio va dal 30% nel 2008 al 26% nel 2016, è statisticamente significativa da Nord a Sud, sia fra gli uomini che fra le donne e mediamente in tutte le classi di età (Figura 3).

Tuttavia un'analisi stratificata per genere (maschi e femmine) e per area di residenza ed età, mette in luce alcune importanti differenze fra gruppi della popolazione. Questa riduzione non riguarda in egual misura le diverse generazioni, non è analoga fra uomini e donne, non è sempre statisticamente significativa, anzi in alcuni gruppi della popolazione, in alcune aree del Paese, si osserva addirittura un aumento della prevalenza dei fumatori (Figura 4).

Fra gli uomini, la quota maggiore di fumatori si registra fra i più giovani, con meno di 35 anni, più elevata fra 25-34enni rispetto ai giovanissimi di 18-24 anni. È la diminuzione di fumatori in queste classi di età che determina principalmente il calo di prevalenza dei fumatori in Italia. Nelle altre classi di età non vi sono grandi cambiamenti; la quota di fumatori fra i 35-49enni e fra i 50-69enni resta pressoché stabile e risulta significativamente in calo solo fra i residenti del Sud, fra i quali tuttavia, all'inizio del periodo di osservazione, la quota di fumatori era eccezionalmente elevata (arrivando anche al 45% fra i 25-34enni) mentre negli ultimi anni la percentuale assoluta di fumatori al Sud in queste fasce d'età (35-49 e 50-69) si allinea a quella delle altre aree geografiche.

Anche fra le donne la quota di fumatrici più alta è fra le più giovani, con meno di 35 anni, senza rilevanti distinzioni fra le 18-24enni e le 25-34enni. Come per gli uomini resta pressoché stabile la prevalenza di fumatrici nelle classi di età più mature, in particolare fra le 50-69enni, mentre i cambiamenti più rilevanti si registrano fra le donne con meno di 35 anni, come auspicabile. Nel Centro Italia si osserva una riduzione

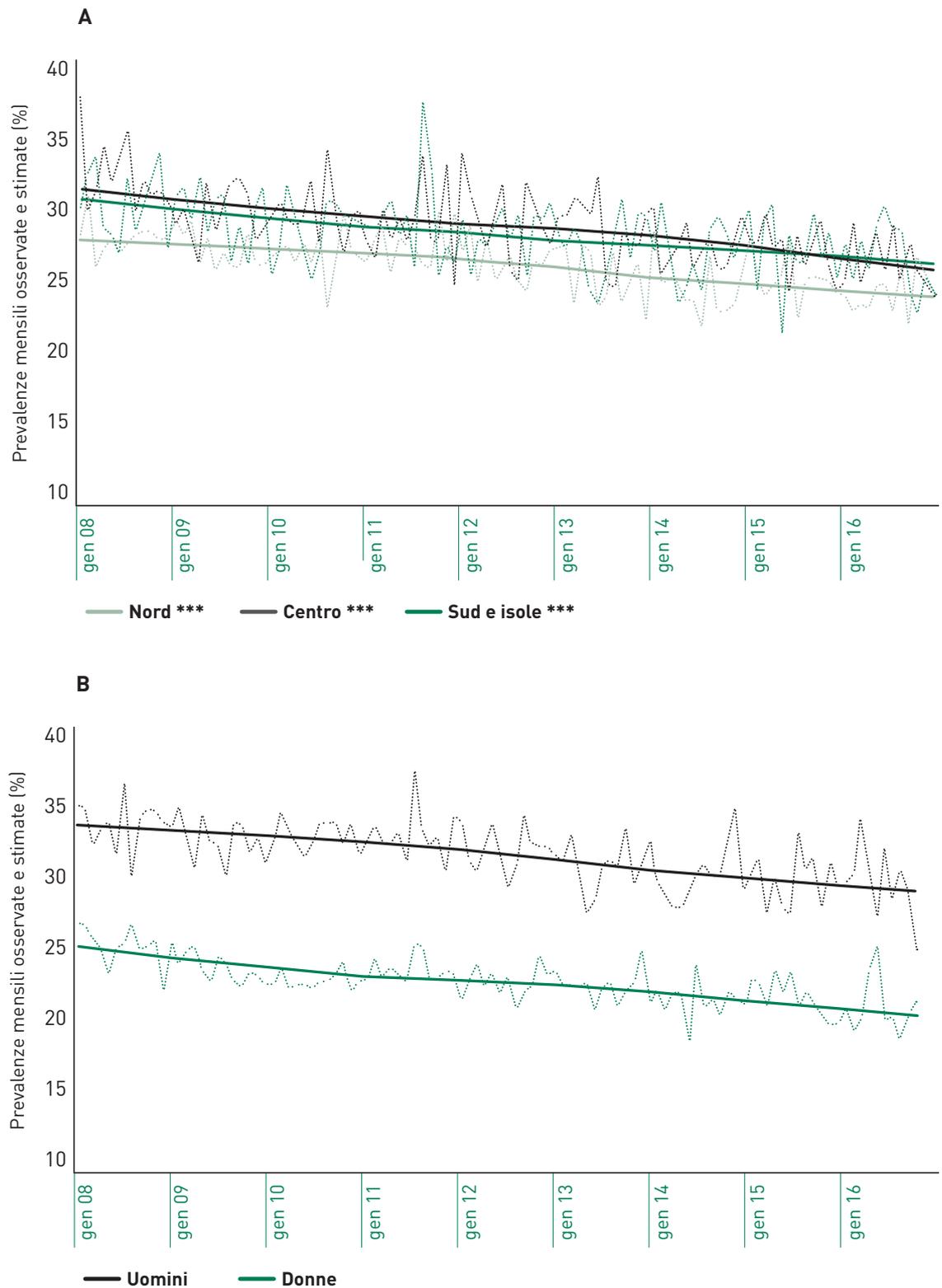


FIGURA 3. Prevalenza di fumatori (quota di fumatori) adulti in Italia per area geografica di residenza (A) e per genere (B): andamento nel tempo. Dati PASSI 2008-2016. Prevalenze mensili osservate e stimate da modelli di serie storiche (LOWESS - locallyweightedscatterplotsmoothing)

*** $p < 0.001$ Cochrane-Orcutt test

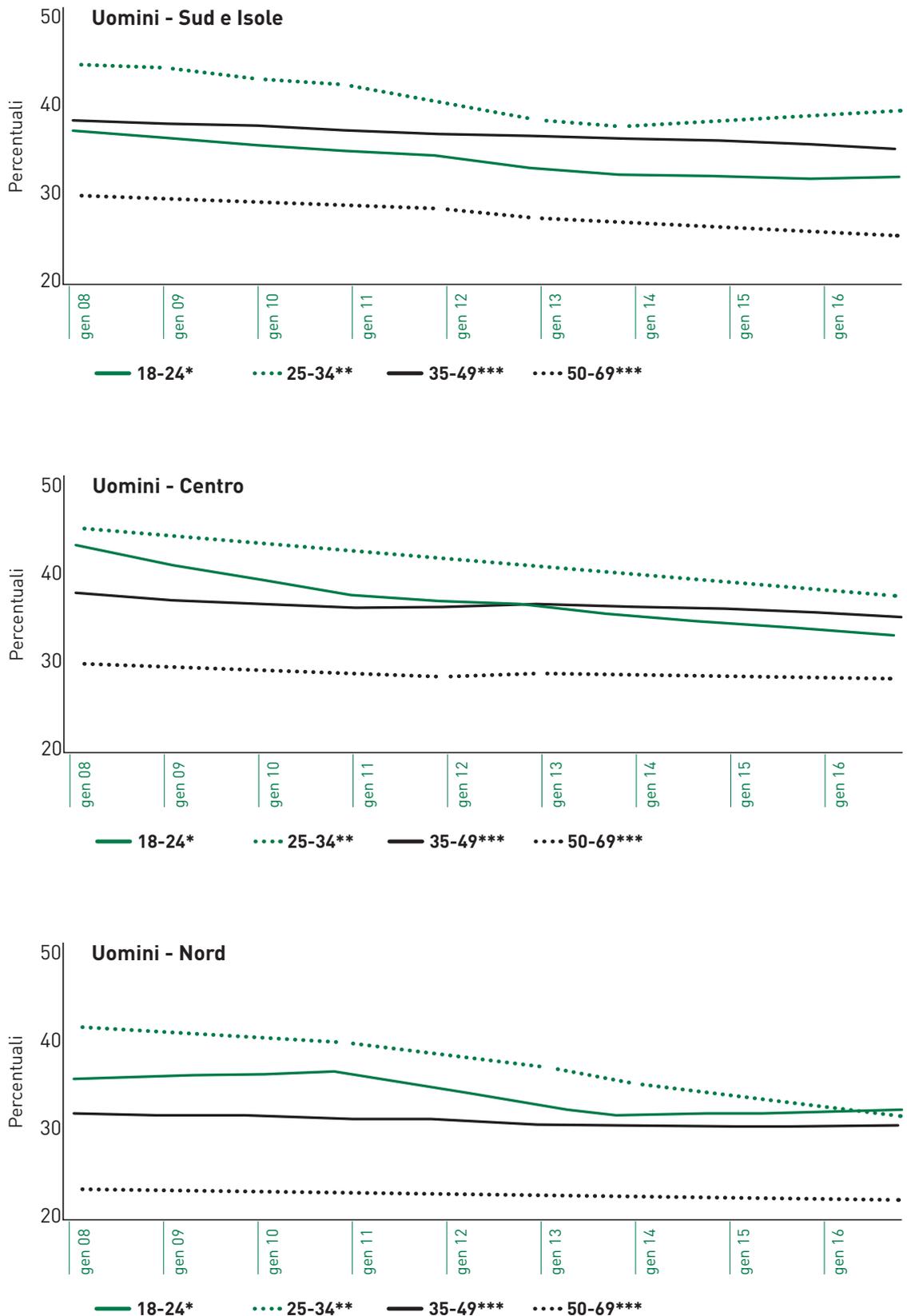
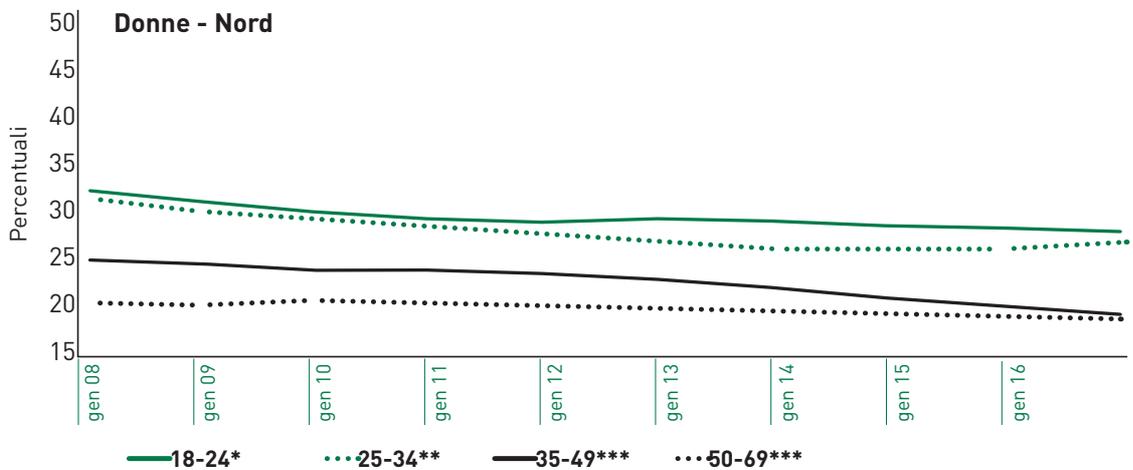
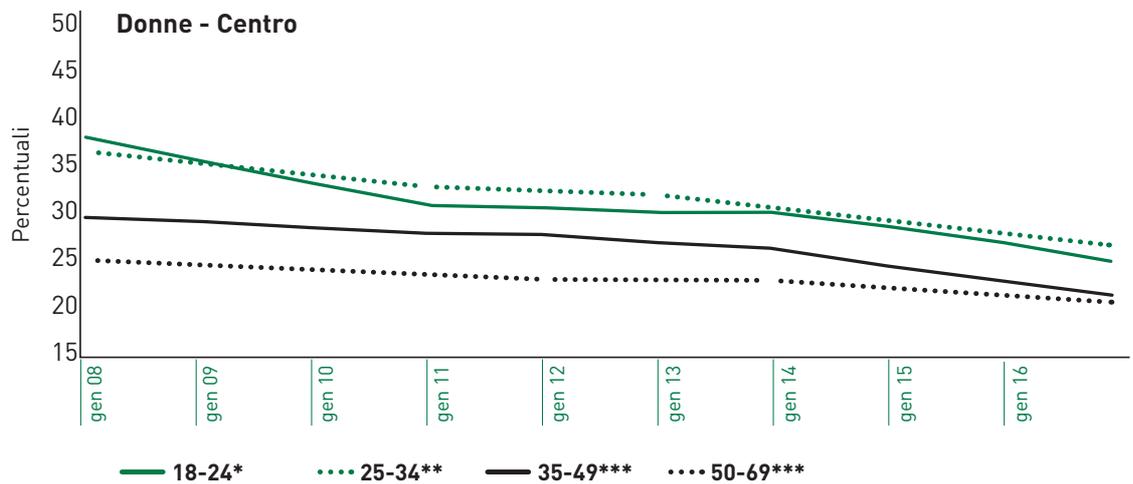
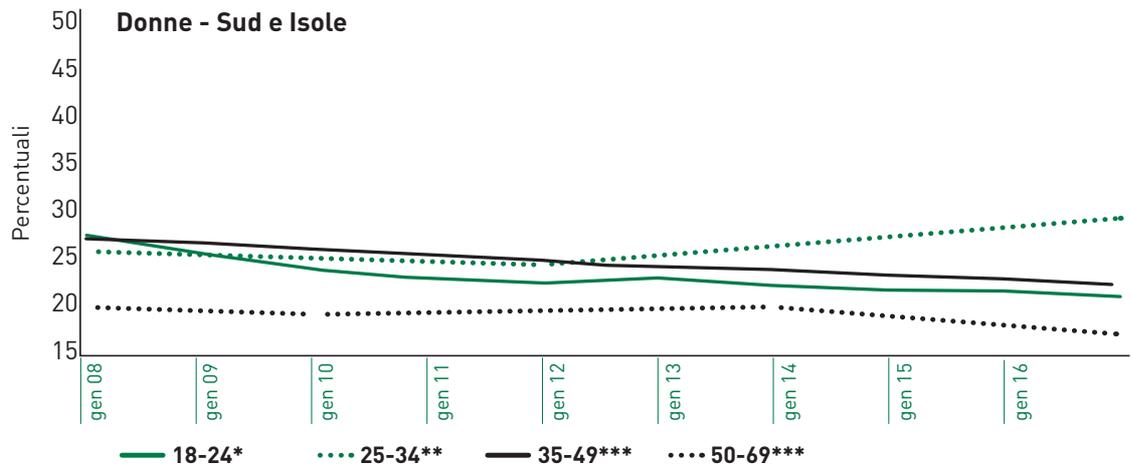


FIGURA 4. Tendenze nel tempo della prevalenza di fumatori adulti per genere, classe di età e area di residenza in Italia. Dati PASSI 2008-2016. Prevalenze stimate da modelli di serie storiche (LOWESS - locallyweightedscatterplotsmoothing)

** p < 0.001; ** p = 0.001; * p = 0.01 Cochrane-Orcutt test



ne costante del numero di fumatrici ad ogni età. Al Nord si registra una preoccupante stazionarietà dell'abitudine al fumo nelle giovanissime 18-24enni, che non accenna a ridursi ed è maggiore di quella fra le 25-34enni, indicando un aumento del fumo fra le nuove generazioni. Il dato più allarmante si registra al Sud, con un significativo aumento delle fumatrici fra le 25-34enni e una sostanziale stazionarietà della prevalenza di fumo nelle nuove generazioni di 18-24enni, che rendono oggi la prevalenza di fumo fra le donne del Sud Italia simile a quello registrato nel resto del Paese.

