

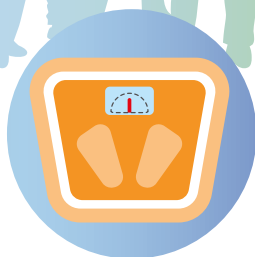
Prevention is the key to survival

La prevenzione è la chiave della longevità



# I NUMERI DEL CANCRO IN ITALIA 2020

Per cittadini e pazienti  
a cura di **Fondazione AIOM**





# I NUMERI DEL CANCRO IN ITALIA 2020

Per cittadini e pazienti  
a cura di **Fondazione AIOM**

 **Intermedia** EDITORE

Via Malta 12/B – 25124 Brescia  
Tel. 030.226105

[intermedia@intermedianews.it](mailto:intermedia@intermedianews.it) – [www.medinews.it](http://www.medinews.it)

# Prefazione

Per il quarto anno consecutivo Fondazione AIOM propone una versione de “I Numeri del cancro in Italia” dedicata a cittadini e pazienti.

Questa versione permette di diffondere dati e notizie molto importanti nella vita di noi tutti.

Un grazie ad AIRTUM per il supporto fornito per rendere fruibile il loro sapere.

Un grazie a PASSI e a PASSI d’Argento con cui stiamo continuando l’analisi dei fattori di rischio per i tumori.

In questa edizione proponiamo una analisi dei fattori di rischio “modificabili” nelle persone che hanno già avuto una diagnosi di cancro. Non dimenticando un approfondimento sullo stato degli screening oncologici in Italia, sia quelli organizzati che quelli spontanei.

È un impegno che continua, anno dopo anno!

**Stefania Gori**

Presidente Fondazione AIOM



# Introduzione

In questo volume vengono illustrate in maniera semplificata informazioni relative ai numeri del cancro in Italia (incidenza, mortalità, sopravvivenza a 5 anni, prevalenza) e relative agli stili di vita sia dei cittadini italiani che delle persone che hanno già avuto un cancro.

Per il 2020 si stima che saranno diagnosticati circa 377.000 nuovi casi di tumori maligni (esclusi i carcinomi della cute non melanomi): 195.000 negli uomini e 182.000 nelle donne. Un numero assoluto in aumento, a causa dell'invecchiamento della popolazione italiana. Anche per il 2020 il tumore più frequentemente diagnosticato è il carcinoma mammario (54.976, pari al 14,6% di tutte le nuove diagnosi di tumore) seguito dal carcinoma del colon-retto, polmone, prostata e vescica. Negli uomini il carcinoma della prostata è ancora la neoplasia più frequentemente diagnosticata e nelle donne il carcinoma mammario.

In termini di numeri assoluti si nota, rispetto al 2019, un aumento delle nuove diagnosi di melanoma e di carcinoma del pancreas in entrambi i sessi.

Tra le donne, continua ad aumentare il carcinoma polmonare (conseguenza dell'aumentata abitudine al fumo) e il carcinoma mammario (conseguenza dell'estensione della fascia d'età sottoposta a screening in alcune regioni italiane e di una aumentata consapevolezza delle donne nel caso di formazioni sospette mammarie).

I tassi di incidenza standardizzati evidenziano tuttavia nel periodo 2008-2016 una riduzione di incidenza in entrambi i sessi del tumore dello stomaco, del fegato (grazie anche alla vaccinazione antiepatite B e alle terapie antiepatite C), del colon-retto (conseguenza dell'implementazione dello screening). Negli uomini sono in riduzione i tassi di incidenza del tumore del polmone (anche per le campagne di prevenzione antifumo), del carcinoma prostatico (minor ricorso al PSA come test di screening). Nelle donne sono in aumento invece i tassi di incidenza del cancro polmonare. In aumento in entrambi i generi i tassi di incidenza standardizzati per il melanoma.

Questi andamenti dei tassi di incidenza riflettono le abitudini dei cittadini italiani nei decenni passati e le loro variazioni. Ma l'analisi degli andamenti dei tassi di incidenza è estremamente importante per poter comprendere anche gli effetti degli interventi sanitari intrapresi nel passato e poter identificare quelli necessari per il futuro.

Un altro dato importante è quello relativo alla riduzione dei tassi di mortalità stimati per il 2020 rispetto al 2015: sono in diminuzione sia negli uomini (-6%) che nelle donne (-4,2%), legati ai progressi ottenuti in ambito diagnostico-terapeutico.

Inoltre, si registra una sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi del 63% nelle donne (in cui il tumore più frequente è quello mammario, mediamente a buona prognosi) e del 54% negli uomini: ottimi risultati anche quando paragonati a quelli di altri Paesi europei. E continuano ad aumentare i prevalenti, cioè le persone che vivono dopo aver avuto una diagnosi di tumore: nel 2020 si stima siano oltre 3milioni e 600.000 (aumento del 3% annuo), un terzo dei quali può essere considerato guarito.

Tutti questi miglioramenti sono legati ai progressi in campo diagnostico-terapeutico e di prevenzione (primaria e secondaria), ma anche al continuo aumento del grado di informazione che viene fornita ai cittadini e, quindi, al loro maggiore grado di consapevolezza. E proprio perché risulta sempre più evidente che una quota importante di tumori potrebbe essere evitata aderendo a corretti stili di vita, sono stati inseriti in questo volume i dati dei sistemi di sorveglianza di popolazione PASSI e PASSI d'Argento, coordinati dall'Istituto Superiore di Sanità, relativi ai comportamenti degli italiani, fornendo interessanti spunti di riflessione ai cittadini e ai medici, che sempre più devono indicare ai loro assistiti la necessità di seguire stili comportamentali adeguati.

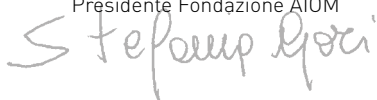
Inoltre, si è ritenuto importante inserire i dati di PASSI d'Argento relativi agli stili di vita delle persone che hanno già avuto un cancro: una modifica di comportamenti scorretti potrebbe aiutare infatti a prevenire recidive tumorali e secondi tumori.

Il continuo monitoraggio dei dati epidemiologici del cancro in Italia permette di valutare l'impatto delle strategie di prevenzione dei tumori e dei sistemi diagnostico-terapeutici del nostro Paese e fornire un punto di riferimento per programmazioni sanitarie future. Per questo è necessario continuare questo lavoro di sorveglianza e di diffusione di tali dati.

Un grazie quindi a coloro che hanno contribuito alla stesura di questa quarta edizione del volume "I numeri del cancro in Italia" dedicata a cittadini e pazienti. Un ringraziamento agli operatori di AIRTUM, ai colleghi di PASSI e PASSI d'Argento e a tutti gli oncologi e operatori sanitari che ogni giorno sono impegnati nell'offrire assistenza e cura ai pazienti oncologici.

**Stefania Gori**

Presidente Fondazione AIOM



**Silvio Brusaferrò**

Istituto Superiore di Sanità - ISS





## Indice

---

Prefazione	III
Introduzione	V
<b>Storia naturale del cancro</b>	<b>IX</b>
<b>1. Fattori di rischio e tumori</b>	<b>1</b>
<b>2. Qual è il rischio di ammalarsi di tumore nel corso di una intera vita?</b>	<b>5</b>
<b>3. Incidenza</b>	<b>7</b>
Le nuove diagnosi di tumore maligno in Italia nel 2020	7
Invecchiamento e tumori	10
Confronti geografici nazionali	13
Incidenza: trend temporali nel periodo 2008-2016	15
<b>4. I tumori come causa di morte</b>	<b>19</b>
I decessi per tumore in Italia nel 2017 – Dati ISTAT	19
Tassi di mortalità per tumore 2020 e trend temporali	19
<b>5. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi di tumore</b>	<b>25</b>
<b>6. I prevalenti e i guariti</b>	<b>29</b>
Cosa si intende per prevalenza?	29
Quanti sono gli italiani vivi dopo una diagnosi di tumore?	29
Prevalenza in base al tempo trascorso dalla diagnosi di tumore	30
I guariti	32
Sintesi	34
<b>7. Fattori di rischio comportamentali: i dati nazionali.</b>	
<b>Differenze per sottogruppi della popolazione e cambiamenti nel tempo dai dati PASSI</b>	<b>35</b>
Quale importanza hanno gli stili di vita nella prevenzione dei tumori?	35
Fumo: prevalenza e trend temporali	36
L'abitudine tabagica: cosa è cambiato nell'ultimo decennio?	38
Alcol (aggiornamento con dati 2018)	42
Sedentarietà	48
Eccesso ponderale	52
Consumo di frutta e verdura	57

<b>8. Fattori di rischio comportamentali: i dati regionali</b>	
Differenze regionali dai dati PASSI e PASSI d'ARGENTO	61
Fumo	62
Alcol	65
Sedentarietà	69
Eccesso ponderale	73
Consumo di frutta e verdura	77
<b>9. Fattori di rischio dopo la diagnosi di cancro</b>	81
Gli ultra 65enni in Italia con diagnosi di tumore: i fattori di rischio modificabili. I dati della sorveglianza PASSI d'ARGENTO 2016-2017	81
Fumo	84
Alcol	85
Sedentarietà	85
Obesità	86
Consumo di frutta e verdure	86
Perché è importante conoscere gli stili di vita di queste persone dopo una diagnosi di cancro?	88
Il ruolo del medico per contrastare gli stili di vita insalubri dopo la diagnosi di cancro	89
<b>10. Focus sugli screening oncologici</b>	91
Screening oncologici per la diagnosi precoce dei tumori: organizzati versus spontanei. Cosa è accaduto negli ultimi 10 anni? I dati della sorveglianza PASSI 2008-2018	91
Focus sullo screening colon-rettale: il profilo delle persone che non si sottopongono a screening	97
<b>11. Fonti e metodologia AIRTUM</b>	103
<b>12. Fonti e metodologia PASSI e PASSI d'ARGENTO</b>	107
Il rationale e la cornice istituzionale	107

# Storia naturale del cancro

Massimo Rugge<sup>1</sup>, Ludovica Bricca<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Dipartimento di Medicina -DIMED - Università degli Studi di Padova - Italia

<sup>2</sup> Registro Tumori del Veneto - RTV Azienda Zero Padova, Italia

## Introduzione

Nel 2020, i tumori sono ancora una malattia grave, ma sono state trovate molte risposte a molte domande, la prevenzione comincia a dimostrare tutta la sua efficacia e cresce anno dopo anno il numero delle persone guarite.

Nel volume su “I numeri del Cancro in Italia 2020” sono registrati questi successi.

In queste pagine, vorremmo trovare parole semplici per raccontare la “storia del cancro”: per imparare a non ammalarci e per imparare a guarire.

### ... Per imparare a non ammalarci

Con la scienza dei numeri applicata ai tumori (epidemiologia dei tumori) vengono analizzati i fattori che favoriscono la comparsa di cancro (fattori di rischio) e i fattori e gli stili di vita che proteggono dal cancro<sup>1,2</sup>.

Imparare a non ammalarsi vuol dire conoscere le situazioni che possono esporre al rischio di tumore e vuol dire cercare di seguire stili di vita sani, coscienti di essere, sin da giovani, protagonisti del nostro (futuro) benessere. L'educazione a mantenersi in salute passa (o dovrebbe passare) per buone abitudini imparate in famiglia, per i banchi di scuola, per i consigli del nostro medico. Tuttavia, anche quando essa sarà parte della nostra vita di tutti i giorni, non basterà a cancellare il cancro.

Dovremo inoltre comprendere l'importanza della ricerca del cancro quando ancora non dà segni di sé (*diagnosi precoce o prevenzione secondaria*).

I “Numeri del Cancro in Italia 2020” indicano come la prevenzione secondaria (*screening oncologici*) possa permettere di individuare tumori maligni di piccole dimensioni, con un futuro (*prognosi*) molto più favorevole rispetto a quella di tumori diagnosticati quando la malattia dà evidenti segni di sé<sup>3,4,5</sup>.

Sfortunatamente l'adesione agli screening non è uguale in tutto il territorio nazionale... ed è invece necessario che esistano in tutte le Regioni pari opportunità di salute.

### ... Per imparare a guarire

Un risultato che richiede fiducia, determinazione, conoscenza della malattia, terapie efficaci. Conoscere i meccanismi della malattia non trasforma i pazienti in medici, ma dà al paziente la consapevolezza di essere il più importante attore della sua cura. Si chiama *alleanza terapeutica* tra paziente e curante.

Qui viene illustrata la storia del cancro, quella che i medici chiamano *storia naturale del cancro*. La storia naturale dei tumori maligni ha due regole semplici:

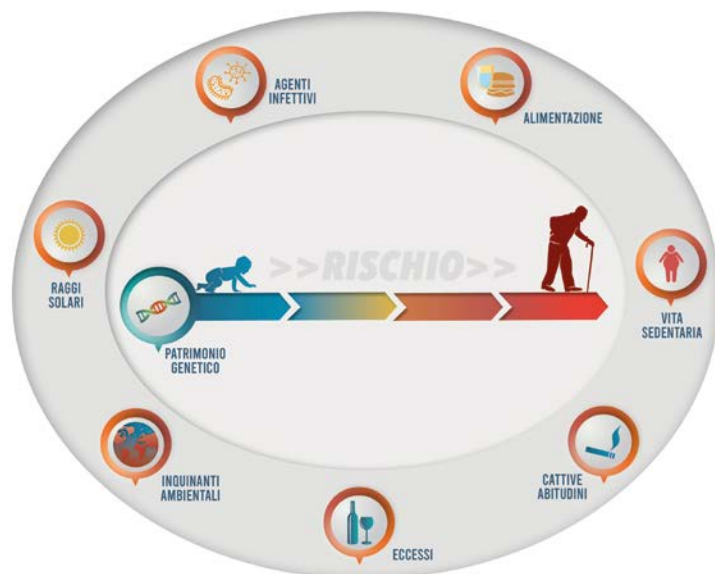
1. le cause di tumore sono molto numerose e spesso si associano tra loro;
2. un tumore non si sviluppa in una notte.

## Ogni tumore ha molte cause

La grande maggioranza dei tumori (circa il 95%) è causata dalla relazione con l'ambiente (*tumori da cause ambientali*); è pur vero, tuttavia, che l'attacco esterno può essere facilitato da una nostra personale "predisposizione". Ambiente non è solo pesticidi, aria fumida delle città o reti elettromagnetiche. È ambiente tutto quello che noi "incontriamo" nelle nostre giornate (incluse le nostre cattive abitudini), da quando siamo bambini, all'età anziana. È "ambiente" la nostra alimentazione, il nostro lavoro di ogni giorno, i raggi del sole che ci abbronzano, le infezioni a cui siamo esposti, insomma tutto quello che non siamo "noi". Molte di queste "insidie ambientali" possono agire insieme aumentando il rischio di cancro. Pur essendo inverosimile cancellare dal nostro mondo le cause di tumore, *possiamo, però, eliminare o limitare i comportamenti o le "situazioni ambientali" che aumentano il rischio di tumore (i fattori di rischio)*<sup>3</sup> (Figura 1).

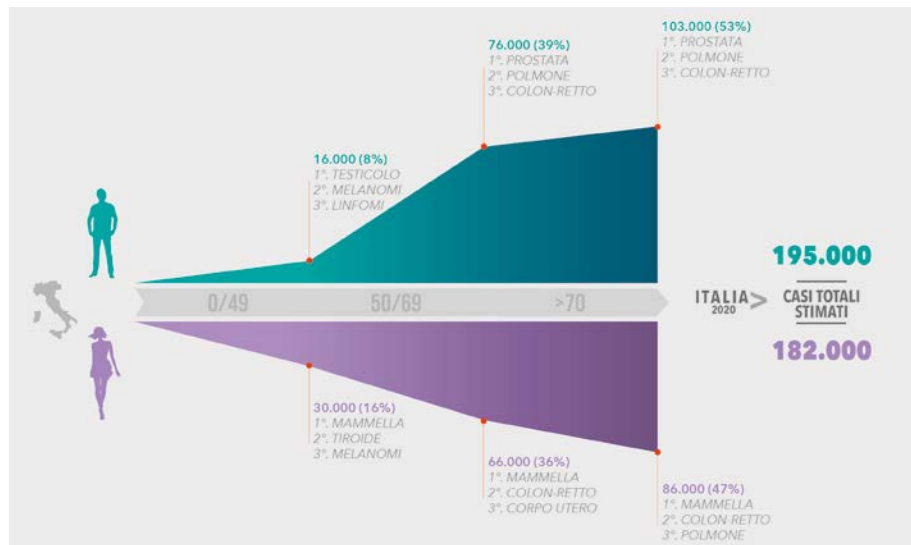
**FIGURA 1. I fattori di rischio per neoplasie maligne**

I fattori di rischio per neoplasie (= cause potenziali di tumori maligni) sono distinte in 2 categorie: 1) "ambientali"; 2) dipendenti dal "profilo genetico dell'ospite" (ospite = soggetto nel quale la neoplasia si sviluppa). I fattori ambientali includono tutto quanto è "esterno" all'ospite (agenti infettivi, chimici, fisici, alimentazione, stili e ambiente di vita, etc.). I fattori di rischio propri dell'ospite includono il suo profilo endocrino-metabolico, il profilo immunologico e le neoplasie ereditarie (= sindromiche). Gli agenti oncogeni ambientali agiscono nel corso della vita e ciò spiega (almeno in parte) il fatto che l'incidenza del cancro cresce al crescere dell'età.



... E tra le situazioni che aumentano la probabilità di malattia c'è l'età. Il trascorrere degli anni moltiplica le occasioni di incontro con i rischi ambientali e impigrisce le

nostre difese immunitarie (Figura 2). In Italia, così come in altri Paesi industrializzati, cresce il numero dei soggetti anziani e con essi cresce la frequenza dei tumori.