Conclusioni

Il quadro che emerge dall'analisi PASSI sul fumo di tabacco descrive un fenomeno in calo, ovunque nel Paese, sia fra gli uomini che fra le donne, in ogni fascia di età. Analizzando i dati emerge che:

1. Prevalenza fumo maschile e prevalenza fumo femminile: i dati registrano un calo statisticamente significativo, sia fra gli uomini sia fra le donne;
2. Se si guarda al fumo maschile per classi di età, in tutte e tre le classi c'è un calo statisticamente significativo, anche se con ritmi diversi;
3. Se si guarda al fumo femminile per classi di età, in tutte e tre le classi c'è un calo statisticamente significativo, anche se con ritmi diversi;
4. Se si guarda al fumo totale (maschi + femmine; tutte le classi di età) per ripartizione geografica, in ogni area del Paese c'è un calo significativo.

Tuttavia non mancano elementi su cui porre attenzione o veri e propri campanelli d'allarme che è necessario tener presente per un'efficace programmazione delle iniziative di contrasto al tabagismo:

- A. le generazioni di giovani adulti sono e restano quelle più esposte all'abitudine al fumo;
- B. le generazioni più mature, che hanno già decenni di esposizione agli effetti del fumo di tabacco, sono le più restie al cambiamento e abbandonano difficilmente questa cattiva abitudine;
- C. fra le donne giovanissime di 18-25anni c'è una preoccupante stazionarietà del fenomeno;
- D. nelle giovani donne che vivono nelle regioni del Sud si intravede, negli ultimi anni, un preoccupante aumento di fumatrici tale da annullare il loro storico vantaggio, per bassa prevalenza di fumo, rispetto alle donne delle regioni del Centro-Nord;
- E. il quadro che emerge dal Sud del Paese è preoccupante per l'alta prevalenza di fumo fra gli uomini di tutte le età e l'aumento che si intravede fra le donne, che vanno ad aggiungersi all'alta prevalenza di altri fattori di rischio (quali sedentarietà e obesità) e a una bassa copertura (principalmente dovuta ad una scarsa offerta) degli screening oncologici per la diagnosi precoce del tumore della cervice uterina, mammario e del colon-retto;
- F. la riduzione della prevalenza di fumatori si osserva anche nelle diverse classi sociali, ma si ampliano le differenze sociali a sfavore delle classi più povere, fra le quali la prevalenza di fumo è più elevata e la riduzione è stata meno rilevante.

Note metodologiche

I dati di prevalenza presentati in questo capitolo si riferiscono alla percentuale media annua di fumatori nella popolazione, stimata su un campione di persone di età compresa fra 18 e 69 anni e residenti in Italia, intervistati fra il 2013 e il 2016. Le percentuali di fumatori nella popolazione considerata sono sempre accompagnate da una stima della affidabilità di queste percentuali, in termini tecnici l'intervallo di confidenza al 95%. Gli intervalli di confidenza identificano la precisione della valutazione, ad esempio: un amico deve venirti a trovare e ti chiede quanto impiega ad arrivare in auto. Se rispondi "Circa mezz'ora, dieci minuti più dieci minuti meno", stai dando una stima (30 minuti) con un intervallo di confidenza al riguardo (la stima va dai 20 minuti ai 40 minuti). L'intervallo di confidenza mostra la precisione di una stima: più corta è la lunghezza dell'intervallo di confidenza più precisa sarà la valutazione.

Tutte le percentuali (prevalenze) presentate, se non diversamente specificato, sono "prevalenze grezze" ovvero danno conto della reale dimensione del fenomeno per ogni sottogruppo cui si riferiscono (uomini e donne, laureati o diplomanti, 25-34enni o 50-69enni, ecc); attraverso le "prevalenze grezze" conoscendo, ad esempio, il numero di donne residenti in Italia nel quadriennio 2013-2016 sarà possibile avere una stima del numero assoluto di fumatrici in Italia, moltiplicando il numero di donne residenti alla prevalenza di fumo fra le donne.

Nel confronto dell'abitudine al fumo fra regioni, vengono invece utilizzate le "prevalenze standardizzate per età", che non risentono delle diverse strutture per età delle popolazioni regionali. Accade infatti che l'abitudine al fumo, come anche il consumo di alcol, l'attività fisica, il consumo di frutta e verdura possono variare notevolmente con l'età e poiché le strutture per età (ovvero la composizione per età, la quota di giovani e meno giovani) possono variare notevolmente nelle varie regioni, un confronto regionale con le "prevalenze grezze" (non standardizzate per età) potrebbe mostrare differenze nella diffusione di queste abitudini legate solo alla diversa struttura per età delle popolazioni.

Le "prevalenze standardizzate per età" di una specifica regione restituiscono un valore "fittizio" ovvero la percentuale di fumatori che in quella regione si otterrebbe qualora la composizione per età fosse quella di una popolazione scelta come standard (e uguale fra tutte le regioni). In tal modo il confronto fra regioni non risente più delle diverse strutture per età, perché si assume che le regioni abbiano tutte la struttura per età della popolazione standard. Essendo la "prevalenza standardizzata per età" un valore "fittizio" non dà conto della reale dimensione del fenomeno in quella regione ma è necessario usarla quando si vogliono fare confronti fra regioni. La popolazione scelta come standard è la popolazione italiana al 1/1/2014.

BIBLIOGRAFIA

1. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Results Tool. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>
2. Ministero della salute. Prevenzione e controllo del tabagismo. Rapporto anno 2017. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_467_listaFile_itemName_0_file.pdf

5 Il profilo di salute e di rischio delle persone con diagnosi di tumore

Maria Masocco¹, Valentina Minardi², Benedetta Contoli³, Angelo D'Argenzio⁴,
Letizia Sampaolo⁵, Giuliano Carrozzi⁶, Gabriella Farina⁷, Fabrizio Nicolis⁸

¹ Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e Promozione della Salute,
Istituto Superiore di Sanità - maria.masocco@iss.it

² Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e Promozione della Salute,
Istituto Superiore di Sanità - valentina.minardi@iss.it

³ Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e Promozione della Salute,
Istituto Superiore di Sanità - benedetta.contoli@iss.it

⁴ Dipartimento di Prevenzione, ASL Caserta; Direttore Unità Operativa Complessa
"Monitoraggio Rischio Ambientale e Registro Tumori" - angelo.dargenzio@aslcaserta1.it

⁵ Dipartimento di Economia, Università Ca' Foscari, Venezia;
Servizio Epidemiologia e Comunicazione del rischio, AUSL Modena - l.sampaolo@ausl.mo.it

⁶ Servizio Epidemiologia e Comunicazione del rischio, AUSL Modena - g.carrozzi@ausl.mo.it

⁷ Direttore del Dipartimento di Oncologia - ASST Fatebenefratelli Sacco Milano
gabriella.farina@asst-fbf-sacco.it

⁸ Direttore Sanitario - IRCCS Ospedale "Sacro Cuore - Don Calabria" Negrar (VR)
fabrizio.nicolis@sacrocuore.it

Questo capitolo riporta i risultati della *Sorveglianza PASSI* che, attraverso indagini campionarie, dal 2008 raccoglie informazioni sugli stili di vita e fattori di rischio comportamentali della popolazione italiana adulta di 18-69 anni connessi all'insorgenza della malattie croniche non trasmissibili e sul grado di conoscenza e adesione ai programmi di intervento che il Paese sta realizzando per la loro prevenzione. La raccolta delle informazioni, tramite interviste telefoniche e attraverso un questionario standardizzato, è condotta dalle ASL, coordinate dalle Regioni. L'Istituto Superiore di Sanità ne cura il coordinamento a livello nazionale, garantendo il supporto tecnico-scientifico.

Per ulteriori approfondimenti leggere il paragrafo dedicato alla "Fonte e metodologia di PASSI".

Tra le informazioni inerenti la salute della popolazione, PASSI rileva la quota di persone che riferiscono di aver ricevuto una diagnosi di malattia cronica, per le quali sono possibili o raccomandate misure individuali o collettive utili ad una riduzione del danno o al contenimento dei sintomi (come ad es. la vaccinazione antiinfluenzale raccomandata a tutte le persone sotto i 65 anni di età affette da alcune specifiche patologie croniche). Tra le malattie croniche indagate è stata prevista la diagnosi di tumore (seppur senza specifica della sede tumorale o del tempo intercorso dalla diagnosi, o età alla diagnosi).

Questo dato rappresenta solo un proxy della stima di casi prevalenti di tumore fra i residenti in Italia di età compresa fra i 18 e i 69 anni, perché la diagnosi di tumore viene riferita dall'intervistato (che risponde alla domanda “*Un medico le ha mai diagnosticato o confermato una diagnosi di...?*”) e non confermata da referti clinici; tuttavia questa informazione consente di fare un profilo di salute e di bisogni delle persone che “verosimilmente” hanno o hanno avuto un tumore da cui sono completamente guarite, in termini di salute, qualità della vita, abitudini o stili di vita connessi all'insorgenza di patologie croniche o recidive tumorali.

Nel quinquennio 2012-2016 sono state raccolte informazioni su un campione, rappresentativo per genere ed età, di oltre 184mila persone di 18-69 anni residenti in Italia; di questi 6867 hanno riferito di aver ricevuto una diagnosi di tumore, pari ad una prevalenza media annua nella popolazione generale di 18-69enni del 3.5% (IC95% 3.4-3.7%), che si stima coinvolga circa 1 453 000 persone fra i 18 e 69 anni.

Definizioni utilizzate da PASSI

1. **Persona con diagnosi di tumore:** è una persona che dichiara di aver ricevuto (nel corso della vita) una diagnosi di tumore (comprese leucemie o linfomi) rispondendo alla domanda: “*Un medico le ha mai diagnosticato o confermato una o più delle seguenti malattie?*” e avendo fra le risposte possibili il seguente elenco di patologie:
 - Diabete
 - Insufficienza renale
 - Asma bronchiale
 - Bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria
 - Ictus o ischemia cerebrale
 - Infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie
 - Altre malattie del cuore (es: scompenso valvulopatia)
 - Tumori (comprese leucemie e linfomi)
 - Malattie croniche del fegato, cirrosi
 - Artrosi o Artrite (es: artrite reumatoide, gotta, lupus, fibromialgia)
2. **Difficoltà economiche:** sono riferite dall'intervistato che risponde alla domanda a risposta chiusa “Con le risorse finanziarie a sua disposizione (da reddito proprio o familiare) come arriva a fine mese?”
3. **Titolo di studio:** è riferito dall'intervistato che risponde alla domanda a risposta chiusa “*Quale è il suo titolo di studio?*”

Nel campione intervistato da PASSI, la quota di persone che riferisce una diagnosi di tumore è maggiore fra le donne (4.7%), cresce al crescere dell'età dell'intervistato e raggiunge il 6.6% fra i 50-69enni, è maggiore fra i cittadini italiani (3.6%) rispetto agli stranieri (1.7%), fra i residenti nelle regioni del Nord (4.1%) e del Centro (3.9%) rispetto ai residenti nel Sud e nelle Isole (2.7%). Risulta maggiore fra le persone che riferiscono di avere molte difficoltà economiche (4.2%) rispetto agli altri e fra le persone con più basso titolo di studio (Figura 1).

Un'analisi multivariata conferma come queste differenze siano statisticamente significative (Tabella 1 a pagina 40).

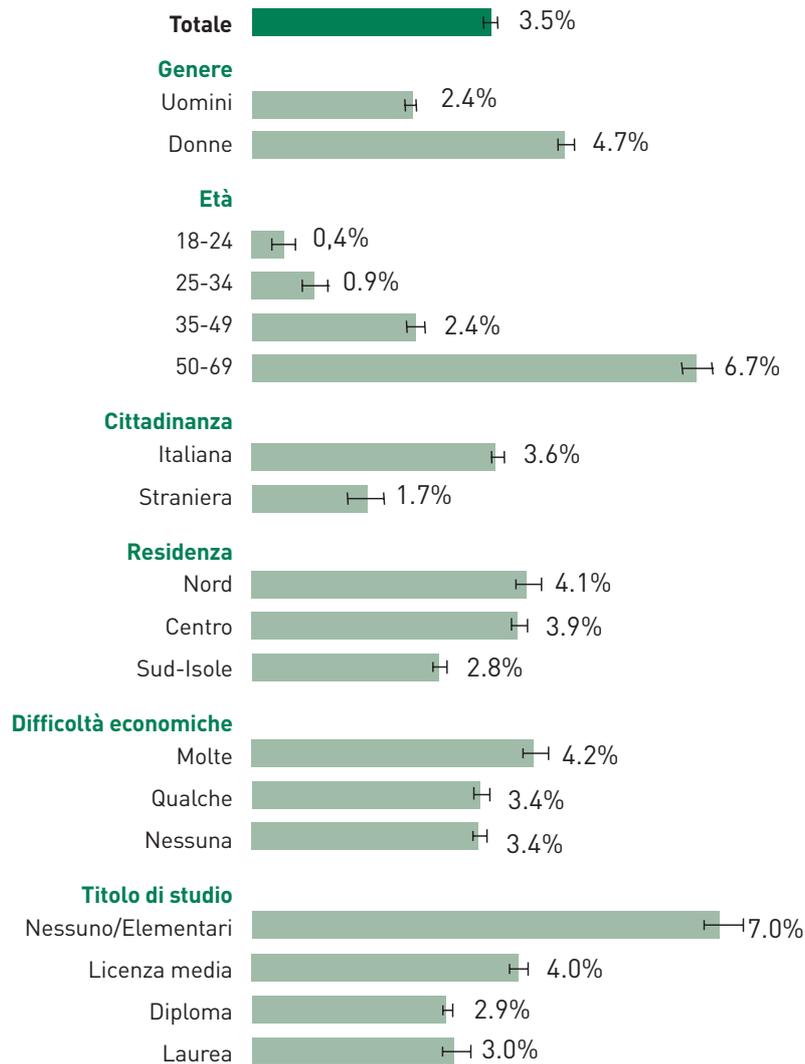


FIGURA 1. Prevalenza di persone che riferiscono una diagnosi di tumore per sottogruppi della popolazione sul totale degli intervistati (n=6834). PASSI 2012-2016

Profilo di rischio, la salute percepita e la qualità della vita delle persone con diagnosi di tumore: analisi dei dati PASSI

Nel campione intervistato, le persone con tumore hanno alte prevalenze di fattori di rischio o aggravanti della patologia legati a abitudini o stili di vita non salutari, mai abbandonati, talvolta persino più elevate delle persone libere dal tumore. Fra le persone con tumore è alta la quota di ex fumatori (28% vs 18%), ma resta comunque elevata la quota di fumatori abituali (20%); l'11% fa un consumo di alcool rischioso per la salute (vs 17% nella popolazione libera dal tumore), in particolare come *binge drinking* (6%) e come uso abituale elevato (5%), abitudine quest'ultima persino più frequente che nella popolazione libera da tumore e presumibilmente più fortemente correlata all'insorgenza di tumori alcool-correlati. Significativamente alta la quota di persone che non

	Prevalenze grezze			Rapporti di prevalenza standardizzati*			n. osservati
	%	IC95%		APR	IC95%		
Totale	3,54	3,44	3,65	-	-	-	6867
Genere							
Uomini	2,39	2,27	2,51	1	-	-	2272
Donne	4,67	4,50	4,85	1,89	1,78	2,02	4595
Età							
18-34 anni	0,07	0,61	0,79	1	-	-	376
35-49 anni	2,43	2,28	2,6	3,33	2,89	3,86	1571
50-69 anni	6,65	6,42	6,88	8,70	7,57	9,99	4920
Cittadinanza							
Italiana	3,62	3,51	3,74	1	-	-	6675
Straniera	1,67	1,41	1,99	0,52	0,44	0,62	159
Residenza							
Nord	4,10	3,95	4,27	1,54	1,41	1,67	3588
Centro	3,91	3,71	4,11	1,44	1,32	1,58	1871
Sud - Isole	2,76	2,58	2,96	1			1408
Difficoltà economiche							
Molte	4,21	3,91	4,53	1,33	1,22	1,46	1163
Qualche	3,44	3,27	3,61	1,04	0,97	1,11	2695
Nessuna	3,39	3,24	3,54	1	-	-	2978
Titolo di studio							
Nessun titolo/elementari	6,99	6,45	7,57	1	-	-	985
Licenza media	3,97	3,76	4,19	0,88	0,80	0,97	2329
Diploma	2,89	2,76	3,04	0,86	0,78	0,95	2634
Laurea	3,02	2,79	3,27	0,93	0,82	1,04	908

TABELLA 1. Popolazione con diagnosi di tumore per caratteristiche socio-demografiche. Prevalenze grezze (medie annuali), rapporti di prevalenza standardizzati - Adjusted Prevalence Ratios (Poisson Regression) e relativi Intervalli di Confidenza (IC95%). Dati PASSI 2012-2016.

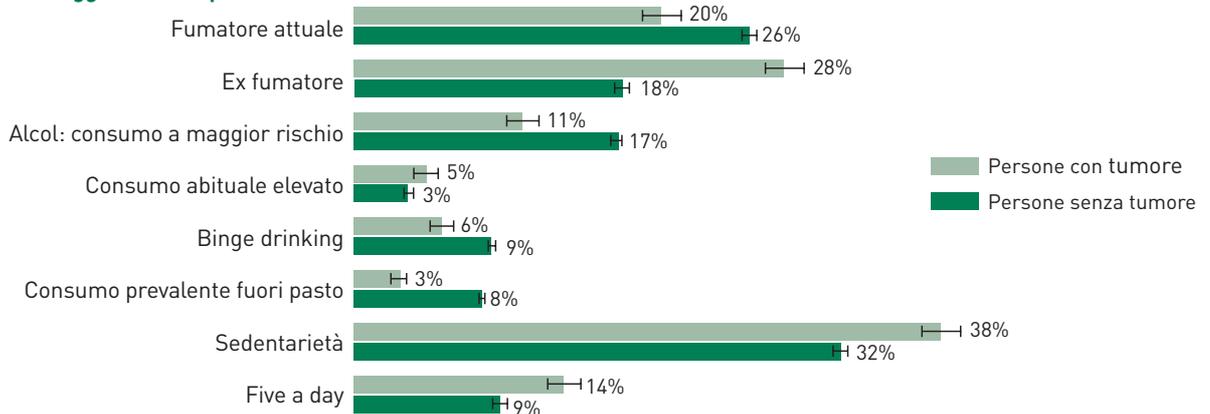
* Rapporti di prevalenza aggiustati per genere, età, cittadinanza, residenza, difficoltà economiche, istruzione

praticano alcuna attività fisica, neppure al lavoro (38% vs 32%) e relativamente bassa la quota (14%) di persone che consuma più di 5 porzioni di frutta e verdura, come raccomandato per una corretta e sana alimentazione.

Particolarmente elevata, e significativamente maggiore rispetto alla popolazione libera da tumore, è la prevalenza dei fattori di rischio cardiovascolari, quali obesità (15% vs 10%), il diabete (10% vs 4%), l'ipertensione (35% vs 19%), e l'ipercolesterolemia

(34% vs 23%) (Figura 2), ma non è noto se vi sia una correlazione tra questi fattori di rischio e i trattamenti effettuati o se questi fattori siano preesistenti all'insorgenza della patologia oncologica.

Fattori di rischio/aggravanti comportamentali



Fattori di rischio cardiovascolari

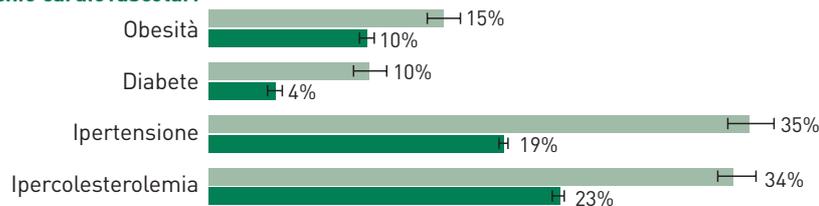


FIGURA 2. I fattori di rischio modificabili: un confronto fra persone con e senza diagnosi di tumore. PASSI: 2012-2016 (n=6867). Prevalenze medie annuali e relativi Intervalli di Confidenza (IC95%)

- **Fumatore attuale** (secondo la definizione dell'Oms) è una persona che dichiara di aver fumato nella sua vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20) e di essere fumatore al momento dell'intervista o di aver smesso di fumare da meno di 6 mesi.
- **Ex fumatore** è una persona che dichiara di aver fumato nella sua vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20), di NON essere fumatore al momento dell'intervista e di aver smesso di fumare da più di 6 mesi.
- **Consumo di alcol a maggior rischio** è un indicatore composito che consente di stimare la quota cumulativa di popolazione con un consumo alcolico non moderato, ovvero la quota di intervistati che riferiscono una o più fra le seguenti modalità di consumo alcolico, nei 30 giorni precedenti l'intervista:
 - **Consumo abituale elevato:** consumo medio giornaliero (nei trenta giorni precedenti l'intervista) pari a 3 o più Unità Alcoliche (UA) medie giornaliere per gli uomini e 2 o più UA per le donne.

- **Consumo episodico eccessivo (Binge Drinking)** ovvero 5 o più UA in una unica occasione per gli uomini e 4 o più UA per le donne (nei trenta giorni precedenti l'intervista).
- **Consumo (esclusivamente o prevalentemente) fuori pasto:** consumo di bevande alcoliche esclusivamente o prevalentemente lontano dai pasti (in qualunque quantità nei trenta giorni precedenti l'intervista). Una UA corrisponde a 12 grammi di etanolo, quantità approssimativamente contenuta in una lattina di birra (330 ml), un bicchiere di vino (125 ml) o un bicchierino di liquore (40 ml), alle gradazioni tipiche di queste bevande.
- **Sedentarietà:** quota di persone che non svolgono un lavoro pesante tale da richiedere un notevole sforzo fisico (es. manovale, muratore, agricoltore) e che, nel tempo libero, non svolgono attività fisica né moderata né intensa.
- **"Five a day":** quota di persone che consumano almeno 5 porzioni di frutta e/o verdura al giorno (quantità giornaliera

raccomandata, pari a circa 400 gr). Per la determinazione di una porzione nel questionario PASSI si fa riferimento ad un quantitativo di frutta o verdura cruda che può essere contenuto sul palmo di una mano, oppure mezzo piatto di verdura cotta, corrispondente all'incirca a 80 grammi di questi alimenti.

- **Obesità:** quota di persone obese, ovvero con un Indice di massa corporea (Imc) maggiore o uguale a 30.0 kg/m² calcolato dai valori autoriferiti di peso e altezza al momento dell'intervista.
- **Diabete:** quota di persone con diagnosi di diabete (che dichiarano di aver ricevuto da un medico una diagnosi di diabete)
- **Iperensione:** che hanno risposto alla domanda se un medico o un altro operatore sanitario ha detto loro di essere ipertesi, cioè di avere la pressione alta.
- **Ipercolesterolemia:** che hanno risposto alla domanda se un medico o un altro operatore sanitario ha detto loro di avere il colesterolo alto.

Tra i temi indagati in PASSI ci sono diversi indicatori di salute riferita. Fra questi c'è la salute percepita, basata su un giudizio soggettivo della persona intervistata sul proprio stato di salute; questo indicatore non ha l'ambizione di informare sulla salute clinicamente oggettiva della persona intervistata, poiché il giudizio che esprime può dipendere dalle aspettative della persona stessa o riflettere le aspettative delle persone a lei vicina, può risentire di aspetti quali l'integrazione sociale, le risorse fisiologiche e psicologiche, o la reazione della persona all'eventuale presenza di una malattia; ciononostante la salute percepita fornisce un'utile informazione sui bisogni delle persone e sul loro stato di benessere e qualità di vita. Un altro indicatore di salute disponibile è il numero di giorni vissuti in cattiva salute (per motivi legati alla salute fisica e/o psicologica) o vissuti nell'impossibilità di svolgere le normali attività quotidiane nel periodo immediatamente precedente l'intervista, gli "unhealthy days". Infine fra i temi indagati in PASSI vi è anche un aspetto di salute psicologica, in particolare la presenza di sintomi depressivi, ovvero i sintomi di umore depresso e/o di anedonia (perdita di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività). Queste informazioni sono raccolte utilizzando il Patient Health Questionnaire-2 (Phq-2)*, strumento validato a livello internazionale e derivante dal Patient Health Questionnaire-9, attraverso il quale è possibile individuare le "persone con sintomi di depressione".

Uno sguardo alla salute percepita e psicologica delle persone con tumore, nel campione intervistato, mette in luce un quadro critico e di cattiva qualità di vita. Il 64% delle persone con tumore percepisce il proprio stato di salute come cattivo, molto cattivo, al più discreto, mai buono (vs 29% delle persone libere da tumore); il 19% dichiara di aver vissuto nel mese precedente l'intervista un periodo di oltre due settimane in cattive condizioni di salute per motivi fisici o per motivi psicologici, il 12% dichiara che queste condizioni di salute hanno impedito loro di svolgere le normali attività quotidiane. Infine, fra le persone con tumore, la quota di persone che riferisce sintomi di depressione è tre volte superiore di quanto si osserva nella popolazione generale, raggiungendo il 18% (Figura 3).

Un'analisi multivariata mette in luce che queste differenze nella salute percepita e nei sintomi depressivi, fra le persone con e senza tumore, restano significative, a parità di età, genere e le altre caratteristiche socio-economiche.

Il consiglio medico per il contrasto ai comportamenti insalubri, così come l'offerta attiva e personalizzata di interventi di prevenzione sono misure di provata efficacia.

PASSI rileva sia l'attenzione e il consiglio offerto da un medico o operatore sanitario su fumo, consumo di alcol, attività fisica, ed eccesso ponderale dei propri assistiti, attraverso quanto riportano gli intervistati che si siano rivolti ad un medico nei 12 mesi precedenti l'intervista, sia la partecipazione all'ultima campagna vaccinale con-

*Il Phq-2 è semplice da somministrare ma non consente di fare diagnosi di depressione; nella pratica clinica il Phq-2 è raccomandato come test di screening, per individuare le persone con sintomi depressivi da indirizzare ad un secondo livello diagnostico di approfondimento per giungere ad un'eventuale diagnosi di depressione maggiore. In studi clinici questo test ha mostrato una buona sensibilità (87%) e specificità (78%) per il disturbo di depressione maggiore, pertanto in ambito di sorveglianza può considerarsi un utile strumento che consente di individuare le "persone con possibile disturbo depressivo", misurare la prevalenza di questa condizione nella popolazione (che certamente è maggiore della prevalenza di depressione maggiore clinicamente diagnosticata), ma soprattutto consente di valutare differenze fra gruppi e le variazioni geografiche o temporali, valutare l'associazione fra questa condizione e i determinanti sociali, le patologie croniche o i rischi comportamentali.

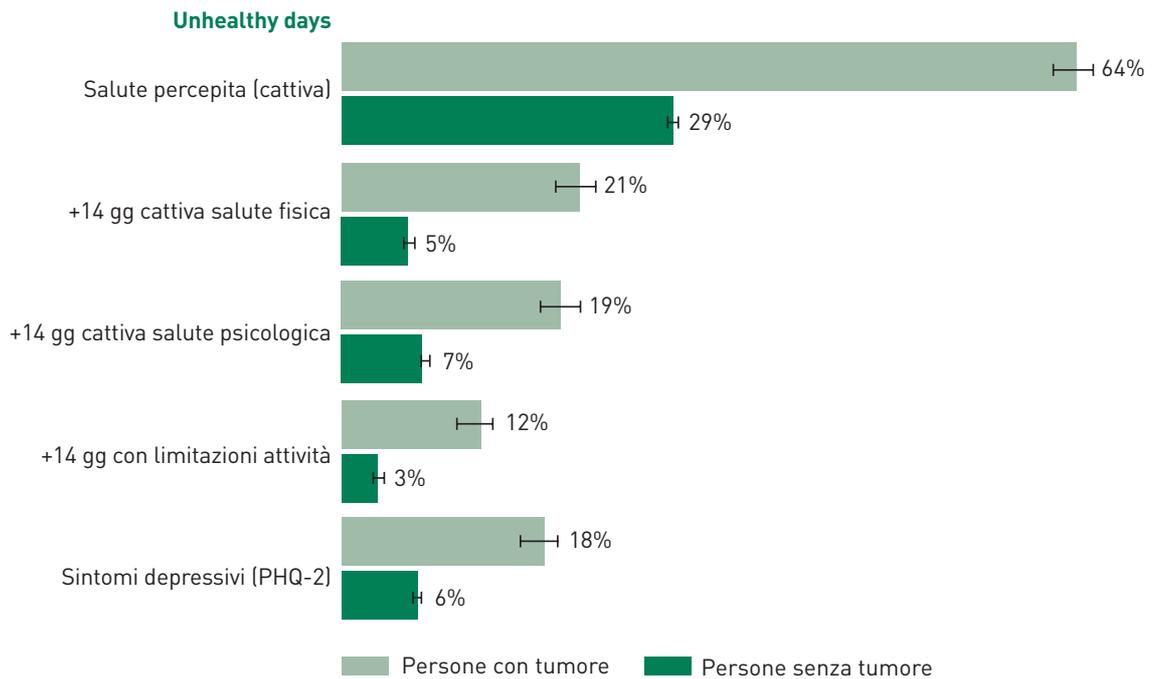


FIGURA 3. La salute percepita e la salute psicologica: un confronto fra persone con e senza diagnosi di tumore. PASSI: 2012-2016 (n=6867). Prevalenze medie annuali e relativi Intervalli di Confidenza (IC95%)

tro l'influenza delle persone alle quali è raccomandata (persone con meno di 65 anni affette da tumori, malattie croniche respiratorie, malattie cerebro-cardiovascolari, diabete, insufficienza renale o cirrosi epatiche e malattie del fegato).

I dati PASSI mostrano che il *consiglio medico* è ancora poco utilizzato e peraltro in significativo calo nel tempo: fra la popolazione generale poco più del 50% dei fumatori riferisce di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare, ancor meno le persone in eccesso ponderale riferiscono di ricevere il consiglio di perdere peso, non più del 30% degli assistiti dichiara di ricevere il consiglio di praticare attività fisica e appena il 6% dei consumatori di alcol a maggior rischio (per consumo abituale elevato, o *binge drinking*, o consumo prevalentemente fuori pasto) riferisce di aver ricevuto il consiglio di bere meno.

I dati tuttavia mostrano che il *consiglio medico* è utilizzato come strumento per un contenimento del danno piuttosto che come misura di prevenzione primaria, dal momento che risulta principalmente rivolto a persone che hanno comportamenti particolarmente a rischio (forti fumatori o forti consumatori di alcol o persone in forte eccesso ponderale) o alle persone con patologie croniche. In un confronto fra quanto riferito da persone con una diagnosi di tumore infatti si osserva che, rispetto a chi non ha il tumore, è maggiore la quota di fumatori che ricevono il consiglio di smettere di fumare (68 % vs 51%), di coloro che ricevono il consiglio di bere meno (9% vs 6%), o di praticare attività fisica (39% vs 30%) o di perdere peso (62% vs 49%) (Figura 4).