**FIGURA 2. Anno 2020: nuovi casi di neoplasie maligne incidenti nella popolazione italiana. Sedi prevalenti nei due sessi**

Nel corso dell'anno 2020, la incidenza delle neoplasie maligne è stimata pari a 377.000 nuovi casi. In ambedue i sessi, la incidenza cresce con l'età ed è maggiore nei maschi (maschi = 195.000; femmine = 182.000). La figura mostra la progressiva incidenza delle neoplasie nelle 3 classi di età considerate (0-49; 50-69; >70 anni). I numeri assoluti e le percentuali si riferiscono ai tumori incidenti in ciascuna delle 3 fasce di età. Per ciascuna fascia di età, sono indicate le 3 sedi neoplastiche più frequenti.

### Il tumore: tra i rischi “ambientali” e i nostri meccanismi di difesa

Tutti noi siamo “immersi nel mondo” e il mondo e i nostri comportamenti ci espongono al rischio di tumore: dunque i tumori sono più frequenti lì dove più numerosi sono i fattori di rischio? Ma perché in popolazioni esposte a fattori di rischio simili il cancro insorge solo in una minoranza degli esseri umani? Se l'attacco esterno è (più o meno) uguale, le conseguenze dovrebbero essere le stesse?

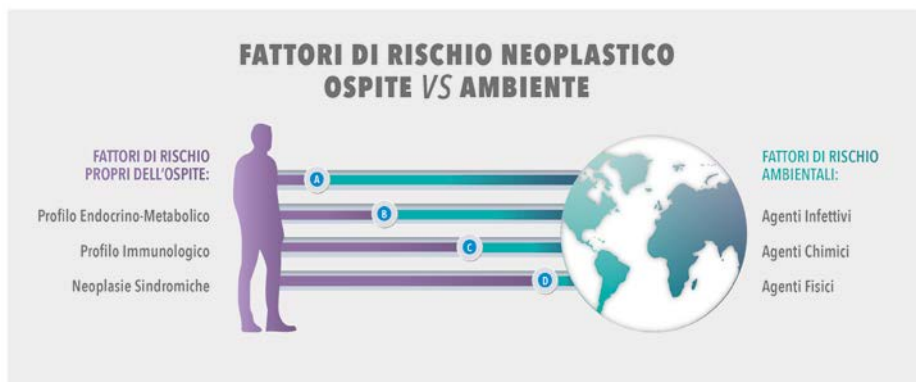
Sono domande difficili e non si conoscono tutte le risposte. Proviamo a raccontare quello che sappiamo.

Non tutti gli esseri umani resistono allo stesso modo alle “insidie” (*fattori di rischio*) ambientali. Ogni persona ha avuto in eredità i sistemi diversi (e più o meno efficienti) di “protezione anti-cancro”<sup>6</sup>.

Ciascuno di noi ha i suoi “meccanismi di resistenza”, in alcuni casi più forti, in altri più deboli. La conseguenza? Che, a parità di esposizione a fattori di rischio, in alcune persone possono svilupparsi dei tumori e in altri, no. Per esempio, pur sapen-

do che l'abuso di alcol causa il cancro del fegato (e non solo), la quantità di alcol che causerà in un individuo la malattia dipenderà (anche) dalla capacità individuale di trasformare l'alcol in modo da modificare la sua azione aggressiva. Oppure, è noto che i soggetti che hanno scarse difese immunitarie (trapiantati, soggetti che fanno uso di droghe) hanno apparati di difesa (= risposta immunitaria) meno efficienti e potrebbero sviluppare neoplasie più frequentemente rispetto alle persone con sistemi immunitari efficienti. Oppure, il rischio di ammalarsi di tumore del polmone è maggiore per un minatore (che respira carbone) che per un pescatore, ma il rischio di tumore della pelle è maggiore nei pescatori (esposti al sole) che tra i minatori.

Il rischio di cancro è diverso tra i diversi umani e dipende da un complicato miscuglio di fattori di aggressione e di meccanismi di difesa (Figura 3).



**FIGURA 3. Fattori di rischio per tumori maligni: ospite versus ambiente**

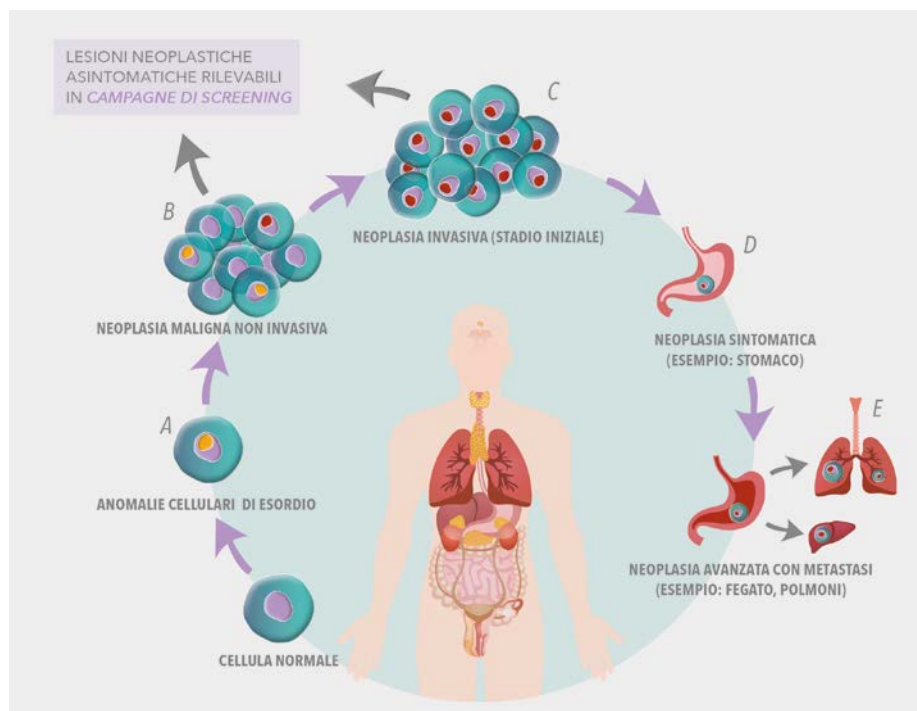
Nella comparsa di un tumore, l'azione oncogena (= che promuove la insorgenza di cancro) degli agenti ambientali si combina con il profilo proprio dell'ospite; il "profilo" genetico dell'ospite può contrastare o favorire lo sviluppo del tumore. Nel determinare la comparsa dei diversi tipi di tumore, i fattori ambientali e quelli propri dell'ospite interagiscono in modo quantitativamente e qualitativamente variabile. La figura rappresenta questa variabile combinazione dell'ambiente e dell'ospite nel processo di oncogenesi. I tumori sono indicati con a, b, c, d: "a" neoplasia maligna prevalentemente dovuta a cause ambientali (esempio: neoplasie da agenti fisici/radiazioni); "d" neoplasia maligna prevalentemente ospite-correlata (esempio: neoplasie genetiche/sindromiche); "b" e "c" rappresentano situazioni intermedie.

## Un tumore non si sviluppa in una notte. La nascita di un tumore ha una lunga storia...

Un tumore maligno non nasce in una notte: i tempi del cancro sono più simili a quelli della tartaruga che a quelli della lepre. La grande maggioranza dei cancri nasce e cresce lentamente: una trasformazione lenta che può durare decenni. Quando il cancro si manifesta (esempi: una ulcera sulla pelle, la presenza di sangue nelle urine, nelle feci, o nell'espettorato) esso è cresciuto tanto da manifestarsi con segni evidenti, ma la sua storia (... la "storia naturale") è cominciata molti anni prima. Ecco perché nella storia di un tumore distinguiamo una "fase iniziale" (senza sintomi = *fase asintomatica*)

e una fase avanzata. I tumori in fase avanzata sono più facili da riconoscere, perché causano sintomi appariscenti (*fase sintomatica*), anche se diversi da cancro a cancro (Figura 4).

Insomma, la storia di un cancro è simile a quella di una frana di montagna: nasce nei boschi non protetti dagli alberi e più avanza, più diventa grande... più è grande, più è appariscente. Le frane vanno prevenute.



**FIGURA 4. Il cancro non nasce in una notte**

La nascita/sviluppo di un tumore maligno (i.e.: storia naturale del cancro) si realizza in un lungo arco di tempo. La figura schematizza gli stadi di sviluppo di un cancro dello stomaco:

1) trasformazione di una cellula (nucleo arancione) che diviene incline alla progressione verso il cancro [A]; 2) cellula tumorale "madre" (cellula con nucleo rosso [B]); 3) dalla cellula-madre nasce una popolazione di cellule neoplastiche [C]; 4) le cellule neoplastiche occupano l'organo nel quale si sono sviluppate (esempio: stomaco [D]); 5) il tumore maligno, nato nello stomaco, si diffonde in altri organi (esempio: metastasi di un carcinoma gastrico in polmone e fegato [E]). La "cascata" che porta dalla cellula-madre [B] al tumore avanzato [E] include numerosi stadi intermedi. In questo arco di tempo, le campagne di screening possono individuare il tumore in fase iniziale-asintomatica, curabile con successo.

### Cercare, curare e guarire i tumori "piccoli"

Una regola vale per tutti i tumori maligni: tanto più piccolo è il tumore, tanto maggiori sono le probabilità di guarigione. La ricerca dei tumori piccoli, appena nati, si chiama *prevenzione secondaria*: è la diagnosi di un tumore che è già lì. Dobbiamo

*cercarlo, diagnosticarlo, trattarlo*. La prevenzione secondaria dei tumori ha fatto passi straordinari: *la ricerca dei tumori piccoli si chiama screening<sup>4</sup>* e in Italia sono attivi *i programmi nazionali di screening* per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon-retto. Questi tumori sono frequenti, tanto frequenti che quando si getta la rete dello screening, molti tumori vi rimangono impigliati. I “piccoli tumori” rivelati dallo screening potranno essere trattati con probabilità di ottimi risultati in termini di sopravvivenza. Inoltre, durante lo screening per i tumori del colon-retto possono essere diagnosticati e poi rimossi gli adenomi, cioè le forme che possono negli anni trasformarsi in carcinomi.

Questa strategia di prevenzione vale molto meno per i tumori rari: se un tumore è raro, dovremmo gettare molte volte le nostre reti per trovarne solo uno. È una pesca così difficile da essere poco praticabile.

Una piccola percentuale di tumori (meno del 5%) nasce esclusivamente da alterazioni che si ereditano dalle generazioni precedenti (*alterazioni del nostro patrimonio di famiglia*; si chiamano tumori da *sindromi genetiche*). Sono - per fortuna - tumori rari e il cammino da fare per comprendere i meccanismi, la loro cura è lungo, ma promettente: si chiama ricerca scientifica.

### **Ma come nasce un tumore?**

I tumori hanno delle loro regole generali, ma ciascun tumore ha la sua propria storia.

Regola generale: una cellula diviene disobbediente alle leggi che ne regolano il suo vivere in comunità; questa deviazione dalla strada maestra apre le porte al tumore. La cellula disubbidiente non è (ancora) un tumore vero, tuttavia questa cellula trasformata ha un aspetto po' diverso da quello della popolazione a cui appartiene. Il microscopio (esame citologico e/o istologico) riconosce questo aspetto nuovo; esso è ancora simile a quello delle cellule normali, ma c'è qualcosa in questa faccia nuova che già sa di tumore! È un “aspetto di mezzo” che si chiama *displasia*. La displasia è un segnale di allarme: una cellula si è candidata a diventare tumore. Queste cellule possono progressivamente peggiorare il loro carattere sviluppando la tendenza a svincolarsi sempre più dai sistemi di regolazione del ciclo cellulare e manifestando una prepotente tendenza a invadere il territorio circostante. Il loro aspetto diventa sempre più nuovo/diverso da quello della famiglia da cui derivano. Queste cellule nuove (*neoplasia: formazione nuova*) occupano spazi sempre più ampi, fino a diventare una “massa” visibile agli esami radiologici e/o alla endoscopia. Con il progredire della crescita della massa tumorale, le cellule - ormai definitivamente maligne - oltrepassano i confini dell'organo in cui sono nate. Esse hanno perso ogni inibizione: vivono solo per riprodursi, si insinuano nei canali della circolazione (canali linfatici e vene), e, lasciandosi trasportare dalla corrente, giungono ad altri organi dove realizzano la loro vocazione: crescono e formano le *metastasi* (Figura 4).

La storia di una cellula che diventa tumore maligno dura mesi o anni ed è diversa nei diversi tipi di tumore. In tutti i casi, tuttavia, il *tumore avanza passo dopo passo*: più lenti sono i passi, maggiori sono le possibilità di arrestarne il cammino.



### Gli stadi dei tumori

Un tumore nasce piccolissimo e cresce nel tempo. Lo *stadio* di un tumore ne riassume la fase di avanzamento ed esprime:

- a. quanto (e dove) un tumore è cresciuto (T=*Tumor*);
- b. se si è diffuso ai linfonodi regionali (N=*Node*);
- c. se si è riprodotto in organi diversi dalla sede iniziale (M=*Metastasis*).

I valori di “T”, “N”, “M” contribuiscono ad esprimere “quanto” il tumore è cresciuto (= stadio del tumore). Il sistema di stadiazione TNM distingue 5 stadi (0, I, II, III, IV) progressivamente più gravi. Lo stadio I è quello dei tumori più piccoli e con prognosi più favorevole. All’estremo opposto, lo Stadio IV indica la presenza di metastasi: è lo stadio delle cure più difficili<sup>7</sup>.

Nella stadiazione dei tumori si utilizzano vari tipi di indagini: radiologiche (radiografie, ecografie, tomografia assiale computerizzata – TAC, risonanza magnetica nucleare-RNM), di medicina nucleare (scintigrafie, PET), esplorazioni endoscopiche/chirurgiche e, naturalmente, l’esame anatomico-patologico.

### I tumori non sono tutti uguali

Ritornando indietro, va corretto un concetto.

**Non esiste infatti “un” tumore:** esistono molti tumori maligni e ognuno di essi ha la sua personalità. In questa folla di tumori, alcuni sono più maligni, altri molto meno, altri ancora... “quasi maligni”. Questi *diversi comportamenti possono dipendere dall’organo in cui il tumore nasce* (nel polmone nascono tumori diversi da quelli della tiroide), dalla velocità di crescita delle cellule tumorali (tumori che originano nello stesso organo possono crescere lentamente restando per anni ancorati alla sede di origine, altri possono crescere rapidamente e rapidamente diffondersi). Ecco la necessità di distinguere tra tumore e tumore: “*pesare*” la *malignità di quel tumore consente di iniziare una terapia specifica, dedicata*. Questo è il compito dell’Anatomia Patologica: classificare/pesare i diversi aspetti delle malignità. Basandosi su queste informazioni, gli oncologi identificheranno la terapia più giusta.

### Distinguere i tumori per identificare per ciascuno una terapia “personalizzata”

I Patologi identificano e classificano i tumori esplorando la faccia (*morfologia*) delle cellule “trasformate”<sup>8</sup>. Oggi, all’esplorazione microscopica si affiancano nuove tecniche capaci di guardare dentro le cellule, e valutare le molecole cellulari (*biologia molecolare*). In questo microcosmo si ricercano le cause profonde della proliferazione maligna (*patologia molecolare*), cioè quei “meccanismi difettosi” che hanno trasformato la cellula normale. I meccanismi della trasformazione sono complessi e si collegano tra loro realizzando intrecci, spesso sconosciuti. Come in una catena di montaggio, una molecola trasformata danneggia la funzione di una seconda e, così via, in una cascata di alterazioni della funzione (e dell’aspetto) delle cellule. *Questa cascata di errori alimenta la crescita della popolazione di cellule maligne*. Guardando nelle cellule sono state scoperte numerose molecole mal funzionanti: alcune comuni a molti tumori, altre tumore-specifiche e altre ancora caratteristiche di uno specifico tumore in uno specifico paziente. La patologia molecolare ha insegnato che *la famiglia dei tumori ma-*

*ligni è molto più numerosa di quella che era conosciuta al microscopio: ciascun tumore ha un suo volto, ma aspetti microscopici simili possono includere profili molecolari diversi. Capire quali sono le molecole mal funzionanti è il primo passo per poter poi, grazie alla ricerca scientifica, identificare farmaci che possano permettere, riparando le alterazioni molecolari presenti nei vari tumori, di curare i pazienti<sup>9</sup>.*

## BIBLIOGRAFIA

1. National Cancer Institute. <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk>
2. Rugge M, Genta RM, Di Mario F, El-Omar EM, El-Serag HB, Fassan M, Hunt RH, Kuipers EJ, Malfertheiner P, Sugano K, Graham DY. Gastric Cancer as Preventable Disease. Clin Gastroenterol Hepatol. 2017 Dec;15(12):1833-1843. doi:10.1016/j.cgh.2017.05.023. Epub 2017 May 19. PMID: 28532700.
3. <https://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/tus-cps/results/data1819/2018-19-Data-Brief>.
4. Rex D.K., Boland CR, J.A. Dominitz, Giardiello FM., Johnson D.A., Kaltenbach T., Levin T.R., Lieberman D, Robertso D.J. Colorectal cancer screening: Recommendations for physicians and patients from the U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. Gastrointest Endosc 2017; 86: 2017, 1:18-33 <https://doi.org/10.1016/j.gie.2017.04.003>
5. AIOM Linee Guida: <https://www.aiom.it/linee-guida-aiom/>
6. Rugge M. Gastric cancer risk: between genetics and lifestyle. Lancet Oncol 2020 (in press).
7. TNM Classification of Malignant Tumours, 8th Edition James D. Brierley (Editor), Mary K. Gospodarowicz (Editor), Christian Wittekind (Editor) ISBN: 978-1-119-26357-9 December 2016 Wiley-Blackwell
8. Histopathology volume 76, issue 2, 1 January 2020, pages 182-188 the 2019 WHO classification of tumours of the digestive system[[note](#)][[open access](#)] Nagtegaal, I.D., Odze, R.D., Klimstra, D., Paradis, V., Rugge, M., Schirmacher, P., Washington, K.M., Carneiro, F., Cree, I.A., the WHO classification of tumours editorial board
9. Malone E.R., Oliva M., Sabatini P.J.B. et al. Molecular profiling for precision cancer therapies. Genome med 12, 8 (2020). <https://doi.org/10.1186/s13073-019-0703-1>

# Fattori di rischio e tumori

Diego Serraino<sup>1</sup>, Giulia Carreras<sup>2</sup>, Lucia Fratino<sup>3</sup>, Stefania Gori<sup>4</sup>

<sup>1</sup> SOC Epidemiologia Oncologica, Centro di Riferimento Oncologico, IRCCS, Aviano – Registro Tumori del Friuli Venezia Giulia

<sup>2</sup> Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica – ISPO, Firenze

<sup>3</sup> SOC Oncologia Medica, Centro di Riferimento Oncologico, IRCCS, Aviano

<sup>4</sup> UOC Oncologia Medica, IRCCS Sacro Cuore Don Calabria, Negrar di Valpolicella

Il processo di trasformazione di una cellula normale in cellula neoplastica avviene attraverso varie tappe con accumulo di anomalie genetiche, funzionali e morfologiche. Nel 1981 per la prima volta Richard Doll e Richard Peto misero in luce in una loro pubblicazione l'enorme impatto negativo del fumo di sigarette e delle abitudini alimentari sul rischio di morte per tumori negli Stati Uniti, dando il via alla ricerca epidemiologica sulle cause delle malattie neoplastiche quale strumento indispensabile di conoscenza per implementare efficaci campagne di prevenzione primaria.