Presumibilmente anche in risposta ai consigli medici, fra le persone con tumore sono più frequenti le azioni di contrasto ai fattori aggravanti, anche se resta ancora troppo bassa la quota di persone che tentano di smettere di fumare o che fanno una

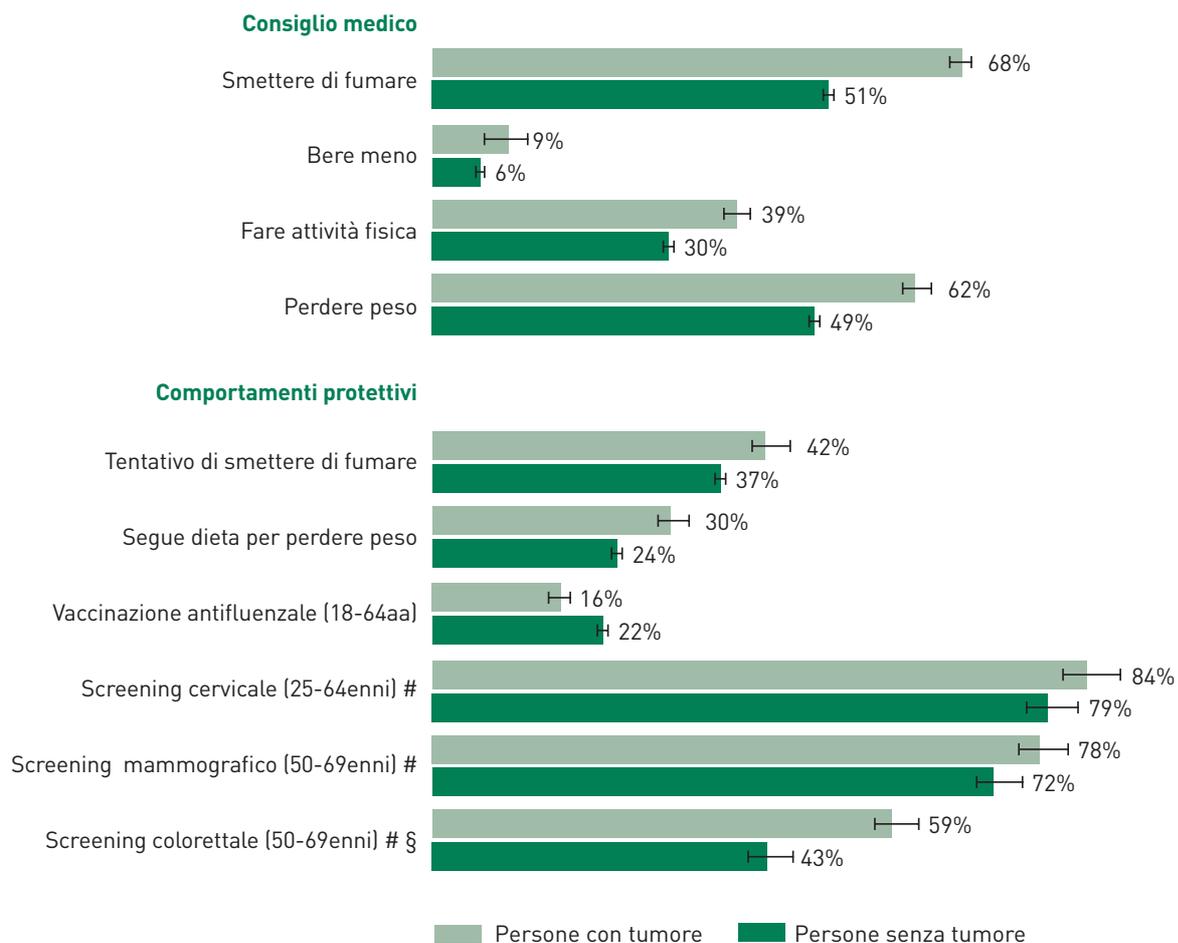


FIGURA 4. Contrastare i fattori di rischio modificabili: un confronto fra persone con e senza diagnosi di tumore. PASSI: 2012-2016 (n=6867). Prevalenze medie annuali e relativi Intervalli di Confidenza (IC95%)

DEFINIZIONI OPERATIVE

Consiglio medico

- **Smettere di fumare:** quota di fumatori che riferiscono di aver ricevuto, nei 12 mesi precedenti l'intervista, il consiglio di smettere di fumare da parte di un medico o un operatore sanitario
- **Bere meno:** quota di persone che fanno un consumo di alcol a maggior rischio per la salute che riferiscono di aver ricevuto, nei 12 mesi precedenti l'intervista, il consiglio di bere meno da parte di un medico o un operatore sanitario
- **Fare attività fisica:** quota di intervistati che riferiscono di aver ricevuto, nei 12 mesi precedenti l'intervista, il consiglio di fare attività fisica da parte di un medico o un operatore sanitario
- **Perdere peso:** quota di persone in eccesso ponderale (in sovrappeso o

obese) che riferiscono di aver ricevuto, nei 12 mesi precedenti l'intervista, il consiglio di perdere peso da parte di un medico o un operatore sanitario

Comportamenti protettivi

- **Tentativo di smettere di fumare:** quota di fumatori che, negli ultimi 12 mesi, sono rimasti senza fumare per almeno un giorno, con l'intenzione di smettere di fumare
- **Segue una dieta per perdere peso:** quota di persone in eccesso ponderale (in sovrappeso o obese) che dichiarano di seguire una dieta per perdere peso
- **Vaccinazione antinfluenzale (soggetti a rischio 18-64aa):** quota di persone, con meno di 65 anni, che si sono sottoposte a vaccinazione antinfluenzale perché soggetti a rischio per patologia, ovvero affetti da una o più fra le patologie croniche per la quali la vaccinazione

è raccomandata e offerta dal SSN anche prima dei 65 anni (tumore, malattie croniche respiratorie, malattie cerebro-cardiovascolari, o diabete, o insufficienza renale, cirrosi e malattie del fegato).

NOTE

per screening si intende la partecipazione agli screening organizzati offerti dalle ASL e qualunque test per la diagnosi precoce dei tumori svolto anche fuori i programmi di screening organizzati

§ i dati si riferiscono al valore nazionale con l'esclusione del Piemonte che adotta programmi di screening del tumore del colon-retto non confrontabili con quelli del resto del Paese

dieta per perdere peso: il 42% dei fumatori affetti da tumore sta tentando di smettere di fumare (vs 37% senza diagnosi di tumore) e il 30% delle persone in eccesso ponderale che hanno avuto una diagnosi di tumore sta seguendo una dieta per perdere peso.

L'adesione agli interventi sanitari di tutela della salute, come la vaccinazione anti-influenzale nei soggetti a rischio ai quali è raccomandata (persone con meno di 65 anni e affetti da patologie croniche, fra le quali i tumori) e la partecipazione agli screening per la diagnosi precoce dei tumori, dentro e fuori i programmi organizzati, al solo scopo preventivo sono tra le informazioni rilevate in PASSI.

La copertura vaccinale contro l'influenza è molto lontana dalla soglia ottimale e le persone con tumore ricorrono alla vaccinazione meno frequentemente delle persone a rischio affette da altre patologie croniche (16% vs 22%). La partecipazione a screening oncologici o l'esecuzione di esami per la diagnosi precoce dei tumori fuori dagli screening organizzati delle persone con tumore intervistate si mantiene sovrapponibile al resto della popolazione; pur con tutti i limiti legati al fatto che non si conosce né la sede del tumore né il tempo intercorso dalla diagnosi, questi dati sono incoraggianti anche se non si raggiungono i livelli auspicati di copertura totale.

BIBLIOGRAFIA

1. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care* 2003;41(11):1284-92.
2. Löwe B, Kroenke K, Gräfe K. Detecting and monitoring depression with a two-item questionnaire (PHQ-2). *J Psychosom Res* 2005;58(2):163-71.
3. Thombs BD, Benedetti A, Kloda LA, Levis B, Nicolau I, Cuijpers P, et al. The diagnostic accuracy of the Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2), Patient Health Questionnaire-8 (PHQ-8), and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for detecting major depression: protocol for a systematic review and individual patient data meta-analyses. *Syst Rev* 2014; 3(1):124 *Prev Chronic Dis*. 2015 Oct 29;12:E183. doi: 10.5888/pcd12.150154.
4. Depressive Symptoms and Behavior-Related Risk Factors, Italian Population-Based Surveillance System, 2013. Gigantesco A1, Ferrante G2, Baldissera S1, Masocco M1; PASSI coordinating group.

6

Stili di vita negli adulti 18-69 anni: dati regionali

PASSI 2013-2016

Maria Masocco¹, Valentina Minardi², Benedetta Contoli³, Angelo D'Argenzio⁴,
Letizia Sampaolo⁵, Giuliano Carrozzi⁶

¹ Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e Promozione della Salute,
Istituto Superiore di Sanità - maria.masocco@iss.it

² Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e Promozione della Salute,
Istituto Superiore di Sanità - valentina.minardi@iss.it

³ Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e Promozione della Salute,
Istituto Superiore di Sanità - benedetta.contoli@iss.it

⁴ Dipartimento di Prevenzione, ASL Caserta; Direttore Unità Operativa Complessa
"Monitoraggio Rischio Ambientale e Registro Tumori" - angelo.dargenzio@aslcaserta1.it

⁵ Dipartimento di Economia, Università Ca' Foscari, Venezia;
Servizio Epidemiologia e Comunicazione del rischio, AUSL Modena - l.sampaolo@ausl.mo.it

⁶ Servizio Epidemiologia e Comunicazione del rischio, AUSL Modena - g.carrozzi@ausl.mo.it

Questo capitolo riporta i risultati della *Sorveglianza PASSI* che, attraverso indagini campionarie, dal 2008 raccoglie informazioni sugli stili di vita e fattori di rischio comportamentali della popolazione italiana adulta di 18-69 anni, connessi all'insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili e sul grado di conoscenza e adesione ai programmi di intervento che il Paese sta realizzando per la loro prevenzione. La raccolta delle informazioni, tramite interviste telefoniche e attraverso un questionario standardizzato, è condotta dalle ASL, coordinate dalle Regioni. L'Istituto Superiore di Sanità ne cura il coordinamento a livello nazionale, garantendo il supporto tecnico-scientifico.

Per ulteriori approfondimenti leggere il paragrafo dedicato alla "Fonte e metodologia di PASSI".

Nota metodologica

I dati di prevalenza presentati in questo capitolo si riferiscono alla percentuale media annua, stimata su quadriennio 2013-2016, di persone 18-69enni che riferiscono una specifica abitudine fra fumo, consumo alcol a maggior rischio per la salute, sedentarietà e scarso consumo di frutta o verdura. Tutte le stime di prevalenza sono accompagnate da intervalli di confidenza (IC95%) che forniscono il livello di precisione delle stesse.

In questo paragrafo vengono presentate sia le stime di prevalenza grezze sia quelle standardizzate per età.

Le prime, le prevalenze grezze, danno conto della reale dimensione del fenomeno in ogni regione e consentono di ottenere una stima realistica del numero assoluto di persone con quella particolare abitudine/stile di vita fra i residenti in ogni regione.

Le prevalenze standardizzate per età invece sono necessarie per un confronto cor-

retto fra regioni, che non risente delle diverse strutture per età delle popolazioni regionali. Abitudine al fumo, consumo di alcol, attività fisica, consumo di frutta e verdura possono infatti variare notevolmente con l'età e poiché le strutture per età (ovvero la composizione per età, la quota di giovani e meno giovani) possono variare notevolmente nelle varie regioni, un confronto regionale con i dati non standardizzati per età potrebbe mostrare differenze nella diffusione di queste abitudini legate solo alla diversa struttura per età delle popolazioni. Le prevalenze regionali standardizzate per età restituiscono un valore "fittizio" ovvero la percentuale di persone con quella determinata abitudine (es. fumatori) che in quella specifica regione si otterrebbe qualora la composizione per età fosse quella di una popolazione standard scelta ad hoc e uguale fra le regioni; in tal modo il confronto fra regioni non risente più delle diverse strutture per età fra regioni, perché si assume che abbiano tutte la struttura per età della popolazione standard.

La popolazione standard utilizzata è la popolazione italiana al 1/1/2014.

Abitudine al fumo

In Italia, la maggioranza degli adulti 18-69enni non fuma (56%) o ha smesso di fumare (18%), ma un italiano su 4 fuma (26%). Il fumo di sigaretta è più frequente fra le classi socioeconomiche più svantaggiate (meno istruiti e/o con maggiori difficoltà eco-

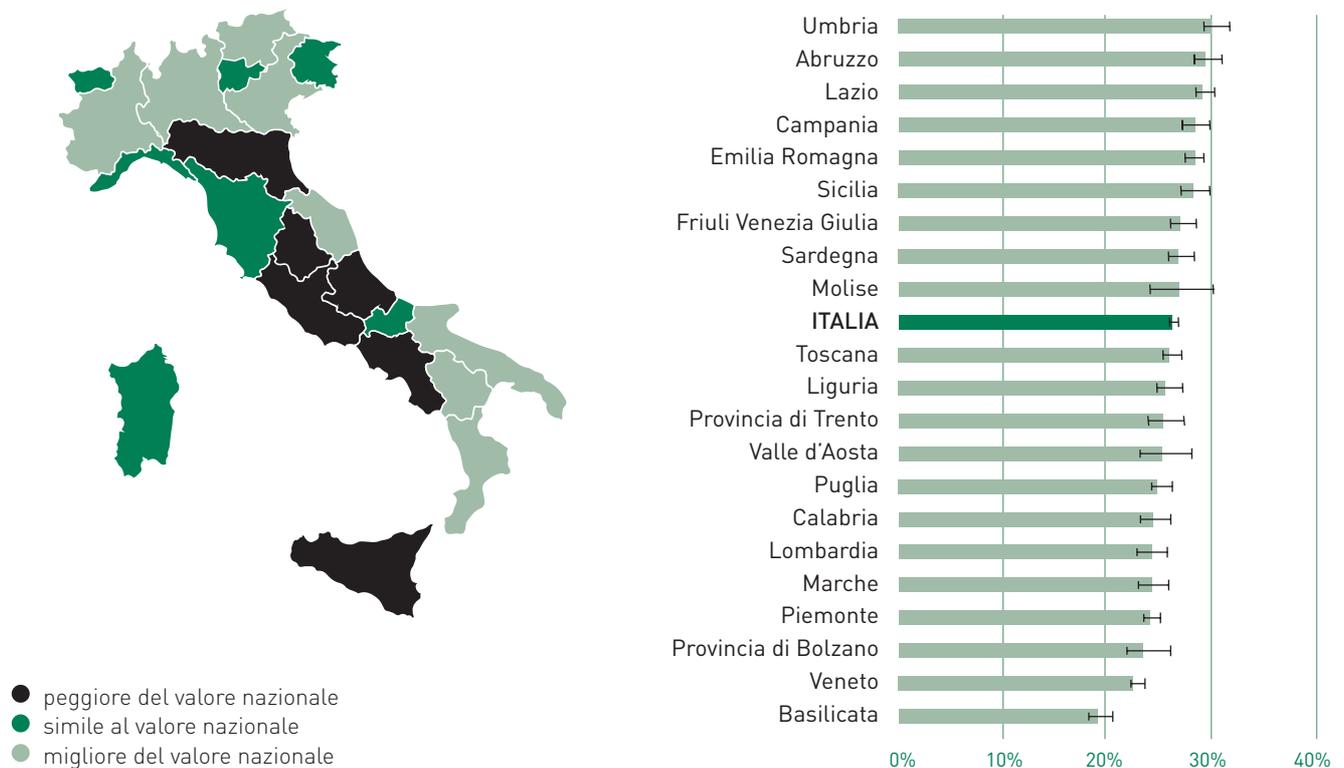


FIGURA 1. Prevalenza di fumatori 18-69enni per regione di residenza (dati standardizzati per età)

nomiche) e negli uomini. Il consumo medio giornaliero è di circa 12 sigarette, tuttavia un quarto dei fumatori ne consuma più di un pacchetto.

La variabilità regionale mostra in testa alla classifica delle Regioni con le più alte quote di fumatori alcune del Centro-Sud, in particolare Umbria, Abruzzo, Lazio, Sicilia e Campania (Figura 1). Nella Tabella 1 sono riportate le prevalenze (grezze e standardizzate) di fumatori e ex fumatori per regione di residenza.

Fumo	Prevalenze Grezze						Prevalenze standardizzate per età					
	Fumatori			Ex- fumatori			Fumatori			Ex- fumatori		
	%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%	
Piemonte	24,2	23,4	25,0	18,2	17,5	18,9	24,4	23,6	25,2	17,8	17,1	18,5
Valle d'Aosta	25,2	22,8	27,7	18,5	16,4	20,7	25,6	23,2	28,1	18,1	16,1	20,3
Lombardia	24,3	22,9	25,8	21,5	20,2	22,9	24,4	23,0	25,9	21,4	20,1	22,7
P.A.Bolzano	23,9	21,8	26,1	23,8	21,7	26,0	23,9	21,8	26,1	24,1	22,0	26,3
P.A.Trento	25,5	23,8	27,3	23,1	21,5	24,8	25,7	24,0	27,5	22,9	21,4	24,6
Veneto	22,7	22,1	23,4	21,4	20,8	22,0	23,0	22,3	23,6	21,3	20,7	21,9
Friuli Venezia Giulia	26,0	24,8	27,2	22,1	21,0	23,3	27,4	26,1	28,6	21,0	19,9	22,1
Liguria	25,5	24,2	26,8	20,1	18,9	21,2	26,0	24,7	27,3	19,3	18,2	20,4
Emilia Romagna	28,3	27,4	29,2	22,4	21,7	23,2	28,5	27,6	29,3	22,1	21,3	22,8
Toscana	26,0	25,3	26,8	19,7	19,0	20,4	26,3	25,6	27,1	19,2	18,5	19,8
Umbria	30,3	29,1	31,7	20,2	19,1	21,3	30,6	29,3	31,9	19,7	18,6	20,8
Marche	24,1	22,7	25,6	20,1	18,8	21,6	24,4	23,0	25,8	19,8	18,5	21,2
Lazio	29,1	28,3	30,0	16,0	15,3	16,6	29,3	28,5	30,2	15,8	15,2	16,5
Abruzzo	29,7	28,3	31,1	14,7	13,6	15,8	29,7	28,3	31,1	14,6	13,6	15,7
Molise	27,0	24,1	30,1	19,1	16,6	21,9	27,1	24,2	30,2	18,8	16,4	21,5
Campania	28,3	27,0	29,6	13,9	12,9	14,9	28,6	27,3	29,9	14,4	13,4	15,4
Puglia	25,4	24,5	26,3	13,5	12,8	14,2	25,3	24,4	26,2	13,9	13,1	14,6
Basilicata	19,2	18,0	20,4	6,1	5,4	6,8	19,4	18,2	20,6	6,1	5,4	6,8
Calabria	24,7	23,3	26,2	12,3	11,3	13,5	24,6	23,2	26,0	12,6	11,5	13,7
Sicilia	28,5	27,0	29,9	13,8	12,7	14,8	28,4	27,0	29,9	13,9	12,9	15,0
Sardegna	27,0	25,6	28,4	27,0	25,6	28,5	27,2	25,9	28,5	26,7	25,4	28,0
Italia	26,4	26,1	26,7	17,9	17,6	18,1	26,5	26,2	26,8	17,8	17,6	18,0

TABELLA 1. Abitudine al fumo tra i 18-69enni per regione di residenza (dati grezzi e standardizzati per età)

Definizioni operative degli indicatori PASSI

1. **Non fumatore** è una persona che dichiara di aver fumato nella sua vita meno di 100 sigarette (5 pacchetti da 20) e di non essere attualmente fumatore.
2. **Fumatore** (secondo la definizione dell'Oms) è una persona che dichiara di aver fumato nella sua vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20) e di essere fumatore al momento dell'intervista o di aver smesso di fumare da meno di 6 mesi.
3. **Ex fumatore** è una persona che dichiara di aver fumato nella sua vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20), di NON essere fumatore al momento dell'intervista e di aver smesso di fumare da più di 6 mesi.

Consumo di alcol

Tra il 2013 e il 2016, poco meno della metà degli adulti in Italia, fra i 18 e i 69 anni, dichiara di non consumare bevande alcoliche, ma 1 persona su 6 ne fa un consumo a “maggior rischio” per la salute, per quantità o modalità di assunzione. Questi ultimi sono più frequentemente giovani (fra i 18-24enni la quota supera il 30%), uomini e persone socialmente più avvantaggiate, senza difficoltà economiche o con alto livello di istruzione.

Preoccupante il numero di persone che assumono alcol, pur avendo una controindicazione assoluta come i pazienti con malattie del fegato fra i quali quasi 1 persona su 2 ne fa un consumo a “maggior rischio”.

Il consumo di alcol a “maggior rischio” resta prerogativa dei residenti nel Nord Italia, in particolare nelle P.A. di Bolzano e Trento, in Friuli Venezia Giulia e Veneto dove si registrano le percentuali più alte. Molise e Sardegna sono le Regioni del Sud dove la percentuale di consumatori di alcol a “maggior rischio” è più alta della media nazionale (Figura 2).

Anche il consumo binge è prerogativa del Nord Italia (dove si registra anche un aumento dal 2010) e in particolare del Nord Est, tuttavia in Molise si registra una quota di binge drinkers, fra le più alte (Tabella 2).

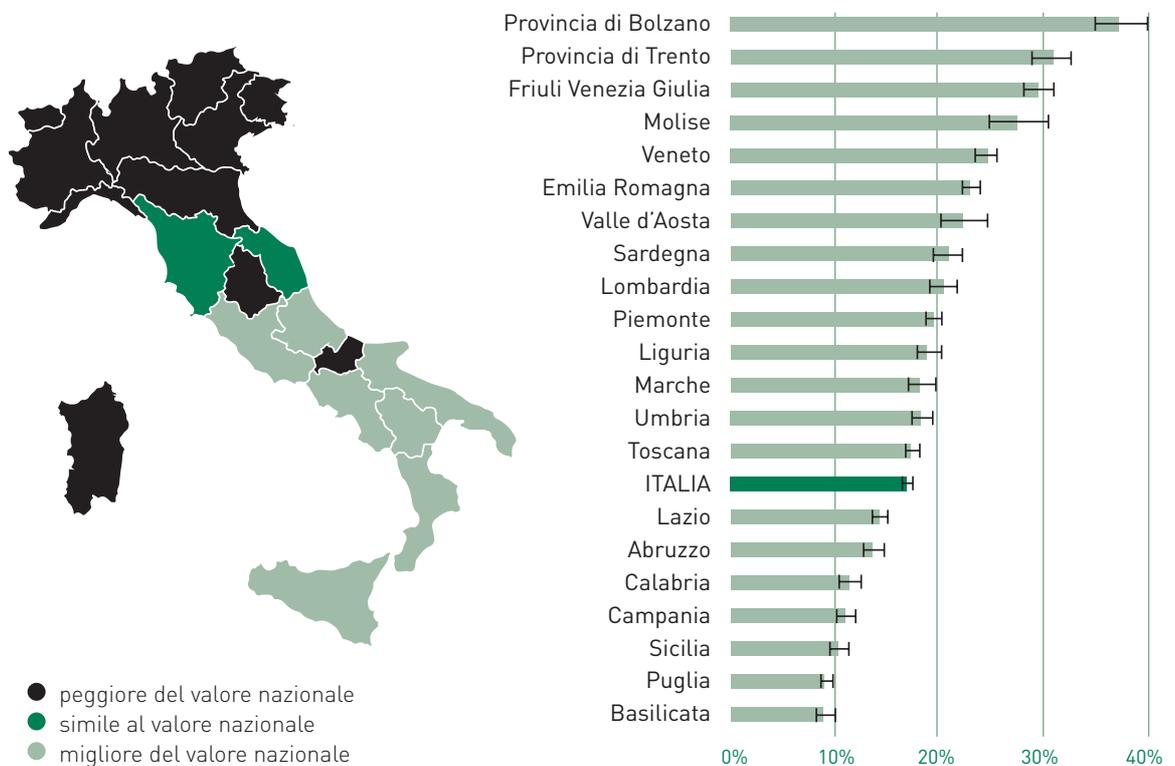


FIGURA 2. Consumo alcolico a maggior rischio tra i 18-69enni per regione di residenza (dati standardizzati per età)

Alcol	Prevalenze Grezze						Prevalenze standardizzate per età					
	Consumatori alcol a maggior rischio			Binge Drinkers			Consumatori alcol a maggior rischio			Binge Drinkers		
	%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%	
Piemonte	19,1	18,3	19,8	8,9	8,4	9,5	19,3	18,6	20,1	9,1	8,5	9,6
Valle d'Aosta	21,4	19,3	23,8	10,6	9,0	12,4	22,4	20,1	24,8	10,9	9,2	12,8
Lombardia	20,3	19,0	21,6	10,6	9,6	11,6	20,3	19,1	21,6	10,7	9,7	11,8
P.A.Bolzano	38,9	36,6	41,2	22,8	20,8	24,9	37,5	35,2	39,8	22,3	20,3	24,4
P.A.Trento	30,9	29,2	32,7	13,8	12,4	15,2	30,9	29,2	32,6	13,8	12,4	15,2
Veneto	24,4	23,8	25,0	12,9	12,4	13,4	24,8	24,2	25,4	13,1	12,6	13,6
Friuli Venezia Giulia	28,6	27,5	29,8	14,7	13,8	15,7	29,6	28,4	30,9	15,5	14,5	16,6
Liguria	18,2	17,1	19,3	8,3	7,5	9,2	18,9	17,8	20,1	8,6	7,8	9,5
Emilia Romagna	22,3	21,6	23,1	12,8	12,1	13,4	23,0	22,3	23,8	13,1	12,4	13,7
Toscana	16,9	16,3	17,5	8,3	7,9	8,8	17,4	16,8	18,1	8,6	8,1	9,1
Umbria	17,8	16,7	18,9	8,9	8,1	9,8	18,2	17,2	19,3	9,1	8,3	10,0
Marche	18,0	16,8	19,3	10,4	9,5	11,5	18,3	17,0	19,5	10,6	9,7	11,7
Lazio	14,2	13,6	14,9	7,3	6,8	7,8	14,2	13,6	14,9	7,3	6,8	7,8
Abruzzo	13,6	12,6	14,7	8,1	7,3	8,9	13,6	12,6	14,6	8,0	7,2	8,9
Molise	29,1	26,3	32,1	19,3	16,9	22,1	27,7	25,0	30,6	18,7	16,3	21,4
Campania	11,3	10,4	12,3	6,8	6,1	7,6	10,9	10,0	11,8	6,7	6,0	7,4
Puglia	9,4	8,7	10,0	4,9	4,5	5,4	9,1	8,5	9,8	4,9	4,5	5,5
Basilicata	8,9	8,1	9,9	6,9	6,1	7,8	8,9	8,0	9,9	7,0	6,2	7,9
Calabria	11,6	10,5	12,7	6,5	5,7	7,4	11,3	10,3	12,4	6,5	5,7	7,4
Sicilia	10,8	9,8	11,8	4,6	3,9	5,3	10,3	9,4	11,3	4,5	3,9	5,3
Sardegna	20,6	19,3	21,8	12,0	11,0	13,1	21,0	19,9	22,2	12,3	11,3	13,4
Italia	16,9	16,7	17,2	8,9	8,8	9,1	16,9	16,7	17,2	9,0	8,8	9,1

TABELLA 2. Consumo alcolico a maggior rischio e binge drinking fra i 18-69enni per regione di residenza (dati grezzi e standardizzati per età)

Definizioni operative degli indicatori PASSI

Il consumo di alcol fa riferimento al consumo di bevande alcoliche nei trenta giorni precedenti l'intervista e l'Unità Alcolica (UA) corrisponde a 12 grammi di etanolo, quantità approssimativamente contenuta in una lattina di birra (330 ml), un bicchiere di vino (125 ml) o un bicchierino di liquore (40 ml), alle gradazioni tipiche di queste bevande.

- **Consumo abituale elevato:** consumo medio giornaliero (nei trenta giorni precedenti l'intervista) pari a 3 o più UA medie giornaliere per gli uomini e 2 o più UA per le donne
- **Consumo episodico eccessivo (Binge drinking):** consumo di 5 o più UA in una unica occasione per gli uomini e 4 o più 3 UA per le donne (nei trenta giorni precedenti l'intervista)
- **Consumo (esclusivamente o**

prevalentemente) fuori pasto: consumo di bevande alcoliche esclusivamente o prevalentemente lontano dai pasti (in qualunque quantità nei trenta giorni precedenti l'intervista)

- **Consumo alcolico a maggior rischio** include una o più fra le modalità di consumo alcolico abituale elevato, consumo episodico eccessivo o consumo fuori pasto.

Attività fisica

Gli adulti italiani si distribuiscono quasi equamente fra i tre gruppi di fisicamente attivi, parzialmente attivi e sedentari.

La sedentarietà cresce con l'età (sebbene fra i più giovani 18-34enni la quota di sedentari sia solo poco al di sotto del 30%), è maggiore fra le donne rispetto agli uomini, fra le persone con uno *status* socio-economico più svantaggiato per difficoltà economiche o per basso livello di istruzione ed è maggiore fra i cittadini italiani rispetto agli stranieri. La sedentarietà è inoltre associata a un cattivo stato di salute mentale.

Il gradiente geografico della sedentarietà è netto e divide l'Italia in due: nelle Re-

Attività fisica	Prevalenze Grezze								
	Attivi			Parzialmente attivi			Sedentari		
	%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%	
Piemonte	31,3	30,4	32,1	35,4	34,5	36,3	33,4	32,5	34,3
Valle d'Aosta	37,1	34,4	39,9	38,2	35,5	41,0	24,7	22,3	27,2
Lombardia	35,5	33,9	37,1	42,6	40,9	44,2	21,9	20,6	23,3
P.A.Bolzano	52,4	49,9	54,9	37,8	35,4	40,3	9,8	8,4	11,4
P.A.Trento	38,8	36,9	40,8	44,5	42,5	46,5	16,7	15,2	18,3
Veneto	33,4	32,7	34,1	44,6	43,8	45,3	22,0	21,4	22,6
Friuli Venezia Giulia	37,1	35,8	38,5	43,0	41,7	44,4	19,9	18,8	21,0
Liguria	35,9	34,5	37,3	35,0	33,5	36,4	29,2	27,9	30,4
Emilia Romagna	36,6	35,8	37,5	41,8	40,9	42,7	21,6	20,8	22,4
Toscana	32,6	31,8	33,4	38,6	37,8	39,4	28,8	28,0	29,6
Umbria	36,8	35,5	38,2	41,5	40,1	42,9	21,7	20,5	22,8
Marche	30,6	29,1	32,2	44,9	43,1	46,6	24,5	23,1	26,1
Lazio	29,9	29,0	30,8	37,1	36,2	38,1	33,0	32,1	33,9
Abruzzo	34,4	32,9	35,8	29,9	28,5	31,3	35,8	34,3	37,2
Molise	32,9	29,7	36,2	42,7	39,4	46,1	24,4	21,6	27,6
Campania	25,8	24,6	27,0	26,5	25,2	27,8	47,7	46,3	49,2
Puglia	32,4	31,4	33,4	25,8	24,9	26,7	41,9	40,9	42,9
Basilicata	17,4	16,3	18,7	11,6	10,6	12,6	71,0	69,6	72,4
Calabria	29,2	27,7	30,7	25,0	23,5	26,5	45,9	44,2	47,6
Sicilia	30,0	28,6	31,4	28,3	26,9	29,8	41,7	40,1	43,3
Sardegna	41,3	39,7	42,9	32,9	31,4	34,4	25,8	24,5	27,2
Italia	32,3	32,0	32,6	35,2	34,9	35,5	32,5	32,1	32,8

TABELLA 3. Attivi, parzialmente attivi e sedentari fra i 18-69enni per regione di residenza (dati grezzi e standardizzati per età)

gioni centro meridionali la prevalenza di sedentari è significativamente più elevata rispetto a quanto si osserva nelle Regioni settentrionali, con quote di sedentari che raggiungono il 50% in diverse regioni meridionali (sfiorando anche il 70%, come in Basilicata) e altre realtà, come le P.A. di Bolzano e Trento in cui la quota di sedentari è appena del 10% o al più 16% (Figura 3 a pagina 54).

Nella Tabella 3 sono riportate le prevalenze di persone fisicamente attive, parzialmente attive e sedentari per regione di residenza (dati grezzi e standardizzati).