Le cause note delle alterazioni del DNA nella genesi del cancro sono di vari ordini: cause legate agli stili di vita, a esposizioni ambientali o ad agenti infettivi, a mutazioni genetiche (ereditarie e non ereditarie).

L'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC) ha pubblicato l'elenco delle sostanze cancerogene per l'uomo distinguendo quelle con *sufficiente* evidenza e quelle con *limitata* evidenza:

- **sostanze cancerogene con sufficiente evidenza negli esseri umani:** è stata stabilita una relazione causale tra sostanza cancerogena e cancro e che *bias* e fattori confondenti possono essere esclusi con una ragionevole probabilità;
- **sostanze cancerogene con limitata evidenza negli esseri umani:** è possibile una relazione causale ma che non possono essere esclusi *bias* e fattori confondenti.

Una sintesi dei principali agenti cancerogeni è riportata nella Tabella 1.

Nella Tabella 2 è invece riportata la classificazione degli agenti in base al rischio cancerogeno adottata dalla IARC.

La lista dei fattori di rischio chiamati in causa nell'eziologia dei tumori è molto ampia e in continua evoluzione: non è facile determinare un singolo fattore di rischio associato a una sola sede tumorale perché la malattia neoplastica è per definizione a "genesi multifattoriale". Esiste quindi un concorso di fattori di rischio che si sommano e si moltiplicano nel determinare la malattia. A questi vanno aggiunte le capacità di reazione dell'ospite intese sia come meccanismi di difesa immunitaria sia come processi di riparazione dei danni sul DNA.

		Sufficiente evidenza nell'uomo	Limitata evidenza nell'uomo
<b>Agenti chimici e composti</b>	Formaldeide	Leucemie, nasofaringe	Cavità nasali e seni paranasali
	Benzene	Leucemie	
<b>Agenti occupazionali</b>	Alluminio	Polmone, vie urinarie	
	Alcool isopropilico	Cavità nasali e seni paranasali	
<b>Metalli</b>	Cromo	Polmone	Cavità nasali e seni paranasali
	Nichel	Polmone, cavità nasali e seni paranasali	
<b>Polveri e fibre</b>	Asbesto	Laringe, polmone, mesotelioma, ovaio	Colon-retto, faringe, stomaco
	Polveri di cuoio e di legno	Cavità nasali e seni paranasali	
<b>Radiazioni</b>	Radon 222	Polmone	Leucemia
	Radio 226 e radio 228	Osso, processo mastoide, seni paranasali	
<b>Agenti biologici</b>	Virus Epstein-Barr	Linfomi, nasofaringe	Carcinoma linfoepiteliale, stomaco
	Virus epatite B, C	Carcinoma epatocellulare	Colangiocarcinoma
	HV8	Sarcoma di Kaposi e linfoma non-Hodgkin	
	Papilloma virus 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59	Cervice	
	Helicobacter pylori	Linfoma, stomaco	
	HIV-1	Ano, cervice, occhio (congiuntiva), linfoma di Hodgkin, sarcoma di Kaposi, linfoma non-Hodgkin	Fegato, pene, pelle (non melanoma), vagina, vulva
<b>Abitudini personali</b>	Alcol	Mammella, colon-retto, laringe, fegato, esofago, cavità orale, faringe	Pancreas
	Fumo di tabacco	Leucemia mieloide, cervice, colon-retto, rene, laringe, fegato, polmone, cavità nasali e seni paranasali, esofago, cavo orale, ovaio, pancreas, faringe, stomaco, uretere, vescica; in figli di fumatori: epatoblastoma	Mammella; in figli di fumatori: leucemia
<b>Farmaci</b>	Ciclosporine	Linfomi non-Hodgkin, cute, altre sedi	
	Estrogeni in menopausa	Endometrio, ovaio	Mammella
	Contraccettivi con estrogeni e progesterone	Mammella, cervice, fegato	
	Estrogeni e progesterone in menopausa	Mammella, endometrio	

**TABELLA 1. Agenti cancerogeni per l'uomo e relativi tumori associati. IARC, 2011**

(modificata da: Cogliano VJ, Baan R, Straif K, et al. Preventable exposures associated with human cancers. J Natl Cancer Inst 2011; 103 (24):1827-39. doi: 10.1093/jnci/djr483. Epub 2011 Dec 12).

Gruppo	Descrizione	Numero agenti
Gruppo 1	Cancerogeni per gli esseri umani	120
Gruppo 2 A	Cancerogeni probabili per gli esseri umani	88
Gruppo 2 B	Cancerogeni possibili per gli esseri umani	313
Gruppo 3	Non classificabili come cancerogeni per gli esseri umani	499

**TABELLA 2. Classificazione degli agenti considerati nelle monografie IARC in base al rischio cancerogeno per l'uomo**

La quota di tumori attribuibili ai vari fattori di rischio negli USA è riportata nella Tabella 3: il fumo di tabacco da solo è responsabile del 33% delle neoplasie; un altro 33% è legato ai cosiddetti *stili di vita* (dieta, sovrappeso, abuso di alcool e inattività fisica).

I fattori occupazionali sono responsabili del 5% delle neoplasie.

Le infezioni causano circa l'8% dei tumori (*Papilloma virus 16-18* per cervice uterina, *Epstein Barr* per lesioni linfoproliferative e del cavo orale, *Herpes virus 8* per sarcoma di Kaposi e linfomi, *Helicobacter pylori* per carcinoma dello stomaco e linfoma MALT, virus dell'*epatite B e C* per il carcinoma epatocellulare). Le infezioni parassitarie da *Trematodi* sono chiamate in causa per il colangiocarcinoma e quelle da *Schistosoma* per il carcinoma della vescica. Le radiazioni ionizzanti e l'esposizione ai raggi UVA sono responsabili del 2% dei tumori e l'inquinamento ambientale contribuisce per un altro 2%.

L'*ereditarietà* ha un'incidenza molto bassa nella genesi tumorale: meno del 2% della popolazione è portatrice di mutazioni con sindromi ereditarie di rischio neoplastico. Noti sono i geni BRCA 1 e 2 che aumentano il rischio di cancro alla mammella e all'ovaio, PALB 2, MSH2 e MLH1 per i tumori del colon-retto non poliposici (HNPCC).

Fattore di rischio	Quota di tumori attribuibili a vari fattori di rischio	
	USA, 2012* %	Regno Unito, 2010** %
Tabacco	33	19
Dieta	5	19
Sovrappeso, obesità	20	5
Inattività fisica	5	1
Abuso di bevande alcoliche	3	4
Fattori occupazionali	5	4
Infezioni	8	3
Radiazioni ionizzanti e esposizione a raggi UV	2	5
Inquinamento ambientale	2	-

**TABELLA 3. Quota di tumori attribuibili a vari fattori di rischio**

\*American Association for Cancer Research, 2013. \*\* Parkin DM. The fraction of cancer attributable to lifestyle and environmental factors in UK in 2010. Br J Cancer, 2011.

Per quanto riguarda l'Italia, sono invece disponibili le stime della mortalità neoplastica attribuibile a stili di vita individuali (quali fumo, uso eccessivo di alcol, eccesso ponderale, alimentazione non salutare e sedentarietà). Queste stime sono state prodotte applicando i rischi attribuibili a ciascun fattore di rischio stimati per tutta Italia dal Global Burden of Disease Study 2016 al numero di decessi osservati in Italia nel 2016.

I decessi per tumore in Italia nel 2016 potenzialmente evitabili perché attribuibili a fattori di rischio comportamentali sono, in termini assoluti, circa 64.468 (Tabella 4). Il fumo è il fattore di rischio con impatto maggiore, sia negli uomini che nelle donne, la cui quota predominante è riconducibile al tumore del polmone.

Anche il fumo passivo è stato riconosciuto come responsabile delle morti per varie sedi tumorali, tra cui il tumore mammario nelle donne (Carreras et al., 2017).

Il rischio complessivo risulta inferiore alla somma algebrica in quanto più fattori sono presenti nello stesso individuo (per esempio, tabacco e abuso di bevande alcoliche).

Fattore di rischio	Maschi	Femine
Fumo	33.569	9.922
Uso eccessivo di alcol	8.031	4.811
Fattori dietetici	6.328	4.323
Eccesso ponderale	3.808	3.173
Inattività fisica	392	606
Combinato*	44.083	20.385

**TABELLA 4. Numero di morti per tumori potenzialmente evitabili perché attribuibili a fattori di rischio comportamentali in Italia nel 2016**

[Carreras G et al, Epidemiol Prev 2019]

## BIBLIOGRAFIA

Doll R, Peto R. The causes of cancer: quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United States today. *J Natl Cancer Inst.* 1981 Jun;66(6):1191-308.

GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2017; 390: 1211-59

Carreras G, Battisti F, Borzoni L, et al. Decessi per patologie non trasmissibili attribuibili a stili di vita in Italia e nelle regioni italiane nel 2016. *Epidemiol Prev* 2019; 43 (5-6): 338-346. DOI: <https://doi.org/10.19191/EP19.5-6.P338.103>

Carreras G, Lachi A, Boffi R, et al. TackSHS Project Investigators. Burden of Disease From Breast Cancer Attributable to Smoking and Second-Hand Smoke Exposure in Europe. *Int J Cancer.* 2020 May 1. doi: 10.1002/ijc.33021. Online ahead of print.

## 2 Qual è il rischio di ammalarsi di tumore nel corso di una intera vita?

Diego Serraino<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SOC Epidemiologia Oncologica, Centro di Riferimento Oncologico, IRCCS, Aviano, IRCCS

Il rischio cumulativo di sviluppare un tumore nel corso della vita può essere rappresentato in termini percentuali (indicando la probabilità di una persona di ammalarsi di un certo tumore entro una certa età) oppure come un rapporto che indica il numero di persone che bisogna seguire nel corso della loro vita perché una di loro sviluppi un tumore.

Nella Tabella 5 viene espressa la misura del rischio cumulativo come *numero di persone* che sarebbe necessario seguire nel corso della vita affinché a una di queste venga diagnosticato un tumore. Per convenzione, viene considerato l'intervallo di tempo che va dalla nascita agli 84 anni (una età prossima alla aspettativa di vita della popolazione italiana).

Va sottolineato che questa modalità di calcolo del rischio di ammalare di tumore tende a sovrastimare il reale rischio individuale perché non tiene conto del rischio competitivo di morire per altre cause<sup>1</sup>.

Nella Tabella 5 il rischio cumulativo è espresso per le principali sedi tumorali e per tutti i tumori.

Rispetto alla sede, tanto più il tumore è frequente, tanto minori saranno le persone da seguire per riscontrarne una con diagnosi di tumore. Poiché prostata e mammella rappresentano le sedi più frequenti di tumore rispettivamente nei maschi e nelle femmine, la probabilità di ammalarsi sarà pari a 1 su 8 (Tabella 5). Per il tumore del polmone, molto più frequente nel sesso maschile, la probabilità sarà pari a un uomo su 10 e una donna su 35, per il colon-retto la probabilità sarà pari a un uomo su 12 e una donna su 19. Nel caso di tumori meno frequenti, sarà necessario seguire una popolazione molto numerosa per osservare almeno un caso: ad esempio, nel sarcoma di Kaposi, la probabilità di avere un tumore sarà pari a uno su 509 negli uomini e su 1.627 nelle donne.

Sede/Tipo di tumore	Maschi	Femmine
Vie aerodigestive superiori*	40	171
Esofago	168	667
Stomaco	34	68
Colon retto	12	19
Fegato	33	94
Colecisti vie biliari	135	151
Pancreas	49	63
Polmone	10	35
Osso	794	1.112
Melanomi	55	73
Mesotelioma	226	758
Kaposi	509	1.627
Tessuti molli	272	444
Mammella	599	8
Ovaio		74
Utero cervice		163
Utero corpo		46
Prostata	8	
Testicolo	182	
Rene e vie urinarie**	38	89
Vescica***	15	85
SNC	97	142
Tiroide	127	48
LH	281	342
LNH	45	63
Mieloma	94	133
Leucemie	62	104

**TABELLA 5. Numero di persone che è necessario seguire da 0 a 84 anni per trovarne una che sviluppi un tumore, per sesso e tipo tumorale.** Pool AIRTUM 2008-2016.

\*comprende lingua, bocca, orofaringe, rinofaringe, ipofaringe, faringe NAS, laringe

\*\*comprende rene, pelvi e uretere

\*\*\*comprende sia i tumori infiltranti che non infiltranti

## BIBLIOGRAFIA

1. Coviello E. Le insidie nella stima del rischio cumulativo di ammalare di tumore. *Epidemiol Prev* 2020; 44:191-193.



# 3 Incidenza

Diego Serraino<sup>1</sup>, Stefania Gori<sup>2</sup>

<sup>1</sup> SOC Epidemiologia Oncologica, Centro di Riferimento Oncologico, IRCCS, Aviano, IRCCS Registro Tumori del Friuli Venezia Giulia

<sup>2</sup> UOC Oncologia Medica, IRCCS Sacro Cuore Don Calabria, Negrar di Valpolicella

## Le nuove diagnosi di tumore maligno in Italia nel 2020

---

**Si stima che nel 2020 in Italia verranno diagnosticati circa 377.000 nuovi casi di tumore maligno (esclusi i carcinomi della cute non melanomi) di cui circa 195.000 negli uomini e circa 182.000 nelle donne.** Complessivamente in Italia vengono effettuate, ogni giorno, poco più di 1.000 nuove diagnosi di tumore. La Tabella 6 riporta le stime nazionali prodotte partendo dai dati di popolazione raccolti dai vari Registri Tumori Italiani.

Nella Tabella 7 vengono riportati i primi cinque tumori più frequentemente diagnosticati in Italia e la proporzione sul totale dei tumori per sesso (stime per il 2020). Escludendo i carcinomi della cute (non melanomi), negli uomini prevale il tumore della prostata che rappresenta il 18,5% di tutti i tumori diagnosticati; seguono il tumore del polmone (27.554 diagnosi, 14,1% dei casi maschili), del colon-retto (12,0%), della vescica (10,5%) e del rene (4,6%). Tra le donne, è sempre il tumore della mammella la neoplasia più frequente, con 54.976 nuove diagnosi stimate per il 2020 (il 30,3% di tutti i tumori femminili). Le altre neoplasie più frequenti nelle donne sono i tumori del colon-retto (20.282 casi, 11,2% di tutte le diagnosi), del polmone (7,3%), della tiroide (5,4%), dell'endometrio (4,6%).

Nella popolazione totale, il tumore della mammella è il più frequentemente diagnosticato, seguito dal carcinoma del colon-retto, polmone, prostata e vescica.

L'incidenza è influenzata, oltre che dal genere, anche dall'età. Nella Tabella 8 vengono riportate le frequenze dei primi 5 tumori più frequenti nelle tre classi d'età (<50 anni; 50-69anni; 70+ anni), negli uomini e nelle donne. Negli uomini giovani, il tumore più frequente è rappresentato dal cancro del testicolo, raro negli anziani; mentre negli uomini 50-69enni e negli ultra 70enni il tumore più frequente è quello della prostata.

Nelle donne, il cancro della mammella rappresenta la neoplasia più frequente in tutte le classi di età, sebbene con percentuali diverse (41% nelle giovani vs 22% nelle anziane). Nelle donne giovani, dopo il carcinoma mammario seguono il carcinoma della tiroide, il melanoma, il carcinoma del colon-retto e della cervice uterina. Nella classe

Sede	Maschi	Femmine	Totale
	N. (%)	N. (%)	N. (%)
Vie Aero Digestive Superiori -VADS*	7.276 (3,7)	2.580 (1,4)	9.856 (2,62)
Esofago	1.710 (0,9)	684 (0,4)	2.394 (0,6)
Stomaco	8.458 (4,3)	6.098 (3,4)	14.556 (3,9)
Colon-Retto	23.420 (12,0)	20.282 (11,2)	43.702 (11,6)
Fegato	8.978 (4,6)	4.034 (2,2)	13.012 (3,5)
Pancreas	6.847 (3,5)	7.416 (4,1)	14.263 (3,8)
Colecisti e vie biliari	2400 (1,2)	3000 (1,7)	5400 (1,4)
Polmone	27.554 (14,1)	13.328 (7,3)	40.882 (10,9)
Melanomi	8.147 (4,2)	6.716 (3,7)	14.863 (4,0)
Mesotelioma	1.523 (0,8)	463 (0,3)	1.986 (0,5)
Mammella		54.976 (30,3)	54.976 (14,6)
Ovaio		5.179 (2,8)	5.179 (1,4)
Utero (cervice)		2.365 (1,3)	2.365 (0,6)
Utero (corpo)		8.335 (4,6)	8.335 (2,2)
Prostata	36.074 (18,5)		36.074 (9,6)
Testicolo	2.289 (1,2)		2.289 (0,6)
Rene, vie urinarie**	9.049 (4,6)	4.472 (2,5)	13.521 (3,6)
Vescica***	20.477 (10,5)	5.015 (2,8)	25.492 (6,8)
Sistema Nervoso Centrale	3.533 (1,8)	2.589 (1,4)	6.122 (1,6)
Tiroide	3.333 (1,7)	9.850 (5,4)	13.183 (3,5)
Linfomi di Hodgkin	1.222 (0,6)	929 (0,5)	2.151 (0,6)
Linfomi non Hodgkin	7.011 (3,6)	6.171 (3,4)	13.182 (3,5)
Mieloma multiplo	3.019 (1,6)	2.740 (1,5)	5.759 (1,5)
Leucemie, tutte	4.738 (2,4)	3.229 (1,8)	7.967 (2,1)
<b>Totale</b>	<b>194.754</b>	<b>181.857</b>	<b>376.611</b>

**TABELLA 6. Numero di nuovi casi di tumore (e percentuali sul totale) stimati per il 2020 in base al sesso e per le sedi più frequenti<sup>§</sup>. Sono esclusi i carcinomi della cute non melanomi**

§ Il numero totale dei casi stimati per il 2020 è stato calcolato applicando un modello statistico indipendente da quello usato per ciascuna singola sede

\* VADS (Vie Aero Digestive Superiori): comprendono lingua, bocca, orofaringe, rinofaringe, ipofaringe, faringe NAS, laringe

\*\* Sono inclusi: rene, pelvi e uretere

\*\*\* Sono inclusi tumori infiltranti e non infiltranti

i 50-69 anni, dopo il carcinoma mammario seguono i tumori del colon-retto, corpo dell'utero, polmone e tiroide, mentre nelle anziane (70+) dopo il carcinoma mammario seguono i tumori di colon-retto, del polmone, del pancreas e dello stomaco.

Rango	Maschi	Femmine	Tutta la popolazione
1	Prostata 36.074 (18,5%)	Mammella 54.976 (30,3%)	Mammella 54.976 (14,6%)
2	Polmone 27.554 (14,1%)	Colon-retto 20.282 (11,2%)	Colon-retto 43.702 (11,6%)
3	Colon-retto 23.420 (12%)	Polmone 13.328 (7,3%)	Polmone 40.882 (10,9%)
4	Vescica 20.477 (10,5%)	Tiroide 9.850 (5,4%)	Prostata 36.074 (9,6%)
5	Rene 9.049 (4,6%)	Endometrio 8.335 (4,6%)	Vescica 25.492 (6,8%)

**TABELLA 7. Primi cinque tumori più frequentemente diagnosticati e proporzione sul totale dei tumori (esclusi i carcinomi della cute non melanomi) per sesso. Stime per l'Italia 2020**

Rango	Maschi			Femmine		
	Età			Età		
	0-49	50-69	70+	0-49	50-69	70+
Totale casi incidenti	100% n=15.829	100% n=76.201	100% n=102.724	100% n=29.918	100% n=66.446	100% n=85.493
1°	Testicolo 12%	Prostata 22%	Prostata 20%	Mammella 41%	Mammella 35%	Mammella 22%
2°	Melanomi 10%	Polmone 14%	Polmone 17%	Tiroide 15%	Colon-retto 11%	Colon-retto 16%
3°	LNH 8%	Colon-retto 12%	Colon-retto 14%	Melanomi 8%	Utero corpo 7%	Polmone 8%
4°	Tiroide 8%	Vescica* 9%	Vescica* 11%	Colon-retto 4%	Polmone 7%	Pancreas 6%
5°	Colon-retto 7%	Vie aerodig sup 5%	Stomaco 5%	Utero cervice 4%	Tiroide 5%	Stomaco 5%

**TABELLA 8. Cinque tumori più frequenti (esclusi i carcinomi della cute non melanomi) come percentuale sul totale dei tumori incidenti stimati per il 2020, per sesso e fascia di età**

Pool AIRTUM, 2008-2016. I dati presentati non sono frutto di stime ma sono casi reali forniti dai registri per le annate indicate

\*Sono incluse neoplasie infiltranti e non infiltranti

\*\*VADS (Vie Aero Digestive Superiori), comprendono le seguenti sedi: lingua, bocca, orofaringe, rinofaringe, ipofaringe, faringe NAS, laringe

## Invecchiamento e tumori

**L'invecchiamento è un fattore determinante nello sviluppo del cancro e infatti l'incidenza aumenta in modo evidente con l'età, come rappresentato dalla Figura 5.** 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 soprattutto per quelle sedi tumorali che hanno picchi di incidenza nelle età più avanzate (ad esempio polmone e stomaco). Per i tumori che invece sono frequenti anche in età più giovanile, come la tiroide, l'invecchiamento della popolazione dovrebbe portare a una riduzione dei casi.

In età infantile (0-14 anni) si trova una quota molto limitata del totale dei tumori (meno dello 0,5% dei tumori). Nelle prime decadi della vita, la frequenza dei tumori è infatti molto bassa, pari a qualche decina di casi ogni 100.000 bambini ogni anno; dopo i 35 anni si supera il centinaio di casi, mentre dopo i 60 anni si osserva un netto incremento dell'incidenza, arrivando a superare il migliaio di casi ogni 100.000 persone/anno. È evidente che le modificazioni delle caratteristiche demografiche sono determinanti nell'influenzare il numero di tumori diagnosticati. **In considerazione dell'aumentare dell'aspettativa di vita e dell'allungamento della vita media con incidenza costante, il numero complessivo delle nuove diagnosi tumorali tenderà ad aumentare nel tempo.**

L'invecchiamento della popolazione fa sentire i suoi effetti anche sugli andamenti nel tempo delle neoplasie.

Confrontando infatti i *tassi grezzi* (che valutano il numero di casi di tumore per 100.000 abitanti sulla popolazione) e i *tassi standardizzati* (numero di casi di tumore per 100.000 abitanti su una popolazione standard, cioè nella quale si assuma artificialmente che abbia mantenuto negli anni la stessa struttura per età che aveva, in questo caso, nel 2003, e cioè che non sia invecchiata), si osserva il fenomeno riportato nella Figura 6.

È evidente come, per il solo effetto dell'età, i tassi grezzi si mantengano negli anni più elevati di quelli standardizzati.

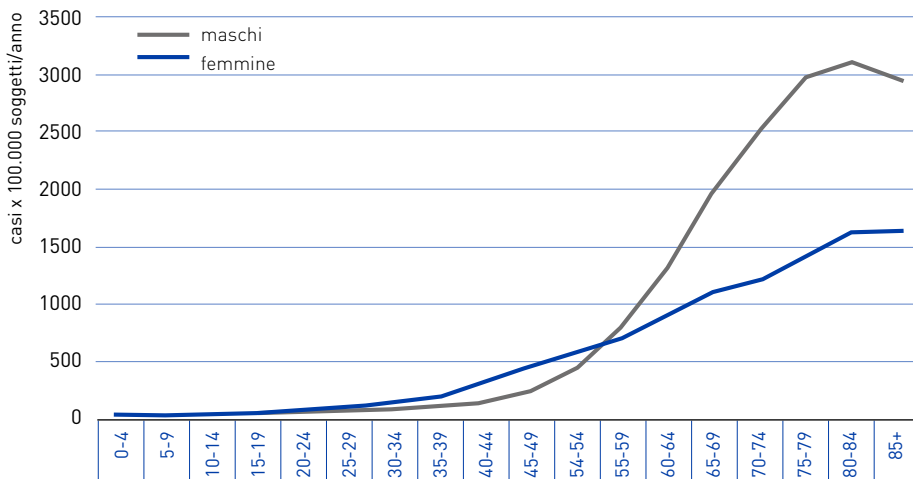
### Scenari futuri

Se negli anni '50 la popolazione italiana era costituita prevalentemente da bambini e pochissimi anziani (struttura a piramide nella Figura 7), nel 2050 la previsione è di una popolazione costituita in gran parte da anziani e pochi bambini. Questo comporta un aumentato rischio di sviluppare un tumore, in una popolazione complessa, affetta da comorbidità.

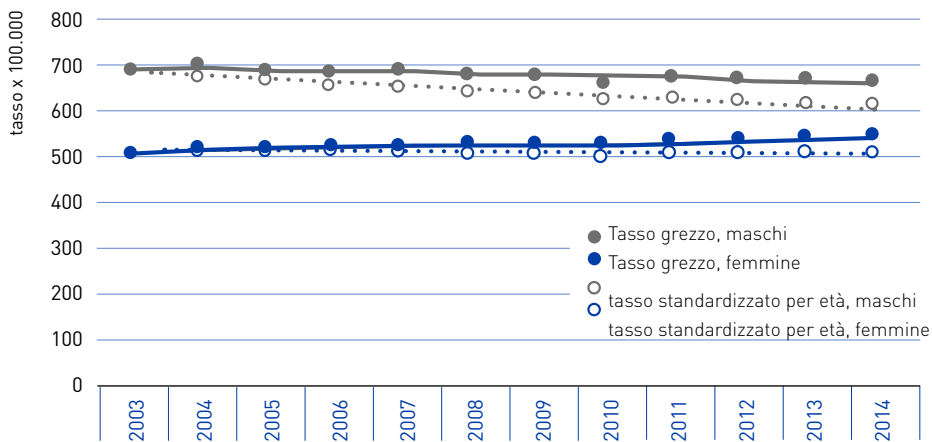
L'invecchiamento della popolazione, legato ad un allungamento della vita media, è ben spiegato nella Tabella 9, in cui sono riportati i dati Istat relativi all'attesa di vita alla nascita per gli uomini e le donne italiane dal 1975 al 2015 con indicato l'incremen-

to medio annuo in termini di mesi da un periodo al periodo precedente. Nei 38 anni analizzati, la speranza di vita si è allungata di circa 10 anni in entrambi i sessi. Questo parametro è ancora più elevato per le donne, anche se il differenziale fra i due sessi si sta riducendo: era, infatti, di 6,4 anni nel 1975, mentre attualmente è di 4,8 anni.

**Attualmente l'aspettativa di anni di vita alla nascita è di 84,6 anni per le bambine e 80,1 per i bambini.**



**FIGURA 5. AIRTUM 2010-2015. Incidenza. Tassi età-specifici (x 100.000) per sesso. Tutti i tumori esclusi carcinomi della cute**



**FIGURA 6. AIRTUM 2003-2014. Trend di incidenza per tutti i tumori (esclusi carcinomi della cute), tassi grezzi e standardizzati (popolazione AIRTUM 2014), maschi e femmine**

Come effetto dell'allungamento della durata della vita, la nostra popolazione si caratterizza per essere sempre più composta da anziani, che sono soggetti a quelle patologie cronic-degenerative, tra cui i tumori, che hanno il loro picco proprio nell'età adulta-avanzata. L'aspetto relativo al peso di soggetti di età avanzata nella popolazione è evidenziato anche dalla Tabella 10, che mostra quale sia la speranza di vita a diverse età: 65, 70, 75 e 80 anni, sia per gli uomini sia per le donne.

Queste speranze sono maggiori rispetto a quelle alla nascita perché sono relative a soggetti selezionati per il fatto di essere già sopravvissuti fino al compimento delle età indicate. Si può osservare come vi sia stato nel tempo un aumento della speranza di vita nel 2015 rispetto a 13 anni prima e come, anche per gli ottantenni, ci sia una prospettiva di vita di molti anni.

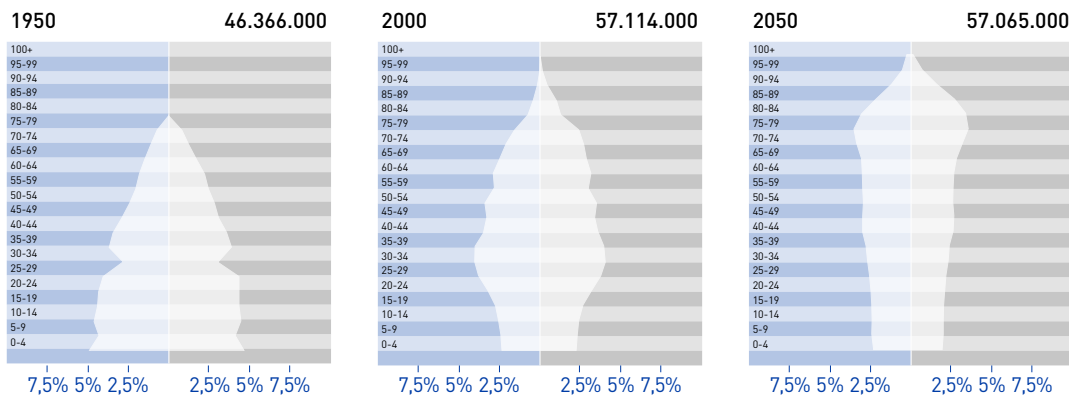


FIGURA 7. Struttura per età della popolazione italiana (<http://populationpyramid.net/it>)

	Maschi		Femmine	
	S* (in anni)	Δ** (in mesi)	S* (in anni)	Δ** (in mesi)
1975	69,4	-	75,8	-
1980	70,5	2,6	77,2	3,4
1985	72,1	3,8	78,6	3,4
1990	73,6	3,6	80,1	3,6
1995	74,8	2,9	81,1	2,4
2000	76,5	4,1	82,3	2,9
2005	78,1	3,8	83,6	3,1
2010	79,3	2,9	84,3	1,7
2015	80,1	2,8	84,6	1,7

TABELLA 9. Speranza di vita alla nascita per sesso e anno di nascita ([www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it))

\* Speranza di vita alla nascita.

\*\* Differenza media annua in mesi rispetto al periodo precedente.

	Maschi		Femmine	
	2002	2015	2002	2015
65 anni	16,9	18,7	20,8	21,9
70 anni	13,3	14,9	16,6	17,6
75 anni	10,2	11,3	12,7	13,6
80 anni	7,5	8,2	9,3	9,9

**TABELLA 10. Speranza di vita a diverse età, per maschi e femmine, nel 2002 e nel 2015**  
([www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it))

## Confronti geografici nazionali

I confronti geografici presentati sono basati sui dati AIRTUM 2008-2016 e evidenziano la persistenza di un gradiente geografico Nord-Sud nella frequenza dei tumori in Italia, con livelli che si riducono dal Nord al Sud. Infatti, nel periodo 2008-2016 **il tasso medio annuale d'incidenza standardizzato (al netto dell'invecchiamento) sulla popolazione europea per tutti i tumori è, sia per gli uomini che per le donne, più basso nel Centro Italia e nel Sud/Isole** (Tabella 11; Figura 8).

I nuovi casi annui di tumore documentati nei Registri Tumori del Centro Italia sono stati 708/100.000 uomini e documentati nei Registri del Sud/Isole 635/100.000 uomini rispetto ai 735/100.000 del Nord Italia (Tabella 11; Figura 8).

Nelle donne, i nuovi casi annui di tumore documentati nei Registri Tumori del Centro Italia sono stati 493/100.000 donne e documentati nei Registri del Sud/Isole 423/100.000 donne rispetto ai 512/100.000 del Nord Italia (Tabella 11; Figura 8).

Emergono alcune differenze per singole sedi neoplastiche. I tumori del fegato sono più frequenti nelle donne del Sud/Isole rispetto al Nord o al Centro Italia. Il dato, già noto nella letteratura scientifica, è stato messo in relazione a locali condizioni genetiche e ambientali (come la prevalenza di infezione da virus dell'epatite B e/o C per il tumore del fegato) peculiari delle zone del Meridione d'Italia.

Negli uomini, l'incidenza del tumore del polmone è risultata sovrapponibile nel Nord (105.2 casi/anno/100.000), Centro (102.9) e Sud (102.9) Italia (in media, 104.3 casi/anno/100.000).

Per quanto riguarda il melanoma, l'incidenza al Nord e al Centro Italia è risultata due volte più frequente che al Sud sia negli uomini che nelle donne, evidenziando la necessità di campagne di prevenzione primaria per questo tumore.

Le osservazioni sopra riportate si riferiscono a diagnosi oncologiche effettuate nel periodo 2008-2016. Le differenze riscontrate sono conseguenza sia di esposizioni ad agenti potenzialmente cancerogeni avvenute nei decenni precedenti sia alla implementazione di programmi di prevenzione secondaria tramite screening organizzati (mammella, cervice, colon-retto) o opportunistici (p.es., tiroide, prostata). Tali osservazioni sono molto importanti per la futura programmazione sanitaria in relazione alle campagne di prevenzione primaria e secondaria sia come feedback per la valutazione degli esiti delle azioni intraprese negli anni precedenti.