Prevalenze standardizzate per età

Attivi		Parzialmente attivi			Sedentari			
%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	
31,4	30,5	32,3	35,5	34,6	36,4	33,2	32,3	34,1
37,2	34,5	39,9	37,8	35,1	40,5	25,1	22,7	27,6
35,1	33,5	36,7	42,9	41,2	44,5	22,1	20,8	23,5
52,8	50,3	55,3	37,3	34,9	39,8	9,9	8,5	11,5
38,9	37,0	40,9	44,6	42,6	46,6	16,5	15,1	18,0
33,5	32,8	34,2	44,6	43,8	45,3	22,0	21,4	22,6
37,2	35,8	38,5	43,0	41,6	44,4	19,8	18,7	21,0
36,0	34,6	37,5	35,0	33,6	36,5	29,0	27,7	30,3
36,8	35,9	37,7	41,9	41,0	42,8	21,3	20,6	22,1
32,8	32,0	33,6	38,7	37,8	39,5	28,5	27,7	29,3
37,0	35,6	38,3	41,6	40,2	43,0	21,5	20,4	22,7
30,7	29,2	32,3	45,1	43,4	46,8	24,2	22,8	25,7
29,8	29,0	30,7	37,2	36,3	38,2	32,9	32,1	33,8
34,2	32,8	35,7	30,0	28,5	31,4	35,9	34,4	37,3
32,0	29,0	35,1	42,5	39,2	45,9	25,5	22,6	28,7
25,6	24,4	26,8	26,2	25,0	27,6	48,2	46,7	49,6
31,9	31,0	33,0	25,7	24,8	26,7	42,3	41,3	43,4
17,5	16,3	18,7	11,6	10,6	12,6	70,9	69,5	72,3
29,3	27,8	30,8	24,8	23,4	26,3	45,9	44,3	47,6
29,8	28,5	31,3	28,3	26,9	29,8	41,8	40,3	43,4
41,3	39,8	42,8	33,1	31,6	34,5	25,7	24,4	27,0
32,3	32,0	32,6	35,3	35,0	35,6	32,4	32,1	32,7

Definizioni operative degli indicatori PASSI

Gli aspetti indagati in Passi comprendono la frequenza, durata, intensità dell'attività fisica (non solo sportiva) svolta nel tempo libero nei trenta giorni precedenti l'intervista e l'attività fisica al lavoro. Pertanto è possibile distinguere le persone in:

- **Persone fisicamente attive**, coloro che svolgono un lavoro pesante che richiede un notevole sforzo fisico (es. manovale, muratore, agricoltore) e/o abbiano svolto nei 30 giorni precedenti l'intervista almeno 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana e/o un'attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni settimanali.
- **Persone parzialmente attive**, coloro che non svolgono un lavoro pesante dal punto di vista fisico, ma fanno attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli sopra citati.
- **Persone sedentarie**, coloro che non svolgono un lavoro pesante e che, nel tempo libero, non svolgono alcuna attività fisica moderata né intensa.

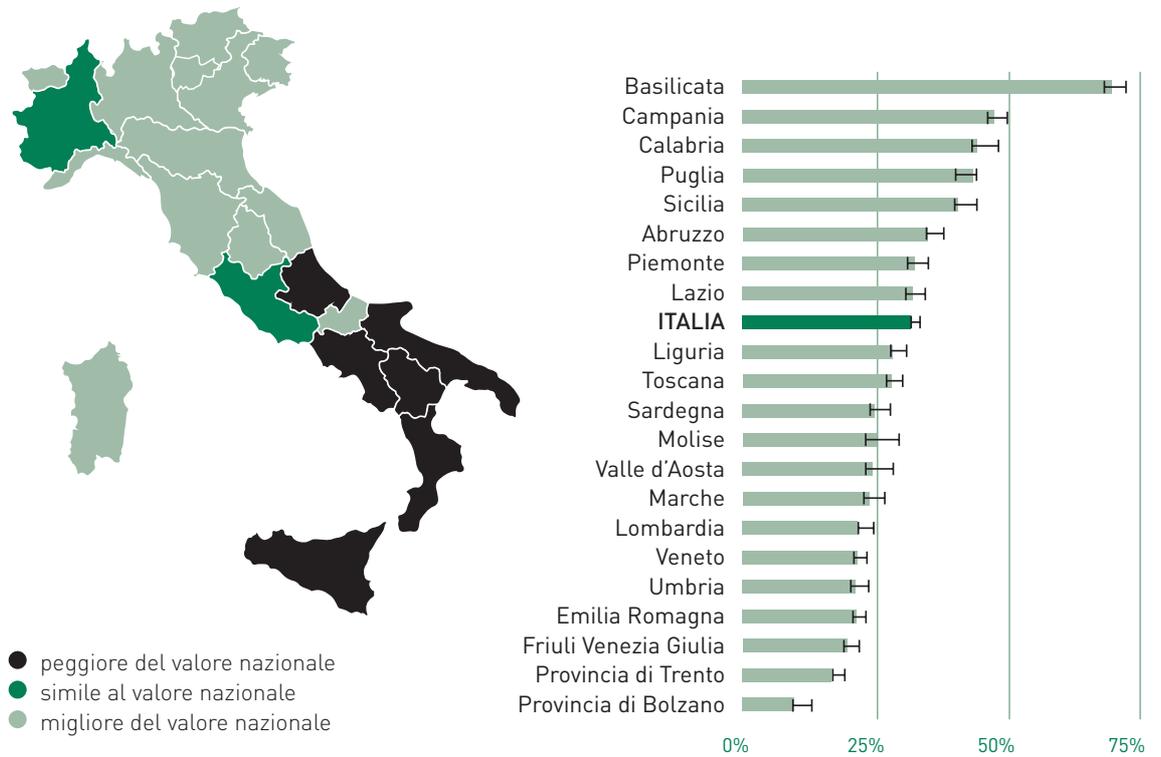


FIGURA 3. Sedentarietà tra i 18-69enni per regione di residenza (dati standardizzati per età)

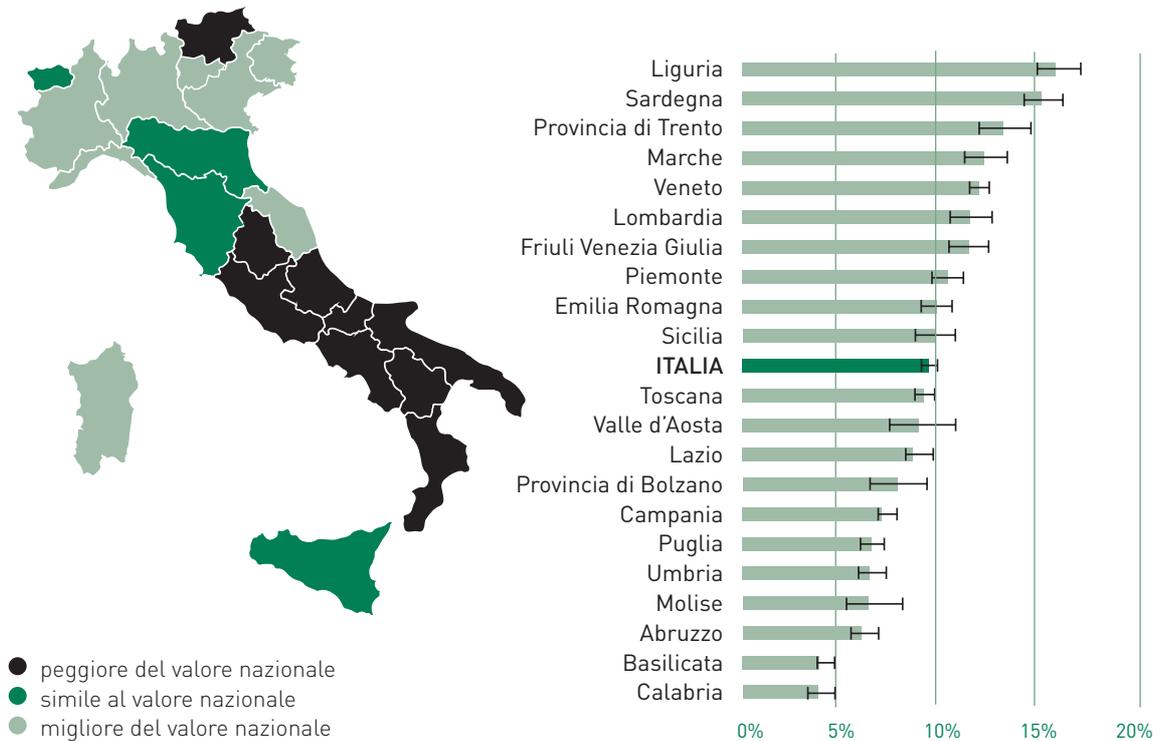


FIGURA 4. Consumo di frutta e verdura tra i 18-69enni per regione di residenza (dati standardizzati per età)

Consumo di frutta e verdura

Meno di 5 adulti su 10 consumano non più di 2 porzioni al giorno di frutta o verdura, meno di 4 su 10 ne consumano 3-4 porzioni, mentre solo 1 persona su 10 ne consuma la quantità raccomandata dalle linee guida per una corretta alimentazione, ovvero cinque porzioni al giorno (*five a day*). Consumare almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno, come raccomandato, è un'abitudine che cresce con l'avanzare dell'età, è più frequente fra le donne e fra le persone senza difficoltà economiche.

Il gradiente geografico è chiaro e mostra che l'adesione al *five a day* scende significativamente nelle Regioni centrali e meridionali rispetto a quelle del Nord Italia (Figura 4 e Tabella 4).

Frutta e verdura	Prevalenze Grezze			Prevalenze standardizzate per età		
	Aderenti al five a day			Aderenti al five a day		
	%	IC95%		%	IC95%	
Piemonte	10,8	10,3	11,4	10,6	10,1	11,2
Valle d'Aosta	9,0	7,6	10,8	9,1	7,6	10,8
Lombardia	11,6	10,6	12,7	11,6	10,6	12,7
P.A.Bolzano	7,6	6,3	9,0	7,9	6,6	9,4
P.A.Trento	13,3	12,0	14,7	13,2	12,0	14,6
Veneto	12,1	11,6	12,6	12,0	11,5	12,5
Friuli Venezia Giulia	12,0	11,1	12,9	11,6	10,7	12,5
Liguria	16,4	15,3	17,6	15,9	14,8	17,1
Emilia Romagna	10,1	9,6	10,7	10,0	9,5	10,6
Toscana	9,5	9,0	10,0	9,3	8,8	9,8
Umbria	6,6	5,9	7,3	6,5	5,8	7,3
Marche	12,5	11,4	13,7	12,3	11,2	13,4
Lazio	8,8	8,3	9,4	8,8	8,3	9,3
Abruzzo	6,2	5,5	7,0	6,2	5,5	6,9
Molise	6,6	5,2	8,3	6,5	5,1	8,1
Campania	7,1	6,4	7,8	7,1	6,5	7,8
Puglia	6,5	6,0	7,0	6,6	6,1	7,2
Basilicata	4,0	3,5	4,7	4,0	3,5	4,7
Calabria	4,0	3,4	4,7	4,0	3,4	4,6
Sicilia	9,7	8,9	10,6	10,0	9,1	10,9
Sardegna	15,4	14,3	16,5	15,2	14,2	16,3
Italia	9,6	9,4	9,8	9,6	9,4	9,8

TABELLA 4. Consumo giornaliero di 5 o più porzioni di frutta e verdura fra 18-69enni per regione di residenza (dati standardizzati per età)

Definizioni operative degli indicatori PASSI

Il consumo giornaliero di frutta e verdura è misurato con il numero di porzioni di frutta e/o verdura che una persona dichiara di consumare abitualmente al giorno.

Per la determinazione di una porzione di frutta o verdura nel questionario PASSI si fa riferimento ad un quantitativo di frutta o verdura cruda che può essere contenuto sul palmo di una mano, oppure mezzo piatto di verdura cotta. Questa quantità

corrisponde all'incirca a 80 grammi di questi alimenti.

Secondo la letteratura, è raccomandata l'assunzione giornaliera di 400 gr di frutta o verdura, equivalente a cinque porzioni da 80 grammi (*five a day*).

Eccesso ponderale

Circa 4 adulti su 10 risultano in eccesso ponderale, ovvero 3 in sovrappeso e 1 obeso.

L'essere in eccesso ponderale è una caratteristica più frequente al crescere dell'età, fra gli uomini rispetto alle donne, fra le persone con molte difficoltà economiche e fra le persone con un basso livello di istruzione. Il gradiente geografico è chiaro e mostra quote crescenti di persone in sovrappeso o obese dal Nord al Sud Italia (Figura 5 a

Eccesso ponderale	Prevalenze Grezze								
	Sovrappeso			Obesi			Eccesso ponderale (Sovrappeso o Obeso)		
	%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%	
Piemonte	28,4	27,6	29,3	8,0	7,5	8,6	36,5	35,6	37,3
Valle d'Aosta	26,8	24,4	29,4	9,6	8,1	11,4	36,4	33,8	39,2
Lombardia	27,9	26,5	29,4	8,2	7,3	9,2	36,1	34,6	37,7
P.A.Bolzano	26,0	23,9	28,2	7,6	6,4	9,1	33,6	31,3	35,9
P.A.Trento	28,0	26,3	29,7	7,9	6,9	9,1	35,9	34,1	37,8
Veneto	30,3	29,7	31,0	9,9	9,5	10,3	40,2	39,5	40,9
Friuli Venezia Giulia	31,2	30,0	32,4	10,5	9,7	11,4	41,7	40,4	43,0
Liguria	27,0	25,8	28,3	8,4	7,6	9,3	35,4	34,1	36,8
Emilia Romagna	31,0	30,1	31,9	11,8	11,3	12,4	42,8	41,9	43,7
Toscana	28,5	27,7	29,3	8,2	7,7	8,7	36,7	35,9	37,5
Umbria	32,1	30,9	33,4	10,2	9,4	11,1	42,3	41,0	43,6
Marche	34,0	32,4	35,7	8,3	7,4	9,3	42,3	40,6	43,9
Lazio	31,4	30,5	32,2	9,5	9,0	10,1	40,9	40,0	41,8
Abruzzo	34,0	32,5	35,4	10,9	10,0	11,9	44,9	43,4	46,3
Molise	34,4	31,3	37,6	13,4	11,3	15,9	47,8	44,7	51,0
Campania	37,4	36,0	38,8	13,6	12,7	14,6	51,0	49,6	52,4
Puglia	33,2	32,2	34,2	12,4	11,7	13,1	45,5	44,5	46,5
Basilicata	34,9	33,5	36,4	9,4	8,6	10,4	44,3	42,9	45,9
Calabria	34,0	32,5	35,6	11,2	10,1	12,3	45,2	43,6	46,8
Sicilia	34,8	33,4	36,3	13,3	12,2	14,4	48,1	46,6	49,6
Sardegna	27,5	26,2	28,9	10,1	9,2	11,2	37,6	36,2	39,1
Italia	31,7	31,4	32,0	10,5	10,3	10,8	42,2	41,9	42,5

TABELLA 5. Sovrappeso, obesità ed eccesso ponderale per regione di residenza (dati grezzi e standardizzati per età)

pagina 58). La Campania continua a detenere il primato per quota più alta di persone in eccesso ponderale (1 persona su 2). Seguono Sicilia, Molise e Puglia con valori non molto distanti. Nella Tabella 5 è riportato il dettaglio per sovrappeso e obesità.

Le persone in sovrappeso o obese sembrano essere poco consapevoli del loro stato di eccesso ponderale e non si percepiscono tali: fra le persone in sovrappeso meno della

Prevalenze standardizzate per età

Sovrappeso		Obesi			Eccesso ponderale (Sovrappeso o Obeso)			
%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%	
27,9	27,1	28,8	7,8	7,3	8,4	35,8	34,9	36,6
26,3	23,9	28,9	9,5	8,0	11,4	35,9	33,2	38,6
28,0	26,6	29,5	8,1	7,2	9,1	36,1	34,6	37,7
26,3	24,2	28,5	7,9	6,6	9,4	34,1	31,8	36,5
27,8	26,1	29,5	8,0	7,0	9,1	35,7	34,0	37,6
30,1	29,5	30,8	9,8	9,4	10,3	39,9	39,3	40,6
30,3	29,1	31,5	9,8	9,1	10,6	40,1	38,8	41,4
25,9	24,7	27,2	7,9	7,2	8,7	33,8	32,5	35,2
30,5	29,7	31,4	11,6	11,0	12,2	42,1	41,3	43,0
27,9	27,1	28,6	7,9	7,5	8,4	35,8	35,0	36,6
31,7	30,4	33,0	9,9	9,1	10,7	41,6	40,3	42,9
33,6	32,0	35,2	8,0	7,2	8,9	41,6	40,0	43,2
31,2	30,3	32,0	9,4	8,9	10,0	40,6	39,7	41,5
33,9	32,5	35,3	10,8	9,9	11,8	44,7	43,2	46,2
33,7	30,7	36,8	13,5	11,4	15,9	47,1	44,0	50,3
38,1	36,7	39,5	14,1	13,1	15,1	52,2	50,8	53,6
33,7	32,7	34,7	12,6	11,9	13,4	46,3	45,2	47,3
35,2	33,7	36,7	9,5	8,6	10,4	44,7	43,2	46,2
34,6	33,0	36,1	11,3	10,3	12,4	45,9	44,3	47,5
35,2	33,7	36,7	13,5	12,4	14,6	48,7	47,1	50,2
27,3	26,0	28,6	9,9	9,0	10,9	37,2	35,8	38,6
31,6	31,3	31,9	10,5	10,3	10,7	42,1	41,8	42,4

Definizioni operative degli indicatori PASSI

- **Persona in sovrappeso:** è una persona con un Indice di massa corporea (Imc)* compreso tra 25,0 e 29,9 kg/m² calcolato dai valori autoriferiti di peso e altezza.
- **Persona obesa:** è una persona con un Indice di massa corporea (Imc) maggiore o uguale a 30,0 kg/m² calcolato dai valori autoriferiti di peso e altezza.
- **Persona in eccesso ponderale:** è una persona con un Indice di massa corporea (Imc) maggiore o uguale a 25,0 kg/m² calcolato dai valori autoriferiti di peso e altezza; ovvero in sovrappeso o obesa.