Incidenza	Maschi				Femmine			
	Nord	Centro	Sud-Isole	ITALIA	Nord	Centro	Sud-Isole	ITALIA
Vie aerodigestive superiori*	29,0	23,0	23,5	27,0	7,4	5,7	4,9	6,5
Esofago	7,8	4,1	3,4	6,3	2,0	1,4	0,8	1,6
Stomaco	32,6	36,9	24,5	30,7	16,1	19,1	12,9	15,5
Colon-retto	93,0	95,7	85,0	91,0	58,6	62,1	55,1	57,9
Fegato	32,1	21,6	30,9	30,8	10,3	7,4	12,4	10,6
Colecisti vie biliari	7,4	7,0	8,6	7,7	6,5	6,2	8,0	6,9
Pancreas	24,0	19,6	17,2	21,6	18,4	15,8	13,2	16,7
Polmone	105,2	102,9	102,9	104,3	34,7	32,8	21,1	30,6
Osso	1,4	1,6	1,4	1,4	1,1	1,2	0,9	1,0
Melanomi	23,5	26,6	12,4	20,4	19,0	20,8	10,4	16,5
Mesotelioma	5,2	2,8	3,2	4,4	1,6	0,6	0,7	1,3
Kaposi	1,9	1,1	2,8	2,1	0,5	0,3	1,0	0,6
Tessuti molli	4,3	4,3	3,6	4,1	2,7	2,6	2,2	2,5
Mammella	1,9	1,5	1,5	1,7	162,6	145,2	123,6	149,7
Ovaio					15,4	15,7	14,5	15,2
Utero cervice					7,6	8,0	6,9	7,4
Utero corpo					24,4	25,3	22,8	24,1
Prostata	147,3	139,6	108,3	135,7				
Testicolo	7,3	6,7	6,6	7,0				
Rene e vie urinarie**	31,8	31,8	19,1	28,1	13,3	13,3	8,2	11,8
Vescica***	67,4	73,4	70,6	68,9	13,0	13,8	10,8	12,4
S.N.C.	11,4	12,1	10,3	11,2	7,7	8,1	7,2	7,6
Tiroide	9,2	11,0	9,5	9,4	24,9	28,6	27,2	26,0
L. Hodgkin	4,2	4,7	3,9	4,1	3,5	3,6	3,3	3,4
L. non Hodgkin	26,2	23,7	20,2	24,2	18,3	16,0	13,9	16,8
Mieloma	11,1	12,2	10,6	11,1	7,8	8,3	7,3	7,7
Leucemie, tutte	17,2	18,2	17,8	17,5	10,2	10,7	10,9	10,5
<b>Totale</b>	<b>735,5</b>	<b>708,5</b>	<b>635,7</b>	<b>704,4</b>	<b>512,0</b>	<b>493,9</b>	<b>423,0</b>	<b>484,7</b>

**TABELLA 11. Tasso medio annuale di incidenza dei tumori in Italia, per sede/tipo, sesso, e area geografica<sup>§</sup>**

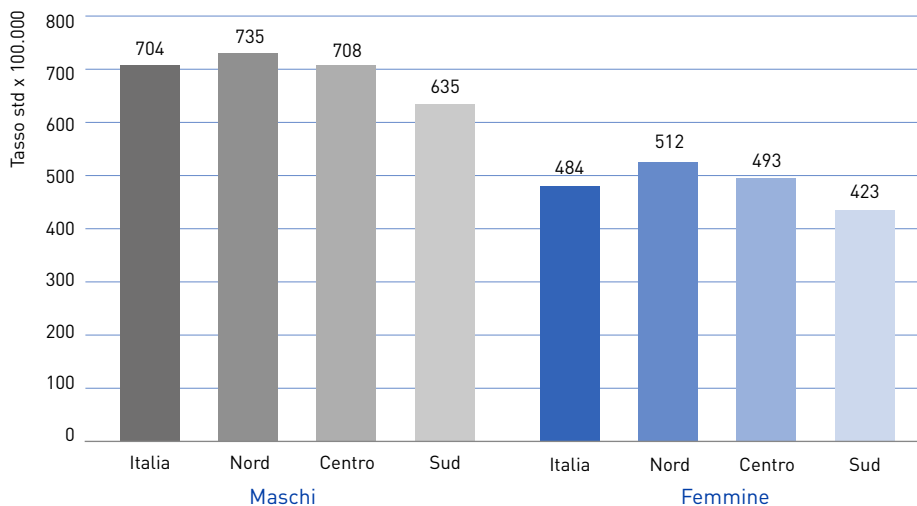
<sup>§</sup>Periodo 2008-2016, standardizzazione sulla popolazione nuova europea per 100.000 abitanti.

\*VADS: Vie Aero Digestive Superiori, comprende lingua, bocca, orofaringe, rinofaringe, ipofaringe, faringe NAS, laringe.

\*\* Comprende rene, pelvi e uretere.

\*\*\* Comprende sia tumori infiltranti che non infiltranti.





**FIGURA 8. AIRTUM 2008-2016. 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].

## Incidenza: trend temporali nel periodo 2008-2016

In questo paragrafo vengono illustrate le variazioni statisticamente significative ( $p < 0,05$ ) degli andamenti nei tassi di incidenza delle principali neoplasie maligne registrate nelle aree coperte da Registri Tumori di popolazione nel periodo 2008-2016 (Tabella 12). Tali variazioni vengono riportate in termini percentuali e in base al sesso e all'età (*fasce di età*).

### Quali tumori sono in aumento?

Un aumento statisticamente significativo dei tassi di incidenza tra il 2008 e il 2016 è stato documentato solo nelle donne (+1,3% medio annuo) e in ambedue i sessi solo nelle persone al di sotto dei 49 anni (in media, +0,7% per anno negli uomini e +1,6% per anno nelle donne in questa classe di età).

I melanomi sono i tumori che hanno registrato il maggior incremento medio annuale, sia negli uomini (+8,8% in totale, +9,1% negli over 70) che nelle donne (+7,1% in totale, +7,6% nelle under 50) e in tutte le fasce di età. Tali incrementi, sebbene rispecchino esposizioni avvenute nei decenni scorsi (in particolare esposizioni volontarie ai raggi UV) e la recente disponibilità di tecniche diagnostiche sempre più accurate, indicano la necessità di implementare interventi tempestivi di prevenzione primaria per invertire tale andamento nei prossimi anni.

Anche gli aumenti dei tassi di incidenza dei tumori del polmone riscontrati in tutte le donne (+3,4%) e nelle ultra 50enni (+2,2% medio annuo nella fascia 50-69 e +2,8% nella fascia 70+) richiedono attenzione ed interventi di prevenzione. L'incremento, più

Sede/Tipo di tumore	Maschi età				Femmine età			
	0-49	50-69	70+	Totale	0-49	50-69	70+	Totale
	%	%	%	%	%	%	%	%
VADS**	-4,8	-2,9	0	-1,0	0	0	3,0	+2,1
Esofago	0	0	0	0	0	0	0	0
Stomaco	-3,5	-4,3	-3,0	-1,9	-4,6	-4,7	-1,5	-1,4
Colon retto	0	-4,1	-2,3	-1,4	0	-3,0	-1,8	-1,2
Fegato	-8,1	-2,6	-2,4	-1,1	0	-2,7	-3,4	-2,0
Colecisti vie biliari	0	0	0	0	0	-5,5	-2,6	-2,8
Pancreas	0	0	2,2	+3,0	0	1,9	2,4	+3,4
Polmone	-3,8	-6,2	-3,3	-1,7	0	2,2	2,8	+3,4
Melanomi	7,3	7,5	9,1	+8,8	7,6	6,0	7,1	+7,1
Mesotelioma	0	-6,1	3,1	0	0	-7,4	0	0
Sarcoma di Kaposi	0	-10,6	-7,4	-6,7	0	0	-7,5	-8,0
Tessuti molli	0	0	2,5	+2,4	0	0	0	0
Mammella					1,6	0,7	0,8	+2,0
Ovaio					0	-1,8	-1,9	0
Utero cervice					0	0	-2,5	0
Utero corpo					2,3	0	0	+1,0
Prostata	3,4	0	-0,4	0				
Testicolo	2,6	0	0	+1,8				
Rene e vie urinarie§	2,5	0	0	+2,9	0	2,0	0	+2,2
Vescica§§	0	-2,2	-1,4	0	0	0	0	+1,7
Sistema nervoso centrale	0	0	0	+1,4	0	0	0	0
Tiroide	0	0	4,4	+4,6	3,5	3,5	0	+3,5
Linfoma di Hodgkin	0	0	0	+1,2	0	0	0	0
Linfoma non Hodgkin	0	0	0	0	0	0	0	+1,7
Mieloma	0	0	-1,4	0	0	0	-1,8	0
Leucemie	0	-4,5	-3,0	-1,9	0	-2,6	-3,4	-2,1
<b>Totale (esclusi tumori cute non melanoma)</b>	<b>0,7</b>	<b>-1,9</b>	<b>-1,4</b>	<b>0</b>	<b>1,6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>+1,3</b>

**TABELLA 12. Variazioni percentuali medie annue (VPMA)\* statisticamente significative dei tassi di incidenza, per sede/tipo di tumore, sesso ed età. AIRTUM 2008-2016**

\*VPMA=0 significa che il trend non è statisticamente significativo

\*\*VADS Vie Aero Digestive Superiori, comprende lingua, bocca, orofaringe, rinofaringe, ipofaringe, faringe NAS e laringe

§ Comprende colon e retto

§§ Comprende parenchima e pelvi e vie urinarie

evidente nelle ultra 70enni, è verosimilmente legato all'aumento dell'abitudine al fumo di tabacco verificatosi nelle donne italiane a partire dalla fine degli anni '80.

I tumori maligni della mammella mostrano un aumento dei tassi di incidenza tra il 2008 e il 2016 in tutte le fasce di età, ma l'incremento è più evidente nella fascia di età sotto i 50 anni (+1,6% medio annuo).

Si è inoltre registrato un aumento dei tassi di incidenza dei tumori del pancreas sia negli uomini (+3,0%) che nelle donne (+3,4%), in particolare nelle fasce di età  $\geq 70$  anni.

Un aumento dei tassi di incidenza è stato riportato anche per i tumori della tiroide (+4,6% negli uomini e +3,5% nelle donne), aumento attribuibile alla diffusione di uno "screening opportunistico" sia nei maschi (+4,4% negli over 70) che nelle femmine (+3,5% nelle fasce di età fino a 69 anni) (Tabella 12).

A seguito di uno screening opportunistico, va registrato l'aumento del 3,4% medio annuo della incidenza dei tumori della prostata negli uomini sotto i 50 anni di età (Tabella 12).

### **Quali tumori sono in calo?**

Tra il 2008 e il 2016, il tasso di incidenza di molti tumori maligni è nettamente diminuito in entrambi i sessi e in tutte le fasce di età (Tabella 12).

È stata registrata una diminuzione per i tumori dello stomaco, in tutte le fasce d'età; del colon-retto (-4,1% e -3,0% medio annuo negli uomini e donne tra i 50 e i 69 anni – la fascia di età oggetto di screening di popolazione) e del fegato (Tabella 12).

Diminuito anche il tasso di incidenza dei tumori del polmone negli uomini di tutte le età, con un picco di diminuzione pari al -6,2% nella fascia 50-69 anni (Tabella 12), conseguenza delle campagne anti-fumo di tabacco per la prevenzione dei tumori (e delle altre malattie causate dal fumo). Tali dati devono stimolare l'implementazione di queste campagne di prevenzione anche nelle donne tra le quali l'incidenza del tumore del polmone è ancora in aumento.

Nelle donne è diminuito il tasso di incidenza dei tumori della colecisti e delle vie biliari (in tutte le fasce d'età) e dell'ovaio (nelle ultra 50enni) (Tabella 12).



# 4 I tumori come causa di morte

Greta Carioli<sup>1</sup>, Paola Bertuccio<sup>1</sup>, Matteo Malvezzi<sup>1</sup>, Claudia Santucci<sup>1</sup>, Eva Negri<sup>1</sup>, Carlo La Vecchia<sup>1</sup>, Fabrizio Nicolis<sup>2</sup>, Stefania Gori<sup>3</sup>, Diego Serraino<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Università degli Studi di Milano, Milano

<sup>2</sup>Direzione Sanitaria, IRCCS Sacro Cuore Don Calabria, Negrar di Valpolicella

<sup>3</sup>UOC Oncologia Medica, IRCCS Sacro Cuore Don Calabria, Negrar di Valpolicella

<sup>4</sup>SOC Epidemiologia e Biostatistica. Centro di Riferimento Oncologico, IRCCS, Aviano

## I decessi per tumore in Italia nel 2017 – Dati ISTAT

I dati osservati di mortalità per tumore vengono resi disponibili con qualche anno di ritardo e oggi abbiamo disponibili i decessi per tumore del 2017 (dati ISTAT), riportati nella Tabella 13 A.

**In Italia, nel 2017, i tumori** (maligni, benigni e di incerto comportamento) **hanno causato la morte di 180.085 persone** (di cui, 179.351 residenti in Italia) equivalenti al 27,7% di tutte le 650.614 morti registrate in quell'anno: 79.962 decessi tra le donne e 100.123 tra gli uomini.

Il tumore del polmone costituiva, con il 18,8%, la più frequente causa di morte oncologica, seguito dai tumori del colon-retto e ano (10,8%), della mammella femminile (7,2%), del pancreas (6,9%) e del fegato (5,1%) (Tabella 13 B).

Negli uomini, la prima causa di morte oncologica era rappresentata dal tumore del polmone (con 23.928 morti, pari al 23,9%) seguito dai tumori del colon retto e ano (10,6%) e prostata (7,7%) (Tabella 13 B).

Nelle donne, il tumore della mammella è stata la prima causa di morte oncologica (16,1% di tutte le morti oncologiche), seguito dal tumore del polmone (12,5%) e dai tumori del colon retto e ano (11,0%) (Tabella 13 B).

## Tassi di mortalità per tumore 2020 e trend temporali

Poiché la previsione degli andamenti futuri dei dati di mortalità oncologica è molto importante in ambito di sanità pubblica per la gestione della malattia neoplastica e per l'allocazione delle risorse sanitarie, dal 2011 vengono prodotte delle proiezioni (stime) attraverso l'uso di modelli matematici. Si tratta di stime prodotte partendo dai dati di mortalità (EUROSTAT e/o ISTAT) che proiettano per l'anno corrente il numero di decessi e dei tassi di mortalità per tumore (il rapporto cioè tra il numero delle morti in una popolazione durante un periodo di tempo e la quantità della popolazione media dello stesso periodo) per l'Unione Europea e per i suoi principali Paesi, fra cui l'Italia<sup>1,2</sup>.

Decessi per tumore maligno	Maschi	Femmine	Totale
Tumori maligni delle labbra, cavità orale e faringe	2.103	1.103	3.206
Tumori maligni dell'esofago	1.409	512	1.921
Tumori maligni dello stomaco	5.518	3.889	9.407
Tumori maligni del colon, del retto e dell'ano	10.604	8.803	19.407
Tumori maligni del fegato e dei dotti biliari intraepatici	6.156	3.107	9.263
Tumori maligni del pancreas	5.998	6.388	12.386
Tumori maligni della laringe	1.428	186	1.614
Tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni	23.928	9.976	33.904
Melanomi maligni della cute	1.193	872	2.065
Tumori maligni del seno	154	12.841	12.995
Tumori maligni della cervice uterina		494	494
Tumori maligni di altre parti dell'utero		2.695	2.695
Tumori maligni dell'ovaio		3.336	3.336
Tumori maligni della prostata	7.696		7.696
Tumori maligni del rene	2.462	1.244	3.706
Tumori maligni della vescica	4.863	1.390	6.253
Tumori maligni del cervello e del sistema nervoso centrale	2.368	1.828	4.196
Tumori maligni della tiroide	197	302	499
Morbo di Hodgkin e linfomi	2.920	2.398	5.318
Leucemia	3.466	2.785	6.251
Tumori maligni del tessuto linfatico/ematopoietico	1.821	1.761	3.582
Altri tumori maligni	10.641	9.719	20.360
<b>Totale decessi per tumore maligno</b>	<b>94.925</b>	<b>75.629</b>	<b>170.554</b>
<b>Totale decessi per tumore benigno (e di comportamento incerto)</b>	<b>5.198</b>	<b>4.333</b>	<b>9.531</b>
<b>Totale decessi per tumori (maligni e benigni)</b>	<b>100.123</b>	<b>79.962</b>	<b>180.085</b>

**TABELLA 13 A. Decessi per tumore e sesso in Italia durante l'anno 2017 – Dati ISTAT**

[http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS\\_CMORTE1\\_EV#](http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_CMORTE1_EV#)

	Maschi	Femmine	Tutta la popolazione
1	Polmone (23,9%)	Mammella (16,1%)	Polmone (18,8%)
2	Colon-retto e ano (10,6%)	Polmone (12,5%)	Colon-retto e ano (10,8%)
3	Prostata (7,7%)	Colon-retto e ano (11,0%)	Mammella (7,2%)
4	Pancreas (6,0%)	Pancreas (7,9%)	Pancreas (6,9%)
5	Stomaco (5,5%)	Stomaco (4,9%)	Fegato (5,1%)

**TABELLA 13 B. Prime cinque cause di morte per tumore e proporzione sul totale dei decessi oncologici per sesso. Dati ISTAT 2017**

Nella Tabella 14 sono riportate le stime del numero di morti e i tassi di mortalità per tumore per il 2020, partendo dai dati di mortalità rilasciati dall'ISTAT per l'anno 2015.

Nel 2020, si stima che in Italia i tumori saranno la causa di morte per 183.200 persone (101.900 uomini e 81.300 donne), un numero assoluto di poco aumentato rispetto a quello documentato per il 2017 dall'ISTAT (=180.085) e legato all'invecchiamento della popolazione.

Infatti, rispetto al quinquennio precedente, le proiezioni nei due sessi indicano andamenti dei tassi di mortalità standardizzati (al netto quindi dell'invecchiamento) in diminuzione in entrambi i sessi: -6% nella popolazione maschile e -4% in quella femminile (tassi di mortalità proiettati per il 2020: 323/100.000 negli uomini, 190/100.000 nelle donne) (Tabella 14).

Si stima che negli uomini il tasso di mortalità per il tumore del polmone (che rappresenta oltre il 20% dei decessi per tumore nel sesso maschile) sia di 74/100.000, con una diminuzione rispetto al 2015 dell'11,2%. Sempre negli uomini, il tasso di mortalità previsto per il tumore dello stomaco è 16,8/100.000 (-11,0% rispetto al 2015), per i tumori del colon-retto è pari a 35,6/100.000 (diminuzione dell'11,0% rispetto al 2015), mentre il tumore del pancreas ha tassi pressoché stabili rispetto al 2015 (2015: 18,9/100.000; 2020: 19,1/100.000). Nel 2020 sono previste stime decrescenti dei tassi di mortalità per le neoplasie prostatiche (-15,6%), vescicali (-9,8%) e leucemie.

Nelle donne gli andamenti dei tassi di mortalità per tumori previsti per il 2020 mostrano un andamento decrescente, con l'eccezione delle neoplasie polmonari il cui tasso di mortalità 2020 stimato risulta essere, rispetto al 2015, superiore del 5,2%. Rispetto al 2015, il tasso di mortalità 2020 per i tumori mammari diminuisce di oltre il 6%, per i tumori dello stomaco di circa il 20% (tasso di mortalità previsto per il 2020: 7,6/100.000) e per i tumori del colon-retto del 22,8 (-8,4%, rispetto al 2015).

Come negli uomini, anche nelle donne l'andamento dei tassi di mortalità per i tumori pancreatici è stabile tra 2015 e 2020 (Tabella 14). Ridotti i tassi previsti di mortalità 2020 per carcinoma dell'utero (cervice +corpo) (-3,3%) e dell'ovaio (-11,9%).

Rispetto all'Unione Europea nel suo complesso, gli andamenti di mortalità previsti in Italia per il 2020 sono più favorevoli (Figura 9). Questo non vale negli uomini per il tumore del pancreas e nelle donne per il tumore della vescica e per le leucemie.

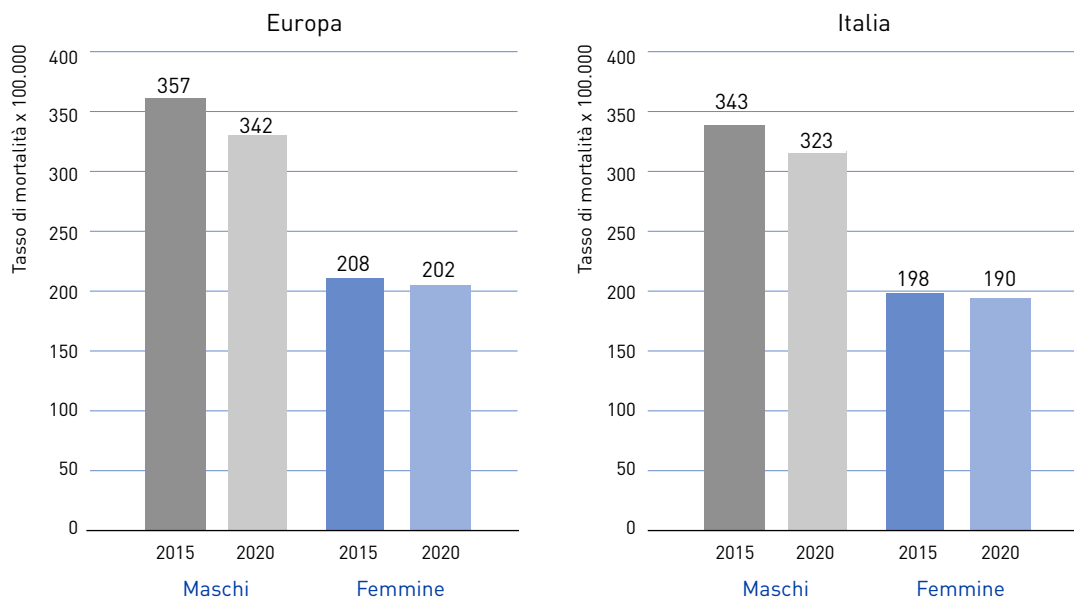
Italia		Numero di morti osservato nel 2015
Uomini	Cavo orale, faringe	1.899
	Esofago	1.359
	Stomaco	5.491
	Colon-retto	11.599
	Fegato (tumore primario)	4.270
	Pancreas	5.555
	Laringe	1.319
	Polmone	24.405
	Prostata	7.214
	Rene	2.968
	Vescica	4.440
	Cervello e snc	2.528
	Tiroide	219
	Leucemie	3.406
	<b>Tutti i tumori (maligni e benigni)</b>	<b>99.588</b>
	Donne	Cavo orale, faringe
Esofago		485
Stomaco		3.933
Colon-retto		10.450
Fegato (tumore primario)		2.043
Pancreas		5.945
Laringe		161
Polmone		9.570
Mammella		12.312
Utero (cervice e corpo)		2.969
Ovaio		3.269
Rene		1.470
Vescica		1.214
Cervello e snc		2.195
Tiroide		331
Leucemie		2.629
<b>Tutti i tumori (maligni e benigni)</b>	<b>79.498</b>	

**TABELLA 14.** Numero di decessi e tassi di mortalità (per 100.000 abitanti) per tumore osservati nel 2015 in Italia, numero di decessi e tassi di mortalità predetti per il 2020, intervalli di previsione (IP) al 95% e differenze percentuali fra i tassi del 2020 e del 2015

\*Tasso di mortalità standardizzato per età [popolazione di riferimento: popolazione Europea 2013].



Numero di morti predetto al 2020 (IP al 95%)	Tasso* osservato nel 2015	Tasso* predetto al 2020 (IP al 95%)	Differenza % 2020 versus 2015
1.900 (1.718-1.994)	6,43	5,86 (5,43-6,3)	-8,8
1.400 (1.260-1.466)	4,59	4,28 (3,96-4,6)	-6,7
5.300 (5.088-5.544)	18,84	16,76 (16,06-17,47)	-11,0
11.300 (10.823-11.801)	40,01	35,59 (34,04-37,15)	-11,0
5.400 (5.079-5.631)	14,43	16,79 (15,93-17,65)	16,3
6.100 (5.886-6.221)	18,91	19,06 (18,53-19,59)	0,8
1.000 (910-1.153)	4,52	3,27 (2,89-3,65)	-27,6
23.400 (22.705-24.066)	83,25	73,96 (71,77-76,15)	-11,2
6.800 (6.627-7.018)	25,76	21,74 (21,12-22,36)	-15,6
3.300 (3.160-3.458)	10,17	10,43 (9,96-10,91)	2,6
4.400 (4.205-4.602)	15,67	14,14 (13,5-14,78)	-9,8
2.700 (2.562-2.846)	8,52	8,49 (8,05-8,93)	-0,4
200 (199-263)	0,75	0,73 (0,62-0,83)	-3
3.600 (3.451-3.750)	11,84	11,38 (10,92-11,85)	-3,9
<b>101.900 (100.256-103.516)</b>	<b>343,03</b>	<b>322,54 (317,5-327,59)</b>	<b>-6,0</b>
1.000 (966-1.097)	2,48	2,41 (2,25-2,57)	-3
500 (422-519)	1,21	1,06 (0,93-1,19)	-12,4
3.400 (3.203-3.680)	9,47	7,56 (6,96-8,17)	-20,1
10.300 (9.733-10.788)	24,88	22,79 (21,8-23,77)	-8,4
2.400 (2.203-2.569)	5,08	5,5 (5,02-5,98)	8,3
6.300 (6.096-6.501)	14,77	14,72 (14,25-15,18)	-0,4
200 (140-190)	0,42	0,4 (0,33-0,46)	-5,9
10.600 (10.255-10.941)	24,98	26,27 (25,45-27,09)	5,2
12.300 (11.928-12.635)	31,48	29,46 (28,52-30,4)	-6,4
3.100 (2.917-3.188)	7,79	7,54 (7,22-7,86)	-3,3
3.000 (2.775-3.307)	8,65	7,62 (6,9-8,33)	-11,9
1.600 (1.501-1.735)	3,61	3,75 (3,46-4,04)	3,9
1.300 (1.185-1.346)	2,77	2,7 (2,52-2,88)	-2,6
2.400 (2.250-2.484)	5,97	6,01 (5,71-6,32)	0,7
300 (251-362)	0,81	0,69 (0,55-0,82)	-15,3
2800 (2696-2951)	6,45	6,43 (6,11-6,75)	-0,3
<b>81.300 (79.949-82.645)</b>	<b>197,92</b>	<b>189,55 (186-193,09)</b>	<b>-4,2</b>



**FIGURA 9. Tassi di mortalità (per 100.000 abitanti) per tumore osservati in Europa e in Italia nel 2015 e proiezioni nel 2020 per sesso**

## BIBLIOGRAFIA

1. Carioli G, Bertuccio P, Boffetta P, Levi F, La Vecchia C, Negri E, et al. European cancer mortality predictions for the year 2020 with a focus on prostate cancer. *Ann Oncol.* 2020;31(5):650-8.
2. Malvezzi M, Arfe A, Bertuccio P, Levi F, La Vecchia C, Negri E. European cancer mortality predictions for the year 2011. *Ann Oncol.* 2011;22(4):947-56.
3. World Health Organization Statistical Information System. WHO mortality database Available at: [http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality\\_rawdata/en/index.html](http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality_rawdata/en/index.html).
4. World Health Organization. International Classification of Disease and related Health Problems: 10th Revision. Geneva: World Health Organization; 1992.
5. Esteve J, Benhamou E, Raymond L. Techniques for the analysis of cancer risk. In: Statistical methods in cancer research. Volume IV. Descriptive epidemiology. IARC Sci Publ. 1994(128):49-60.
6. European Population 2013. Available at <https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-manuals-and-guidelines/-/KS-RA-13-028>
7. Kim HJ, Fay MP, Feuer EJ, Midthune DN. Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates. [Erratum in: *Stat Med* 2001;20: 655]. *Stat Med.* 2000;19(3):335-51.
8. European Commission. Eurostat population database <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/data/database>.

# 5 La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi di tumore

Stefano Ferretti<sup>1</sup>, Luigino Dal Maso<sup>2</sup>, Stefano Guzzinati<sup>3</sup>, Fabrizio Nicolis<sup>4</sup>,  
Claudia Santangelo<sup>5</sup>, Stefania Gori<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Università di Ferrara- Registro Tumori della provincia di Ferrara

<sup>2</sup>Unità di Epidemiologia Oncologica del Centro di Riferimento Oncologico di Aviano, IRCCS

<sup>3</sup>Registro Tumori del Veneto

<sup>4</sup>Direzione Sanitaria, IRCCS Sacro Cuore Don Calabria, Negrar di Valpolicella

<sup>5</sup>Vivere senza stomaco, si può! Onlus- Presidente

<sup>6</sup>UOC Oncologia Medica, IRCCS Sacro Cuore Don Calabria, Negrar di Valpolicella

**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 e ricavarne elementi utili per lo sviluppo di nuove strategie.**

La sopravvivenza 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 vari fattori che vanno presi in considerazione per poter trarre interpretazioni corrette<sup>1</sup>.

Per quanto riguarda il primo aspetto – la fase in cui viene diagnosticata la malattia – va considerato che la diagnosi di nuovi tumori che insorgono in una popolazione (incidenza) non è influenzata solo dal rischio biologico “spontaneo” ma anche, e talora in maniera preponderante, dall'intensità con cui vengono ricercate le lesioni neoplastiche e che da questa “intensità di ricerca” possono derivare benefici (diagnosi precoci di lesioni che possono avvalersi di terapie efficaci) o effetti indesiderati (sovradiagnosi di tumori indolenti in corso di campagne di screening spontaneo)<sup>2</sup>. La diffusione dei programmi di screening oncologico (prevenzione secondaria) 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 l'efficacia delle terapie intraprese, vanno tenuti presenti anche la disponibilità e l'accesso alle terapie più efficaci nel territorio nazionale. A questo proposito va ricordato come le Regioni stiano 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.

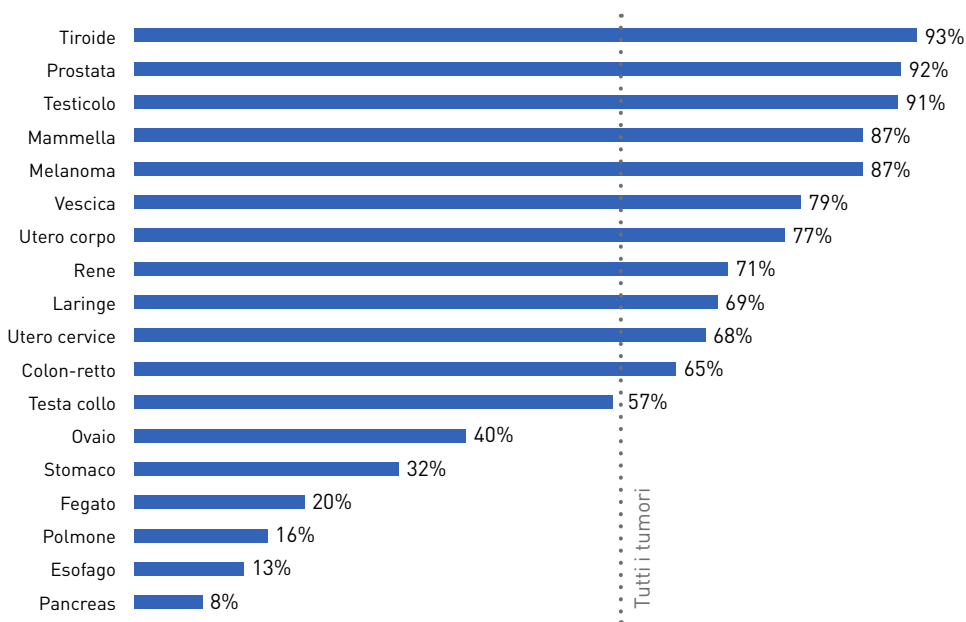
Il metodo utilizzato per valutare la sopravvivenza oncologica è la cosiddetta **sopravvivenza netta**, cioè la sopravvivenza non attribuibile ad altre cause diverse dal cancro: in tal modo si ipotizza (in maniera fittizia) che il tumore sia l'unica causa di morte, pur sapendo che le persone affette da cancro possono morire per motivi diversi dal tumore (le cosiddette cause 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 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 dati di sopravvivenza netta a 5 anni rispecchiano la realtà fotografata dal pool dei Registri AIRTUM 2005-2009<sup>3</sup>.

I valori di sopravvivenza osservati per tutti i tumori nel complesso dei 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 10).

**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**



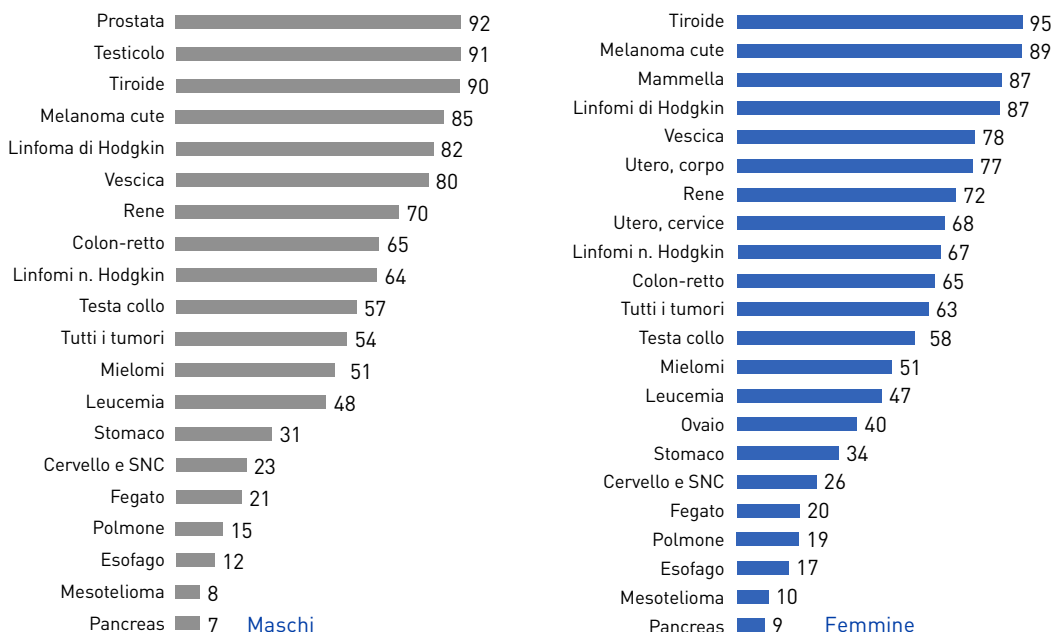
**FIGURA10.** Sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi (standardizzata per età) per il periodo di incidenza 2005-2009 (pool AIRTUM), maschi e femmine

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, che nelle donne, dove si è passati dal 55% al 63%. Su questi risultati positivi complessivi hanno influito i miglioramenti di sopravvivenza verificatisi 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.

Dai dati presentati nelle Figure 10 e 11 possono essere tratte alcune considerazioni.

- Il gruppo di neoplasie a più alta sopravvivenza è rappresentato dai tumori del testicolo e dal linfoma di Hodgkin, patologie che possono fruire ormai da tempo di diagnosi tempestive e terapie efficaci. Per altre patologie vanno chiamate in causa strategie diagnostiche sempre più sensibili, dai programmi di screening organizzati di dimostrata appropriatezza (per il carcinoma mammella)<sup>4</sup> a quelli di screening spontanei che scontano ancora problemi di costo/beneficio (carcinoma della prostata<sup>5</sup>, melanoma<sup>6</sup>) o di efficacia non dimostrata, con alto tasso di sovradiagnosi (carcinoma della tiroide<sup>7</sup>).
- Tra i tumori oggetto di screening di popolazione si segnala il progressivo miglioramento della sopravvivenza dei tumori del colon-retto (dal 52% di sopravvivenza relativa a 5 anni negli anni '90 all'attuale 65%<sup>8</sup>), legato anche alla diminuzione dell'incidenza conseguente alla diagnosi e trattamento delle lesioni pre-maligne. Andamento analogo presentano i carcinomi della cervice uterina, in cui nelle realtà a copertura ottimale della popolazione da parte dello screening le forme invasive rappresentano ormai stabilmente una quota residuale di quanto sfugge all'intercettazione delle lesioni a rischio.
- I tumori uroteliali (pelvi renale, uretere, vescica e uretra) registrano livelli di sopravvivenza medio-alti e in progressivo miglioramento nel tempo, non scevri però da inquinamento da parte delle forme non invasive e nell'impossibilità di offrire dati di più spiccata valenza clinica (stadio I vs II+) a causa della ancora troppo onerosa disponibilità dei dati sulla stadiazione istopatologica dei casi.
- Permangono un gruppo di patologie ad alta letalità (sistema nervoso centrale, fegato, polmone, esofago, mesotelioma, pancreas) con sopravvivenze a 5 anni che non vanno oltre il 26% (SNC femmine), ma restano ai minimi livelli per mesotelioma e pancreas (nei maschi rispettivamente 8 e 7%, nelle femmine 10 e 9%). Si tratta di neoplasie già in stadio avanzato al momento della diagnosi, la cui curva di sopravvivenza scende drammaticamente nel primo anno dopo la diagnosi, che non hanno conosciuto significativi miglioramenti negli ultimi tre decenni e la cui cattiva prognosi è sostanzialmente uniforme a livello internazionale<sup>9,10</sup>. Solo un più forte controllo dell'incidenza (attraverso l'abbattimento dei fattori di rischio) e una terapia collegata a una caratterizzazione biologica (su questo aspetto si inizia a registrare un miglioramento prognostico in alcune forme di carcinoma polmonare<sup>11</sup>) potranno concorrere a determinare una riduzione del peso epidemiologico di queste patologie.