* L'indice di massa corporea (o Body Mass Index-BMI) è uguale a [Peso, in Kg] / [Altezza, in metri]².

metà ritiene troppo alto il proprio peso corporeo; fra le persone obese c'è maggiore consapevolezza, tuttavia non è trascurabile il numero di persone (1 su 10) che ritiene il proprio peso non troppo alto. Generalmente le donne sono più consapevoli del problema rispetto agli uomini e l'essere coscienti del proprio eccesso ponderale favorisce l'adozione di comportamenti alimentari corretti.

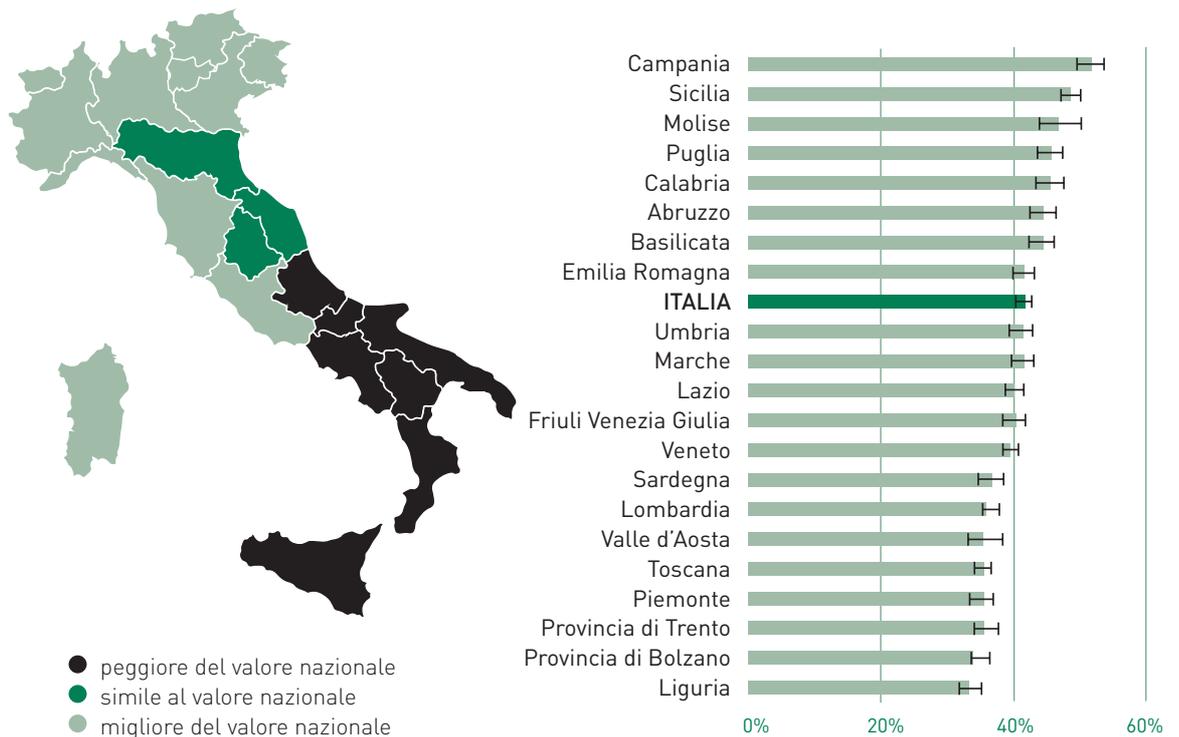


FIGURA 5. Eccesso ponderale tra i 18-69enni per regione di residenza (dati standardizzati per età)

7 Fonti e metodologia AIRTUM

Direttivo AIRTUM e AIRTUM Working Group

segreteria.airtum@inferenze.it

Registri Tumori AIRTUM

Con il termine di registro tumori di popolazione si indica un sistema per la raccolta di informazioni relative alle diagnosi tumorali, ai percorsi di cura e agli esiti riferiti ad un'intera popolazione nota. I Registri Tumori clinici od ospedalieri sono invece costituiti da casistiche di pazienti oncologici identificati perché afferenti a un determinato ospedale o servizio/i; di solito questi ultimi sono selezionati per eleggibilità a un certo trattamento, per età, ecc. Questa selezione e l'impossibilità di ricostruire la popolazione che li ha generati – basti pensare ai centri di eccellenza che raccolgono pazienti non solo della propria area, ma di altre regioni – fanno sì che le informazioni prodotte da questi registri non siano esprimibili come esperienza della popolazione generale.

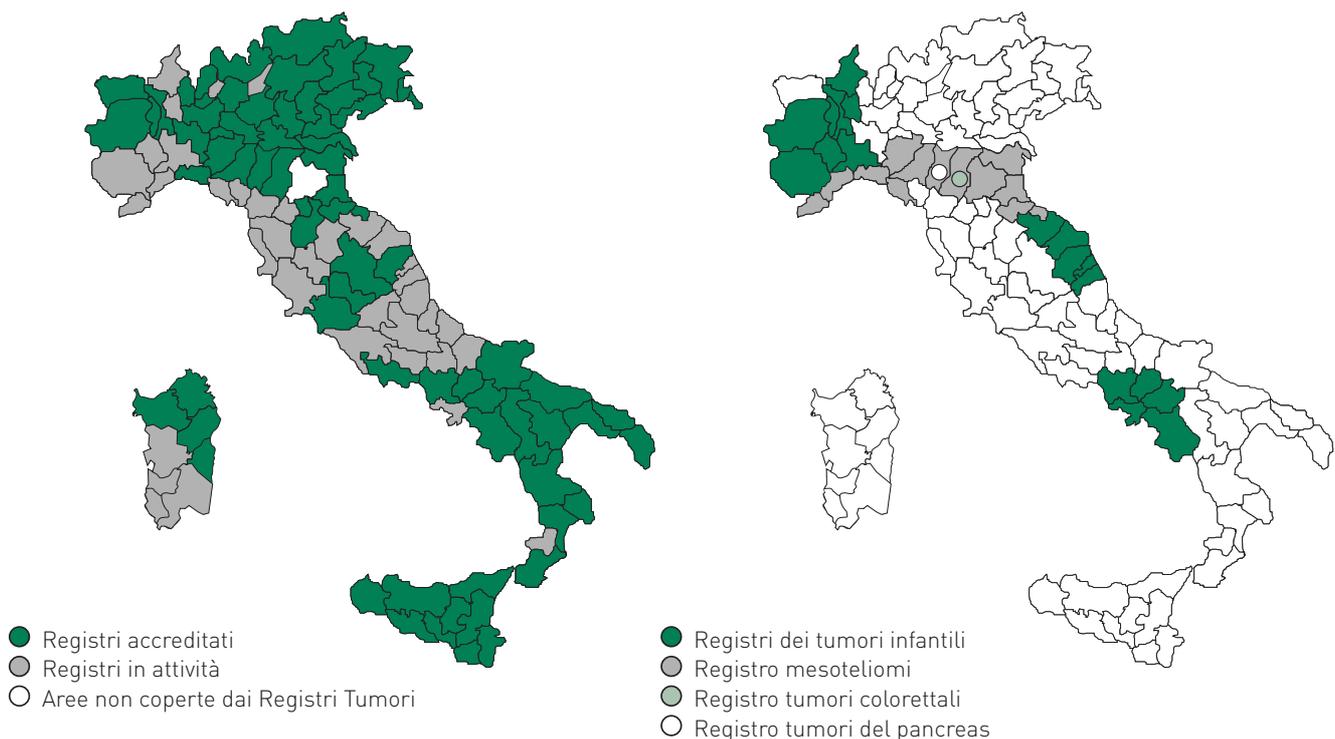


FIGURA 1. Aree coperte dai Registri Tumori in Italia

I registri tumori di popolazione rappresentano un importante strumento per il monitoraggio della patologia oncologica. In diversi paesi, come ad esempio quelli del Nord Europa, l'attività di registrazione dei tumori avviene sull'intero territorio nazionale, mentre in altre nazioni, come in Italia, esistono registri attivi in aree locali. In Italia l'attività di registrazione dei tumori si è sviluppata a partire dalla fine degli anni '70, attraverso la nascita di iniziative che hanno coinvolto la popolazione di aree amministrative di varia dimensione (da quella comunale a quella regionale). La rete di registri tumori italiani riuniti nell'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM), comprende 49 Registri Tumori generali (che raccolgono informazioni su tutti i tumori) e 7 Registri Tumori specializzati (per fasce d'età o per specifico tumore, sempre riguardanti un'intera popolazione) e condivide un archivio centralizzato. Nel complesso circa 41 milioni di italiani (Figura 1) pari a circa il 70% della popolazione residente totale, vivono in aree dove è presente un registro tumori di popolazione; la rete italiana dei registri, in continua espansione, sorveglia attualmente una popolazione tra le più ampie in Europa. Maggiori informazioni sui Registri Tumori in Italia sono disponibili on-line (www.registri-tumori.it).

Note relative ai metodi impiegati

I dati presentati riguardano per tutte le sedi solo i tumori maligni infiltranti, per la sede vescica comprendono anche i tumori non infiltranti. Per quanto riguarda le sedi, in conformità con le procedure internazionali, i tumori parenchimali del rene sono riportati insieme ai tumori della pelvi renale e dell'uretere.

Qual è il rischio di ammalarsi di tumore?

Il rischio cumulativo di ammalarsi è stato calcolato sulla base dei tassi di incidenza età-specifici fino a 84 anni, da 0 a 49 anni, da 50 a 69 anni e da 70 a 74 anni del Pool AIRTUM 2008-2013. Rischio cumulativo = $1 - e^{-(H \cdot \sum T_i / K)}$ in cui T_i = tasso specifico per età; H = ampiezza delle classi d'età; Σ = sommatoria per classi d'età; K = solitamente 100.000.

Quanti nuovi tumori saranno diagnosticati in Italia nel 2018? Stime regionali

Le stime di incidenza per l'anno 2018 sono state prodotte applicando i tassi età, sesso, sede e area specifici del Pool AIRTUM, proiettati al 2018, alla popolazione italiana residente nell'anno 2018, prevista dall'ISTAT (ipotesi centrale - www.demo.istat.it). La proiezione dei tassi 2010-2014 al 2018 è stata ottenuta moltiplicando i tassi di incidenza età e area geografica specifici per il relativo coefficiente di cambiamento percentuale medio annuo (APC) per il periodo 2003-2014 (o l'intervallo più recente nel caso si sia verificato un cambiamento di tendenza), con livello di dettaglio di sede, sesso, macro-fascia di età.

Quali sono i tumori più frequenti?

L'incidenza proporzionale, totale e per gruppi di età è stata calcolata sulla base della casistica incidente nel Pool AIRTUM nel periodo 2010-2014, come rapporto tra il numero di casi relativi ad una specifica sede sul totale dei tumori diagnosticati (esclusi i carcinomi della cute), separatamente per uomini e donne.

Decessi ISTAT per tumore in Italia nel 2015

Sono stati considerati i dati nazionali relativi al numero di decessi osservati nell'anno

2015. Queste informazioni sono prodotte e distribuite dall'Istituto Nazionale di Statistica (www.istat.it/it/archivio).

Qual è la sopravvivenza dei pazienti con tumore e come cambia a distanza dalla diagnosi?

La sopravvivenza netta è calcolata sulla casistica del Pool AIRTUM diagnosticata nel periodo 2005-09, con informazioni sullo stato in vita aggiornate al 31/12/2014 (AIRTUM WG. *I tumori in Italia, rapporto 2016: Sopravvivenza*. Epidemiol Prev 2017; 41 (2):Suppl.) La sopravvivenza netta è stata calcolata applicando il metodo di Pohar Perme. Questo metodo stima la sopravvivenza netta pesando ciascuna osservazione per l'inverso della sua sopravvivenza attesa. In questo studio le stime della sopravvivenza attesa sono basate sulle tavole di mortalità ISTAT specifiche per Provincia in cui opera il registro, stratificate per età, sesso e anno di calendario (www.demo.istat.it). I confronti con i periodi precedenti sono stati selezionati dai rapporti AIRTUM precedentemente pubblicati (Rosso S., et al. *Sopravvivenza dei casi di tumore in Italia negli anni Novanta: i dati dei Registri Tumori*. Epidemiol Prev 2001; 25 (3):Suppl. 1; AIRTUM WG. *I tumori in Italia, rapporto 2007: Sopravvivenza*. Epidemiol Prev 2007; 31 (1):Suppl. 1; AIRTUM WG. *I tumori in Italia, rapporto 2011: Sopravvivenza*. Epidemiol Prev 2011; 26 (5-6):Suppl. 1).

Dati di prevalenza

Sono riportati i dati pubblicati nell'articolo Guzzinati S, Virdone S, De Angelis R, Panato C, Buzzoni C, Capocaccia R, et al. *Characteristics of people living in Italy after a cancer diagnosis in 2010 and projections to 2020*. BMC Cancer. 2018 Feb 9;18(1):169. doi: 10.1186/s12885-018-4053-y. e nella monografia AIRTUM 2014 (AIRTUM WG. *Prevalenza e guarigione da tumore in Italia, rapporto 2014*. Epidemiol Prev 2015; 38 (6) Suppl. 1:1-144). Con il termine prevalenza si identificano gli individui di una popolazione che in un dato istante presentano la malattia di interesse. La prevalenza è solitamente espressa come la proporzione di soggetti "malati" sulla popolazione residente nell'area indagata a una certa data.

Gli andamenti temporali

Sono riportati i tassi standardizzati sulla nuova popolazione europea relativi alla casistica AIRTUM incidente nel periodo 2003-2014 e ai decessi occorsi nella medesima area nello stesso periodo. I cambiamenti sono indicati come in riduzione o in aumento se presente nel periodo un APC significativamente diverso da 0. Nell'ambito del periodo sono stati ricercati punti di cambiamento del trend con un'analisi join-point, questo spiega la presenza di più segni di andamento nello stesso periodo. Gli APC del periodo più recente sono stati proiettati fino al 2018.

Popolazione standard europea

Nella presente monografia per il calcolo dei tassi standardizzati di incidenza e mortalità è stata utilizzata la nuova popolazione standard europea (Eurostat 2013, <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5926869/KS-RA-13-028-EN.PDF/e713fa79-1add-44e8-b23d-5e-8fa09b3f8f>), nella quale la popolazione in età avanzata è più rappresentata rispetto a quanto non fosse nella popolazione standard europea; la nuova popo-

lazione standard europea è quindi più vicina alla reale distribuzione per età osservata in Italia oggi.

Confronti geografici nazionali

Sono confrontati i tassi di incidenza standardizzati sulla nuova popolazione europea relativi alla casistica del Pool AIRTUM 2010-2014 specifici per sede e per il totale dei tumori. I tassi sono standardizzati con metodo diretto sulla popolazione nuova europea, al fine di eliminare l'effetto della diversa proporzione di anziani nelle varie aree. Sono state confrontate la sopravvivenza relativa (AIRTUM WG. *I tumori in Italia, rapporto 2016: Sopravvivenza*. Epidemiol Prev 2017; 41(2) Suppl.) e la prevalenza completa (AIRTUM WG. *Prevalenza e guarigione da tumore in Italia, rapporto 2014*. Epidemiol Prev 2015; 38 (6) Suppl. 1:1-144).