**FIGURA 11. Sopravvivenza\* a 5 anni dalla diagnosi per sesso delle incidenze 2005-2009**

\*Sopravvivenza stimata tenendo conto della attesa di vita e della mortalità competitiva

## BIBLIOGRAFIA

1. Welch GH, Krame BS, Black WC. Epidemiologic signature in cancer. *N Engl J Med* 2019; 381: 1378-86
2. Mariotto AB, Noone AM, Howlader N, Cho Hm Keel GE, Garshell J, Woloshin S, Schwartz LM. Cancer survival: an overview of measures, use and interpretation. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2014; 49: 145-86.
3. AIRTUM Working Group. I tumori in Italia Rapporto 2016. Sopravvivenza. *Epidemiol Prev* 2018; 41(2):Suppl. 1.
4. Paci E, Broeders M, Hofvind S, Puliti D, Duffy SW, EUROSCREEN WG. European breast cancer service screening outcomes: a first balance sheet of the benefits and harms. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2014; 23: 1159-1163.
5. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TL, Zappa M, Nelen V, Kwiatkowski M, Lujan M, Määttänen L, Lilja H, Denis LJ, Recker F, Paez A, Bangma CH, Carlsson S, Puliti D, Villers A, Rebillard X, Hakama M, Stenman UH, Kujala P, Taari K, Aus G, Huber A, van der Keest TH, van Schaik RHN, de Koning HJ, Moss SM, Auvinen A, ERSPC Investigators. Screening and prostate cancer mortality: results of the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) at 13 years of follow-up. *Lancet* 2014; 384:2027-35.
6. Brunssen MA, Waldmann A, Eisemann N, Katalinck A. Impact of skin cancer screening and secondary prevention campaigns on skin cancer incidence and mortality: a systematic review. *J Am Acad Dermatol* 2017; 76: 129-139.e10.
7. Vaccarella S, Franceschi S, Bray F, Wild CP, Plummer M, Dal Maso L. Worldwide Thyroid-Cancer Epidemic? The Increasing Impact of Overdiagnosis. *N Engl J Med* 2016; 375:614-7.
8. Rosso S, Casella C, Crocetti E, Ferretti S, Guzzinati S. Sopravvivenza dei casi di tumore in Italia negli anni '90: i dati dei registri tumori. *Epidemiol Prev* 2001; 25(suppl. 3).
9. De Angelis R, Sant M, Coleman MP, Francisci S, Baili P, Pierannunzio D, Trama A, Visser O, Brenner H, Ardanaz E, Bielska-Lesota M, Engholm G, Nennecke A, Siesling S, Berrino F, Capocaccia R, EURO CARE WG. Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: result of EURO CARE-5: a population based study. *Lancet Oncol*.
10. GRELL EURO CARE 5 WG. Trends in cancer net survival in six European Latin Countries: the SUDCAN Study. *Eur J Cancer Prev* 2017, 26, s1-s481.
11. Starmans MH, Pintilie M, Chan-Seng-Yue M, Moon NC, Haider S, Nguyen F, Lau SK, Liu N, Kasprzyk A, Wouters BG, Der SD, Shepherd FA, Jurisica I, Penn LZ, Tsao MS, Lambin P, Boutros PC. Integrating RAS status into prognostic signatures for adenocarcinomas of the lung. *Clin Cancer Res* 2015; 21: 1477-86.

# 6 I prevalenti e i guariti

Luigino Dal Maso<sup>1</sup>, Stefano Guzzinati<sup>2</sup>, Jennifer Foglietta<sup>3</sup>, Fabrizio Nicolis<sup>4</sup>, Stefania Gori<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Unità di Epidemiologia Oncologica del Centro di Riferimento Oncologico di Aviano, IRCCS

<sup>2</sup>Dirigente statistico del Registro Tumori del Veneto

<sup>3</sup>SC Oncologia Medica e Traslazionale. Ospedale Santa Maria, Terni

<sup>4</sup>Direzione Sanitaria, IRCCS Sacro Cuore Don Calabria, Negrar di Valpolicella

<sup>5</sup>UOC Oncologia Medica, IRCCS Sacro Cuore Don Calabria, Negrar di Valpolicella

## Cosa si intende per prevalenza?

In oncologia, il termine “prevalenza” indica il numero di persone che vivono dopo una diagnosi di tumore (= prevalenti). Questo numero, calcolato in un periodo e in una popolazione definita, dipende dalla frequenza (incidenza) e dalla prognosi (sopravvivenza) della malattia oncologica e da vari fattori. L’incidenza della maggior parte dei tumori aumenta con l’età e quindi l’invecchiamento della popolazione determina un aumento del numero assoluto di persone che si ammalano di cancro (incidenza). Inoltre, il numero di persone che vivono dopo una diagnosi tumorale aumenta quanto più a lungo vivono le persone dopo la malattia, cioè quanto maggiore è la sopravvivenza di queste persone.

Le stime di prevalenza dei tumori presentate utilizzano i dati dei Registri Tumori italiani e le proiezioni da essi elaborate aggiornate al 01.01.2020.<sup>1,2</sup> Tali stime sono presentate per i più frequenti tipi di tumore, oltre che per sesso e per anni trascorsi dalla diagnosi.

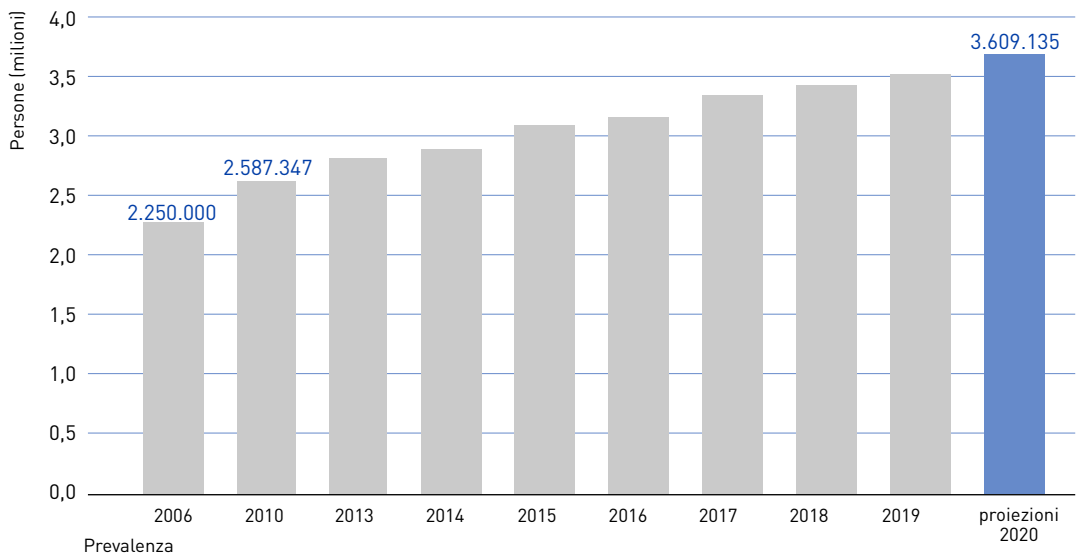
## Quanti sono gli italiani vivi dopo una diagnosi di tumore?

Nel 2020, si stima che gli italiani che vivono dopo una diagnosi di tumore siano 3.609.135, pari al 5,7% dell’intera popolazione italiana (un italiano su 17) e con un aumento del 37% rispetto a 10 anni prima<sup>1</sup> (Figura 12).

I dati AIRTUM indicano un costante aumento del numero degli italiani vivi dopo una diagnosi di tumore, pari al 3% l’anno<sup>1</sup>. Il numero dei prevalenti, pari a 2.587.347 nel 2010 (Rapporto Airtum 2014 “Prevalenza e guarigioni di tumore in Italia”), è arrivato a oltre 3.609.135 nel 2020 (Figura 12).

Di queste persone, 1.922.086 (53%) sono donne, pari al 6,0% della intera popolazione femminile italiana e 1.687.049 (47%) sono maschi, pari al 5,6% della popolazione maschile italiana.

Poiché la prevalenza dipende dall’incidenza e dalla sopravvivenza di una data neoplasia, nel sesso maschile risultano al primo posto tra i prevalenti gli uomini con una diagnosi di tumore della prostata (563.960 casi), seguita da quelli vivi con diagnosi di



**FIGURA 12. Andamento del numero di prevalenti negli anni in Italia**

tumore del colon-retto (280.277) e della vescica (255.015). Questi tre tipi di tumore rappresentano, nel complesso, circa il 65% di tutti i casi prevalenti (Figura 13).

Nel sesso femminile, al primo posto tra i prevalenti sono le donne che hanno avuto una diagnosi di tumore mammario (834.154 casi prevalenti), il 43% di tutte le donne vive dopo una diagnosi di tumore. Seguono le donne che hanno avuto una diagnosi di tumore del colon-retto (233.245), della tiroide (166.914) e del corpo dell'utero (122.553 casi).

## Prevalenza in base al tempo trascorso dalla diagnosi di tumore

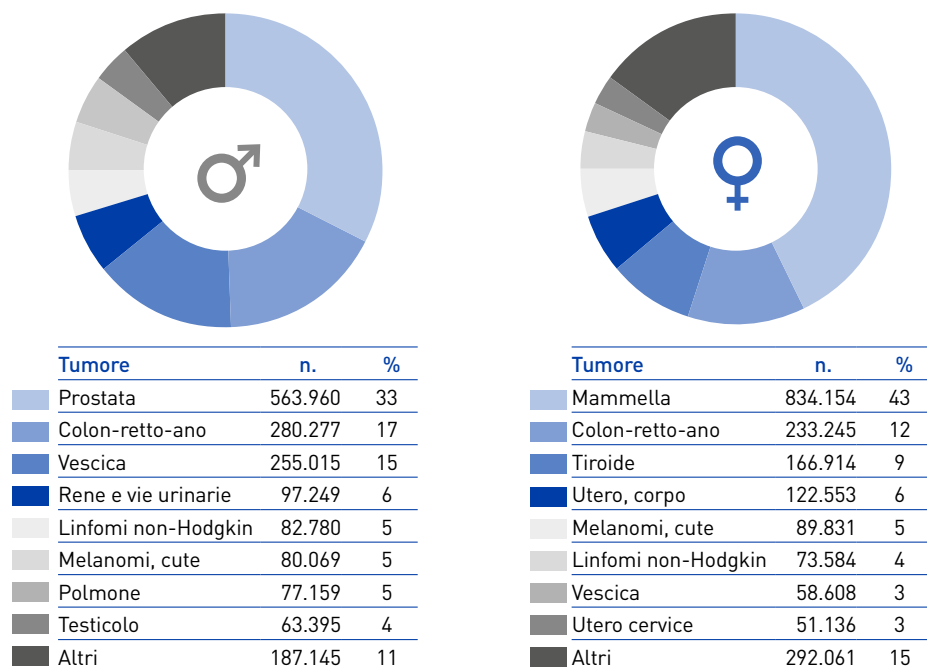
Si stima che le persone che vivono in Italia dopo diagnosi di tumore da più di 5 anni nel 2020 siano quasi 2,4 milioni, pari ai 2/3 del totale dei pazienti prevalenti e al 3,8% di tutta la popolazione italiana (Figura 14).

I pazienti la cui diagnosi risale, invece, a oltre 10 anni sono 1.411.879, pari al 39% del totale (Figura 14).

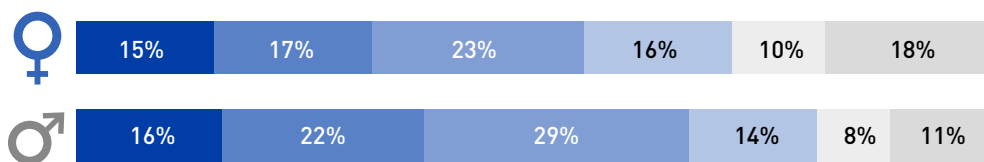
In particolare, il 70% delle donne prevalenti dopo un tumore della mammella ha avuto una diagnosi da oltre 5 anni; il 47% da più di 10 anni (Figura 15).

Percentuali inferiori di persone vive da oltre 10 anni dalla diagnosi si osservano per i tumori del colon retto (35%), quando la ripresa di malattia è però molto rara e i pazienti possono ritenersi guariti. Oltre la metà dei prevalenti con tumore del polmone ha avuto invece una diagnosi da meno di 5 anni (Figura 15).



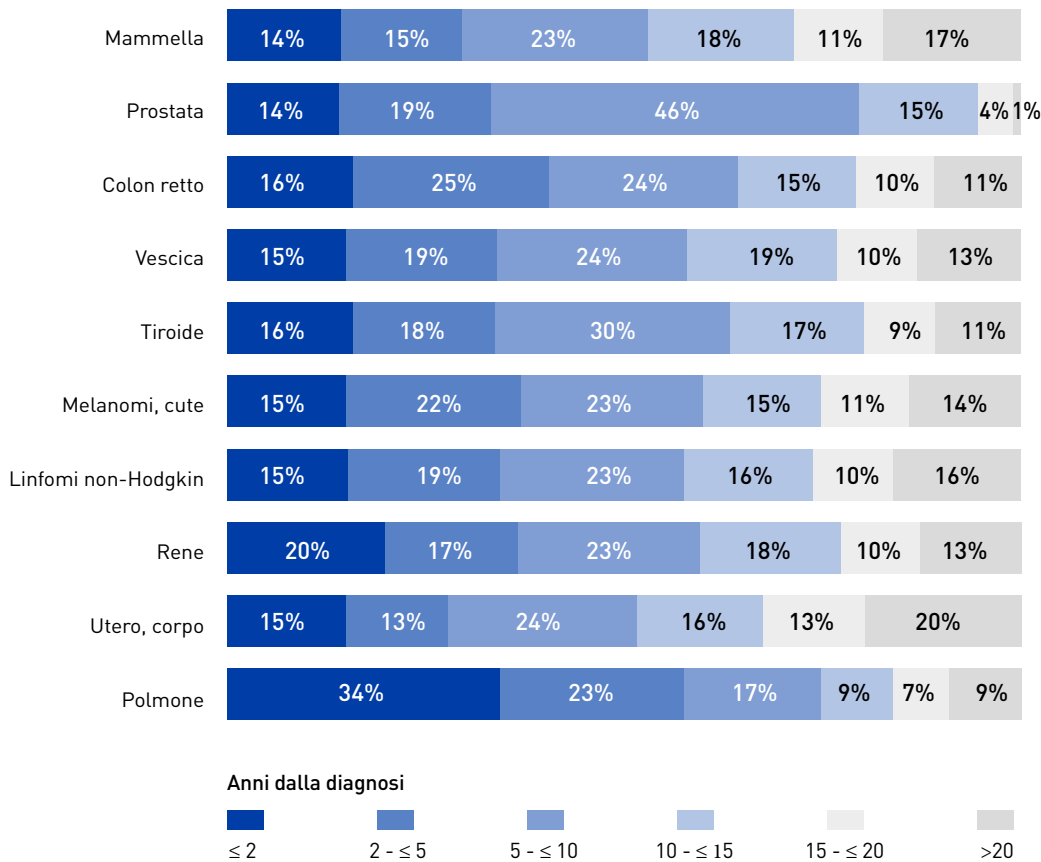


**FIGURA 13.** Proporzioni di persone che vivono dopo una diagnosi di tumore in Italia nel 2020, per i tipi di tumore più frequenti e sesso



Anni dalla diagnosi	Maschi	Femmine
≤ 2	267.107	286.470
2 - ≤ 5	364.582	332.759
5 - ≤ 10	497.186	449.153
10 - ≤ 15	242.308	310.314
15 - ≤ 20	138.115	201.786
>20	177.751	341.605
	1.687.049	1.922.086

**FIGURA 14.** Numero e proporzione di persone che vivono dopo una diagnosi di tumore in Italia nel 2020, per tempo dalla diagnosi e sesso



**FIGURA 15. Numero e proporzione di persone che vivono dopo una diagnosi di tumore in Italia nel 2020, in base al tempo trascorso dalla diagnosi per i principali tipi di tumore<sup>a</sup>**

<sup>a</sup> Tumori che interessavano (prevalenza) oltre 100.000 persone, ordinati per frequenza di prevalenza

## I guariti

Per la popolazione italiana sono stati stimati numerosi indicatori di guarigione dopo diagnosi di tumore<sup>2-4</sup> attraverso modelli statistici che hanno consentito di misurare:

- A. la proporzione di pazienti che guariranno: **frazione di guarigione**;
  - B. **il tempo per la guarigione**<sup>2</sup>
- A. La proporzione di pazienti che guariranno (frazione di guarigione), rappresenta coloro che raggiungeranno lo stesso tasso di mortalità della corrispondente popolazione generale non affetta da tumore, e che potranno essere considerati **guariti**. È

stato stimato che oltre la metà delle donne cui è stato diagnosticato un tumore sono guarite o destinate a guarire (frazione di guarigione del 52%). Tra gli uomini, tale percentuale è più bassa (39%) a causa della maggior frequenza di tumori a prognosi più severa. La frazione di guarigione supera il 75% negli uomini per il tumore della prostata e, in entrambi i sessi, per i tumori della tiroide e i melanomi (Tabella 15). Modelli statistici possono permettere di misurare la proporzione di persone guarite, pari al 27% dei prevalenti (circa un milione)<sup>1</sup>.

- B. Per quanto riguarda il tempo per la guarigione, ossia il tempo necessario dopo la diagnosi affinché l'eccesso di mortalità dovuto al tumore diventi trascurabile e una persona affetta da tumore raggiunga la stessa attesa di vita della popolazione generale, va sottolineato come tale tempo sia inferiore a 10 anni tra i pazienti cui è stato diagnosticato un tumore del colon o un melanoma.