Tumori non melanomatosi della cute

Nella presente monografia sono riportati alcuni indicatori epidemiologici relativi ai tumori non melanomatosi della cute. I carcinomi della cute per le loro peculiarità biologiche e cliniche, nonché per la difficoltà per i registri di effettuare una raccolta esaustiva, non sono solitamente presentati tra gli indicatori di incidenza, sopravvivenza e prevalenza pubblicati routinariamente. Alcuni registri dichiarano di non effettuare la raccolta. Sono stati selezionati dati di 23 registri che raccolgono questa informazione e sono presentate le stime di incidenza.

Le stime di incidenza riportate sono relative solo alle prime diagnosi di carcinomi squamosi (codici morfologici: 8050-8089) e carcinomi basocellulari (codici morfologici: 8090-8119) (<http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol109/mono109.pdf>), sui livelli di esposizione che caratterizzano il nostro Paese (European Environment Agency, *Report No 28/2016: Air quality in Europe – 2016 report*).

Romano Sassatelli, Tiziana Casseti, Massimo Vicentini

8 Fonti e metodologia PASSI

Maria Masocco¹, Valentina Minardi², Benedetta Contoli³, Angelo D'Argenzio⁴,
Letizia Sampaolo⁵, Giuliano Carrozzi⁶

¹ Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e Promozione della Salute,
Istituto Superiore di Sanità - maria.masocco@iss.it

² Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e Promozione della Salute,
Istituto Superiore di Sanità - valentina.minardi@iss.it

³ Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e Promozione della Salute,
Istituto Superiore di Sanità - benedetta.contoli@iss.it

⁴ Dipartimento di Prevenzione, ASL Caserta; Direttore Unità Operativa Complessa
"Monitoraggio Rischio Ambientale e Registro Tumori" - angelo.dargenzio@aslcaserta1.it

⁵ Dipartimento di Economica, Università Ca' Foscari, Venezia;
Servizio Epidemiologia e Comunicazione del rischio, AUSL Modena - l.sampaolo@ausl.mo.it

⁶ Servizio Epidemiologia e Comunicazione del rischio, AUSL Modena - g.carrozzi@ausl.mo.it

La Sorveglianza Passi (*Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia*) si caratterizza come una sorveglianza in Sanità Pubblica sul modello della *Behavioural Risk Factor Surveillance* adottato in molti paesi (dagli Stati Uniti, all'Australia) e raccoglie in continuo informazioni sugli stili di vita e fattori di rischio comportamentali della popolazione italiana adulta di 18-69 anni, connessi all'insorgenza della malattie croniche non trasmissibili, e sul grado di conoscenza e adesione ai programmi di intervento che il Paese sta realizzando per la loro prevenzione.

A partire dal 2004, il Ministero della Salute, attraverso il CCM, in collaborazione con le Regioni, sostiene e affida all'Istituto Superiore di Sanità (ISS) la progettazione, la sperimentazione e l'implementazione di sistemi di sorveglianza di popolazione, a supporto del governo locale per pianificare, monitorare e valutare gli interventi di prevenzione e promozione della salute ed i progressi verso il raggiungimento degli obiettivi fissati nei Piani sanitari e nei Piani di Prevenzione.

Sperimentato nel 2005-2006, avviato nel 2007, PASSI è a regime dal 2008 e si caratterizza come strumento interno al Sistema Sanitario Nazionale in grado di produrre, in maniera continua e tempestiva, informazioni a livello di ASL e Regione. PASSI è strutturato su tre livelli: le ASL raccolgono i dati e ne utilizzano le informazioni per l'azione locale; le Regioni coordinano le attività di rilevazione nelle ASL, definiscono le esigenze e le priorità conoscitive regionali in tema di prevenzione e salute pubblica; l'ISS ha funzioni di indirizzo, sviluppo, formazione e ricerca, e garantisce il supporto tecnico-scientifico, assicurando rigore metodologico nella realizzazione dell'indagine (dalla definizione del piano di campionamento, allo sviluppo delle procedure standardizzate di raccolta e analisi dei dati, degli strumenti di monitoraggio della qualità dei dati e delle *performance*, fino alla comunicazione e diffusione dei principali risultati).

I temi indagati da PASSI sono molteplici: uso di tabacco, attività fisica, eccesso ponderale, consumo di alcol, consumo di frutta e verdura, consumo di sale, rischio cardiovascolare, adesione ai programmi di screening oncologico, copertura vaccinale antinfluenzale nei gruppi a rischio e antirubeolica (nelle donne in età fertile), l'adozione di misure

di sicurezza per la prevenzione degli incidenti stradali e degli infortuni domestici, lo stato di benessere fisico e psicologico, e ancora alcuni aspetti inerenti la qualità della vita connessa alla salute. L'ulteriore ricchezza di informazioni socio-anagrafiche raccolte consente di far emergere e analizzare le disuguaglianze sociali nella salute e nella prevenzione. I dati raccolti da PASSI rendono inoltre possibile anche la rilevazione, attraverso la risposta e quindi la percezione dell'utente, dell'attenzione che medici e operatori sanitari dedicano ai determinanti comportamentali della salute dei loro assistiti.

La raccolta delle informazioni avviene tramite interviste telefoniche, effettuate nel corso di tutto l'anno da operatori delle ASL, opportunamente formati, a campioni rappresentativi per genere ed età della popolazione di 18-69enni del proprio bacino di utenza (estratti dalla anagrafe sanitaria degli assistiti della ASL), attraverso l'uso di un questionario standardizzato. Dal 2008 ad oggi, sono state raccolte, ogni anno, 35.000-37.000 interviste. I dati raccolti vengono riversati via web in un database nazionale, cui hanno accesso i coordinatori aziendali e regionali, secondo un approccio gerarchico ognuno per i dati di propria competenza.

Il numero complessivo di ASL partecipanti supera ogni anno il 90% delle aziende totali sul territorio italiano, fornendo indicazioni su oltre il 90% della popolazione nazionale residente in Italia. Il tasso di risposta ogni anno supera l'85% del campione e il tasso di rifiuto non eccede il 10%.

Il sistema è progettato per essere flessibile e adattabile a rispondere a esigenze locali e nazionali. Ogni anno il questionario è sottoposto a revisione in base a bisogni informativi emergenti del Paese, dettati da nuovi programmi o strategie nazionali o internazionali in tema di prevenzione, o per rispondere a nuove esigenze conoscitive regionali utili per pianificare, monitorare o valutare specifiche azioni sul territorio, anche in situazioni di emergenza.

La raccolta delle informazioni avviene sui 12 mesi dell'anno, da gennaio a dicembre senza soluzione di continuità. Questo consente di:

1. ottenere stime più affidabili di fenomeni correlati alle stagioni (es. attività fisica, consumo di frutta e verdura, al consumo di alcol, salute percepita fisica e psicologica),
2. elaborare i dati anche attraverso modelli di serie storiche per cogliere eventuali cambiamenti di breve periodo,
3. effettuare analisi su qualunque tipo di aggregazione temporale dei dati (es. dati sulla vaccinazione antiinfluenzale riferiti all'ultima campagna vaccinale che si svolge generalmente fra ottobre e marzo).

La qualità dei dati e la performance di processo, finalizzata a misurare l'accuratezza della rilevazione e monitorare l'adesione al protocollo operativo delle singole ASL, è garantita da un sistema di monitoraggio in continuo disponibile sulla piattaforma web dedicata alla centralizzazione dei dati.

Un website dedicato a PASSI (www.epicentro.iss.it/passi/) ospita i principali risultati a livello nazionale e regionale, commentati con grafici e tabelle, aggiornati ogni anno, entro il primo quadrimestre, con i dati relativi all'anno di rilevazione precedente.

BIBLIOGRAFIA

1. La sorveglianza PASSI <http://www.epicentro.iss.it/passi>
2. Istituto Superiore di Sanità. Sistema di Sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia). Gruppo Tecnico di Coordinamento del Progetto di sperimentazione del "Sistema di Sorveglianza PASSI". 2007, Rapporti ISTISAN 07/30, viii, 228 p.

9 Key points

Valter Torri¹, Direttivo AIRTUM e AIRTUM Working Group²

¹ IRCCS Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" Milano - valter.torri@marionegri.it

² segreteria.airtum@inferenze.it

Incidenza

- Si stima che in Italia si verifichino, nel corso dell'anno, circa 373.000 nuove diagnosi di tumore (esclusi i carcinomi della cute), di cui circa 195.000 (52%) fra gli uomini e oltre 178.000 (48%) fra le donne.
- Nel corso della vita in media un uomo su 2 e una donna su 3 avranno la probabilità di ammalarsi di tumore.
- Considerando l'intera popolazione, escludendo i carcinomi della cute, le sedi tumorali più frequenti sono: mammella (14%), colon-retto (14%), polmone (11%) e prostata (9%).
- Esclusi i carcinomi della cute, i cinque tumori più frequentemente diagnosticati fra gli uomini sono quelli di prostata (18%), colon-retto (15%), polmone (14%), vescica (11%) e fegato (5%); tra le donne mammella (29%), colon-retto (13%), polmone (8%), tiroide (6%) e corpo dell'utero (5%).

Mortalità

- I decessi dovuti a tumori sono stati nel 2015 (fonte: Istat) 178.232 (99.050 fra gli uomini e 79.182 fra le donne). In media, un uomo ogni 3 e una donna ogni 6 hanno la probabilità di morire a causa di un tumore.
- Complessivamente le donne hanno una sopravvivenza a 5 anni del 63%, migliore rispetto a quella degli uomini (54%), in gran parte legata al fatto che nelle donne il tumore più frequente è quello della mammella, caratterizzato da una buona prognosi.
- Complessivamente sopravvivono a 5 anni di più le persone giovani rispetto a quelle più anziane sia tra gli uomini (79% tra i 15-44enni vs 44% tra gli ultrasettantacinquenni) sia tra le donne (86% vs 42%).
- Le persone che si sono ammalate nel periodo 2005-2009 hanno una sopravvivenza migliore rispetto a chi si è ammalato nel quinquennio precedente sia negli uomini (54% vs 51%) sia nelle donne (63% vs 60%).

Prevalenza

- Nella popolazione italiana è stato stimato che nel 2018 quasi 3 milioni e quattrocentomila persone vivono dopo una diagnosi di tumore, pari al 6% della popolazione italiana.
- Almeno il 27% (909.514 persone) può ritenersi guarito, ossia con un'attesa di vita paragonabile a quella delle persone non affette da tumore.
- Le donne viventi in Italia nel 2018 che hanno avuto in passato una diagnosi di tumore della mammella sono 799.198. Il numero di italiani che vivono nel 2018 dopo una diagnosi di tumore del colon-retto sono 470.697, 457.902 dopo una diagnosi di tumore della prostata e 104.050 dopo una diagnosi di tumore del polmone.

Trend temporali ed età

- La mortalità per tumore è in riduzione statisticamente significativa in entrambi i sessi, ma l'invecchiamento della popolazione nasconde l'entità di questo fenomeno.
- Tra gli uomini anche l'incidenza è in riduzione mentre ha un andamento stabile nelle donne.

Tumori HPV-correlati

- Si stima che in Italia circa l'8,5% di tutti i tumori riconosca un'eziologia infettiva.
- Quasi 5.000 casi/anno sono attribuiti ad infezioni croniche di ceppi oncogeni del virus del Papilloma umano (HPV), in particolare i tumori della cervice uterina e una quota variabile di quelli di ano, vagina, vulva, pene, cavità orale, faringe e laringe.

Consiglio di Amministrazione Fondazione AIOM 2018

PRESIDENTE

Fabrizio Nicolis

Direttore Sanitario – IRCCS Ospedale “Sacro Cuore – Don Calabria” Negrar (VR)

VICE-PRESIDENTE

Anna Mancuso

Salute Donna

CONSIGLIERI

Francesco Boccardo

AIOM – Coordinatore del Comitato Scientifico

Gabriella Farina

AIOM

Alessandro Comandone

AIOM

Elisabetta Iannelli

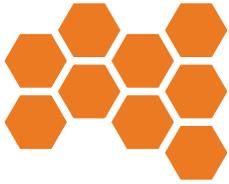
Aimac

Paola Mosconi

IRCCS Istituto di Ricerche Farmacologiche “Mario Negri” Milano

Claudia Santangelo

Vivere senza stomaco... si può!



Quaderni Informativi, per cittadini e pazienti, sono scaricabili in formato pdf dal sito di Fondazione AIOM www.fondazioneaiom.it, accessibili anche su smartphone e tablet attraverso l'app PINO (*Pazienti Informati Notizie Oncologia*), disponibile sia in versione Android sia IOS, scaricabile dai relativi App Store.

I Quaderni Informativi sono disponibili per le seguenti tematiche:

- ASSISTENZA PSICO-SOCIALE
- BIOPSIA LIQUIDA
- CARCINOMA DEL PANCREAS ESOCRINO
- CARCINOMA DELLA PROSTATA
- CARCINOMA MAMMARIO METASTATICO
- CAREGIVER IN ONCOLOGIA
- DOLORE ONCOLOGICO
- EPATOCARCINOMA
- IMMUNONCOLOGIA
- MELANOMA
- MESOTELIOMA PLEURICO
- MIELOMA MULTIPLA
- NEOPLASIE CEREBRALI
- NEOPLASIE DELLA MAMMELLA
- NEOPLASIE DELLO STOMACO
- PRESERVAZIONE DELLA FERTILITÀ NEI PAZIENTI ONCOLOGICI
- SARCOMI DEI TESSUTI MOLLI E GIST
- SARCOMI: COSA SONO
- TRATTAMENTO DELLE METASTASI OSSEE
- TRATTAMENTO E PREVENZIONE DELLA CACHESSIA NEOPLASTICA
- TROMBOEMBOLISMO VENOSO NEI PAZIENTI CON TUMORI SOLIDI
- TUMORE DEL POLMONE
- TUMORE DEL TESTICOLO
- TUMORI A PARTENZA SCONOSCIUTA
- TUMORI DEL RENE
- TUMORI DELL'ESOFAGO
- TUMORI DELL'INTESTINO
- TUMORI DELL'UTERO
- TUTELA E OPPORTUNITÀ PREVIDENZIALI DEL PAZIENTE ONCOLOGICO



Associazione Italiana di Oncologia Medica

Vuoi sostenere le attività di Fondazione AIOM? Dona il tuo 5 per mille!
Per farlo è sufficiente indicare il codice fiscale di Fondazione AIOM:

95095220109

Si ringrazia per il supporto
incondizionato di



I NUMERI DEL CANCRO IN ITALIA 2018

Versione per pazienti e cittadini a cura di Fondazione AIOM



Associazione Italiana di Oncologia Medica

Via Nöe, 23 – 20133 Milano
tel. +39 02 70630279
fax +39 02 2360018
aiom.segretario@aiom.it
www.aiom.it



Associazione Italiana Registri Tumori

Segreteria Airtum
c/o Inferenze scarl
Via Ricciarelli, 29 – 20148 Milano
tel. +39 02 48702283
info@registri-tumori.it



Associazione Italiana di Oncologia Medica

Via Nöe, 23 – 20133 Milano
tel. +39 02 26 68 33 35
fondazioneaiom@fondazioneaiom.it
presidente@fondazioneaiom.it
www.fondazioneaiom.it



Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

Centro Nazionale di
Prevenzione delle Malattie e
Promozione della Salute
Istituto Superiore di Sanità
V.le Regina Elena, 299
00161 Roma
passi@iss.it

«Riproponiamo per il secondo anno una versione sintetica de *I numeri del cancro in Italia* dedicata ai pazienti, ai cittadini e a tutti coloro che hanno la curiosità di conoscere e approfondire questi temi di così grande rilievo nella vita di tutti noi.

Abbiamo voluto con AIOM, AIRTUM e PASSI continuare il percorso di analisi dei fattori di rischio per i tumori, percorso che per il 2018 si è focalizzato su nostra richiesta su fumo, alcol e stili di vita dopo una diagnosi di tumore.

È un impegno che continua!»

Fabrizio Nicolis

Presidente Fondazione AIOM

**Vuoi sostenere le attività di Fondazione AIOM?
Dona il tuo 5 per mille!**

Per farlo è sufficiente indicare il codice fiscale di Fondazione AIOM: **95095220109**