Per alcune tipologie di tumori, tra le quali il tumore della mammella è il più frequente, un eccesso di rischio che la malattia si ripresenti si mantiene molto a lungo (oltre 20 anni), rispetto alla popolazione generale. Va tuttavia notato che solo un terzo delle donne con una diagnosi di tumore della mammella morirà a causa di tale tumore (Tabella 15). Anche per i pazienti con tumori della vescica o del rene, linfomi non-Hodgkin (in particolare i linfomi a grandi cellule B o follicolari), mielomi e leucemie, in particolare per le varianti croniche, un eccesso di rischio permane per oltre 15 anni<sup>2</sup>.

Tipo di tumore	Frazione di guarigione		Tempo per la guarigione (anni)	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Tutti i tumori	39%	52%	-	-
Colon	54%	57%	9	8
Retto	48%	54%	11	10
Polmone	8%	13%	13	13
Melanoma cutaneo	75%	83%	8	10
Mammella	-	67%	-	>20
Corpo dell'utero	-	70%	-	11
Prostata	75%	-	17	-
Rene	44%	51%	>20	>20
Vescica	59%	69%	16	16
Tiroide	83%	95%	4	1
Linfomi non-Hodgkin	36%	37%	>20	>20

**TABELLA 15. Frazione di guarigione<sup>a</sup> e tempo per la guarigione<sup>b</sup> in Italia per i principali tipi di tumore<sup>c</sup>**

a Stimata per i pazienti diagnosticati in Italia nel 2000, come media di tutte le età, pesata per il numero di casi in ciascuna di esse DalMaso2019.

b Stimato nella classe di età più frequente (65-74, tranne che per i tumori della tiroide, 15-44) per i tumori con frazione di guarigione >20% in almeno uno dei 2 sessi.

c Tumori che interessavano (prevalenza) oltre 100.000 persone, ordinati per frequenza di prevalenza.

## Sintesi

---

I dati AIRTUM indicano un costante aumento del numero degli italiani che vivono dopo una diagnosi di tumore: circa il 3% l'anno<sup>1</sup>.

Il numero di prevalenti, che era di 2 milioni e 244 mila nel 2006, è aumentato sino a oltre 3,6 milioni nel 2020 (Figura 12).

Una frazione, pari al 27% dei prevalenti (quasi un milione di persone in Italia), è tornato ad avere la stessa aspettativa di vita della popolazione generale e può considerarsi guarito<sup>3</sup> con una positiva ricaduta a livello psicologico, affettivo e lavorativo.

Gli indicatori di prevalenza e guarigione, come tutti gli indicatori epidemiologici, rappresentano delle “medie” riferite a gruppi di popolazione e non esaminano aspetti altrettanto importanti quali la qualità della vita e la presenza di eventuali disabilità successive alla malattia<sup>5</sup>. Tuttavia, questi indicatori possono fornire un supporto alla ricerca e alla pratica clinica, basato su solide evidenze di popolazione al fine di pianificare una sorveglianza adeguata dei pazienti dopo una diagnosi di tumore<sup>6,7</sup> e non basata solo sul consenso di esperti<sup>8-10</sup>.

## BIBLIOGRAFIA

1. Guzzinati S, Virdone S, De Angelis R, et al. Characteristics of people living in Italy after a cancer diagnosis in 2010 and projections to 2020. *BMC Cancer*. 2018;18:169.
2. Dal Maso L, Panato C, Guzzinati S, et al. Prognosis and cure of long-term cancer survivors: a population-based estimation. *Cancer Med* 2019, DOI: 10.1002/cam4.2276.
3. AIRTUM Working Group. Italian cancer figures, report 2014: Prevalenza e guarigione da tumore in Italia. Prevalence and cure of cancer in Italy. Italian cancer figures, report 2014: prevalence and cure of cancer in Italy. *Epidemiol Prev* 2014; 38 [6 Suppl. 1]:1-144. <http://www.registri-tumori.it/cms/it/Rapp2014>.
4. Dal Maso L, Guzzinati S, Buzzoni C, et al. Long-term survival and cure of cancer: a population-based estimation for 818,902 Italian patients and 26 cancer types. *Ann Oncol* 2014; 25:2251-60.
5. Baili P, Vicentini M, Tumino R, et al. A method for differentiating cancer prevalence according to health status, exemplified using a population-based sample of Italian colorectal cancer cases. *Acta Oncol* 2013; 52:294-302.
6. Rohan EA, Miller N, Bonner F 3rd, et al. Comprehensive cancer control: promoting survivor health and wellness. *Cancer Causes Control*. 2018;29(12):1277-1285.
7. Tralongo P, Surbone A, Serraino D, Dal Maso L. Major patterns of cancer cure: clinical implications. *Eur J Cancer Care*. 2019;28:e13139. <https://doi.org/10.1111/ecc.13139>
8. Howell D, Hack TF, Oliver TK, et al. Models of care for post-treatment follow-up of adult cancer survivors: a systematic review and quality appraisal of the evidence. *J Cancer Surviv* 2012; 6:359-371.
9. Shapiro CL. Cancer survivorship. *N Engl J Med*. 2018;379:2438-2450.
10. Tralongo P, McCabe MS, Surbone A. Challenge for cancer survivorship: improving care through categorization by Risk. *J Clin Oncol*. 2017;35:3516-3517.

# 7 Fattori di rischio comportamentali: i dati nazionali

## Differenze per sottogruppi della popolazione e cambiamenti nel tempo dai dati PASSI

Maria Masocco<sup>1</sup>, Valentina Minardi<sup>1</sup>, Benedetta Contoli<sup>1</sup>, Gruppo Tecnico Nazionale PASSI e PASSI d'Argento\*, Jennifer Foglietta<sup>2</sup>, Fabrizio Nicolis<sup>3</sup>, Stefania Gori<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della Salute - Istituto Superiore di Sanità

<sup>2</sup>SC Oncologia Medica e Traslazionale, Ospedale Santa Maria, Terni

<sup>3</sup>Direzione Sanitaria, IRCCS Sacro Cuore Don Calabria, Negrar di Valpolicella

<sup>4</sup>UOC Oncologia Medica, IRCCS Sacro Cuore Don Calabria, Negrar di Valpolicella

\*Gruppo Tecnico Nazionale PASSI e PASSI d'Argento (vedi pag. 107)

## Quale importanza hanno gli stili di vita nella prevenzione dei tumori?

Le cause note delle alterazioni del DNA nella genesi del cancro sono di vari ordini: si ipotizzano cause di tipo ambientale, genetiche, infettive, legate agli stili di vita e fattori casuali.

**Una quota molto consistente di tumori è attribuibile ad abitudini di vita, come fumo, abuso di alcol, regime alimentare (fra cui lo scarso consumo di frutta e verdura), inattività fisica, sovrappeso e obesità.**

La quota di tumori attribuibili ai vari fattori di rischio in USA è riportata nella Tabella 3 (Capitolo 1 – Fattori di rischio e tumori): il fumo di tabacco da solo è responsabile del 33% delle neoplasie; un altro 33% è legato ad altri stili di vita, dieta, sovrappeso, abuso di alcol e inattività fisica. Quote minori sono attribuibili ad altri fattori: il 5% a fattori occupazionali, l'8% a infezioni, 2% a radiazioni ionizzanti ed esposizione ai raggi UVA e un altro 2% all'inquinamento ambientale.

Proprio per l'importanza che sani stili di vita hanno sulla prevenzione dei tumori, è importante conoscere informazioni sugli stili di vita dei cittadini italiani al fine di diffonderli e cercare, se errati, di modificarli.

In questo capitolo vengono riportati i risultati del sistema di sorveglianza PASSI che, attraverso indagini campionarie, raccoglie in continuo e dal 2008 informazioni su salute e fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza o alle complicanze delle malattie croniche non trasmissibili (fumo, alcol, sedentarietà, eccesso ponderale, basso consumo di frutta e verdura) della popolazione generale di 18-69 anni residente in Italia.

Per ulteriori approfondimenti sulla sorveglianza PASSI leggere il paragrafo dedicato alla descrizione di questa fonte e consultare il sito <http://www.epicentro.iss.it/passi/><sup>1</sup>.

## Fumo: prevalenza e trend temporali

Il fumo di tabacco è responsabile di molte malattie gravi, come tumori, malattie cerebro-cardiovascolari (ictus, infarto) e malattie respiratorie (enfisema, asma e broncopneumite cronica ostruttiva). L'istituto americano *Institute for Health Metrics and Evaluation* ha calcolato come nel 2017, in tutto il mondo, il consumo di tabacco sia stato responsabile del 14,5% dei decessi totali (pari a 8,1 milioni di morti di cui 1,2 imputabili al fumo passivo) e di 38 milioni di anni vissuti con disabilità. In Italia si stima, analogamente, che nel 2017 il 14,5% di tutti i decessi sia attribuibile al consumo di tabacco (pari a 90mila morti, di cui 7mila riferibili a fumo passivo) e che sia responsabile di 552mila anni vissuti con disabilità<sup>2</sup>.

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

Interventi di contrasto al fumo di tabacco e la stima del carico delle malattie fumo-correlate non possono prescindere dalla conoscenza di quanto sia diffusa nella popolazione l'abitudine al fumo di tabacco, quali siano i gruppi più esposti, quali le aree più interessate e quali i cambiamenti nel tempo che vanno delineandosi.

Fra i temi indagati in PASSI vi è l'abitudine al fumo di sigaretta, che consente di stimare la prevalenza di fumatori nella popolazione adulta italiana, cogliendo differenze per genere, età, residenza, e per caratteristiche socioeconomiche, come istruzione, difficoltà economiche o condizione professionale. Inoltre la raccolta in continuo dei dati PASSI su 12 mesi dell'anno 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 delle serie storiche, presentati in questo paragrafo.

### L'abitudine tabagica fra gli adulti in Italia: dati PASSI 2015-2018

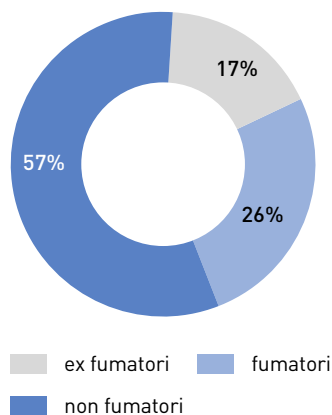
Dai dati PASSI<sup>1</sup> relativi al periodo 2015-2018 (tratti da un campione di oltre 132mila di 18-69enni) emerge che, in Italia, una persona su 4 fuma (25,7%; IC95%: 25,4-26,0%) e una persona su 6 è un ex fumatore (17,5%; IC95%: 17,3-17,8%) (Figura 16).

Il fumo di sigaretta è più frequente negli uomini (29,9%; IC95%: 29,4-30,3%) rispetto alle donne (21,6%; IC95%: 21,2-22,0%), fra i 25-34enni (30,8%; IC95%: 30,0-31,6%) rispetto alle altre classi di età.

È più frequente nelle classi sociali più svantaggiate per bassa istruzione o difficoltà economiche: fra le persone con licenza media la quota di fumatori è del 30,5% (IC95%: 29,9-31,1%) mentre è del 19,2% (IC95%: 18,6-19,9%) fra i laureati; fra chi riferisce di avere molte difficoltà economiche sale al 34,3% (IC95%: 33,4-35,3%), mentre fra coloro che dichiarano di non averne è del 21,9% (IC 95%: 21,5-22,3%) (Figura 17).

Il consumo medio giornaliero è di circa 12 sigarette, tuttavia quasi un quarto dei fumatori ne consuma più di un pacchetto.

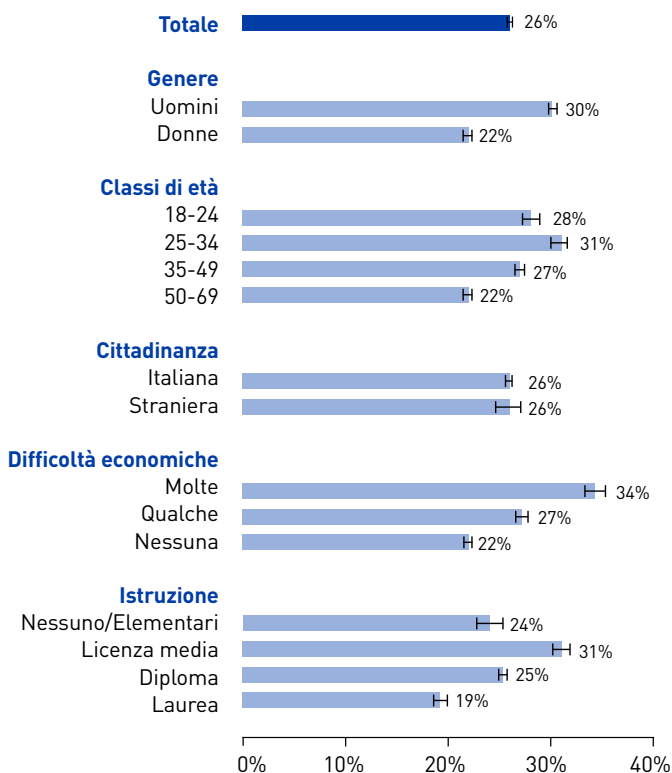
La quota di ex fumatori cresce all'avanzare dell'età: è solo del 4,1% (IC95%: 3,7-4,5%) fra i giovanissimi di 18-24 anni e raggiunge il 25% (IC95%: 24,6-25,5%) fra i 50-69enni. È maggiore fra le persone senza difficoltà economiche (19,4%; IC95%: 19,1-19,8%) rispetto a chi ne riferisce molte (15,1%; IC95%: 14,4-15,8%) e fra i cittadini italiani (17,8%; IC95%: 17,5-18,1%) rispetto agli stranieri (12,3%; IC95%: 11,4-13,2%) (Figura 18).



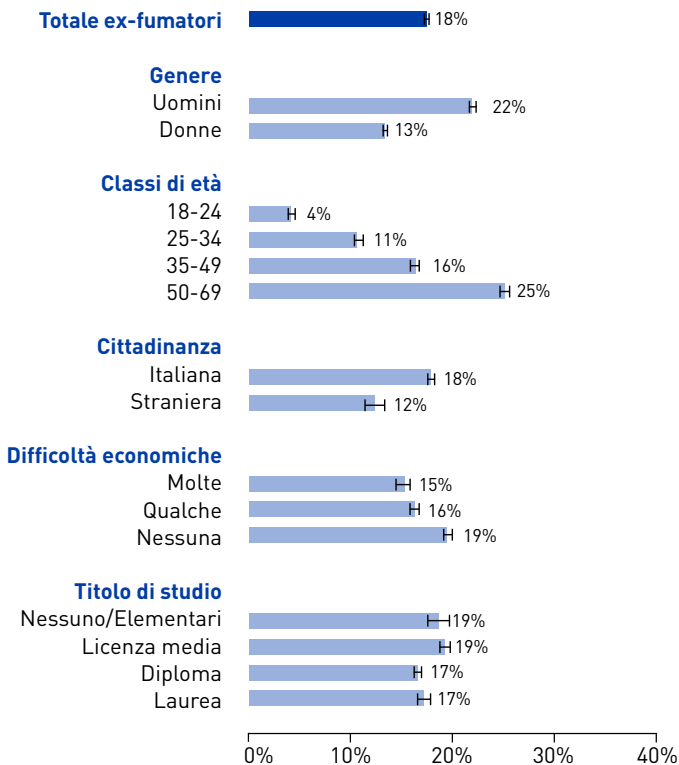
#### Definizioni operative degli indicatori PASSI

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.

**FIGURA 16.** Abitudine tabagica fra gli adulti di 18-69 anni residenti in Italia. PASSI 2015-2018 (n~132mila). Prevalenze medie annue di quadriennio 2015-2018



**FIGURA 17.** Prevalenza di fumo in sottogruppi della popolazione. Adulti di 18-69 anni residenti in Italia. PASSI 2015-2018 (n~132mila). Prevalenze medie annue di quadriennio e relativi Intervalli di Confidenze al 95%



**FIGURA 18. Prevalenza di ex fumatori in sottogruppi della popolazione. Adulti di 18-69 anni residenti in Italia. PASSI 2015-2018 (n~132mila). Prevalenze medie annue di quadriennio e relativi Intervalli di Confidenze al 95%**

I dati rilevano anche un'attenzione degli operatori sanitari al fumo dei loro assistiti troppo bassa: solo 1 fumatore su 2 riferisce di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare da un medico o da un operatore sanitario, fra quelli incontrati nell'anno precedente l'intervista.

## L'abitudine tabagica: cosa è cambiato nell'ultimo decennio?

### I trend temporali per genere, classe di età e area di residenza

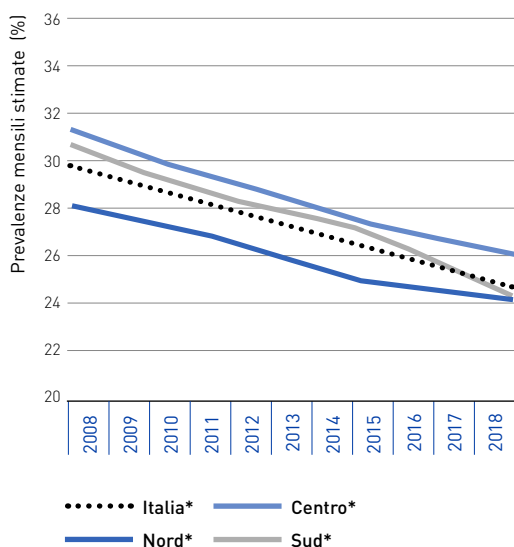
Analizzando i dati dal 2008 al 2018, si conferma il calo della prevalenza di fumo in Italia che si osserva ormai da almeno trent'anni.

La riduzione in quest'ultimo decennio va dal 30% del 2008 al 25% nel 2018 ed è statisticamente significativa da Nord a Sud sia fra gli uomini che fra le donne (Figura 19).

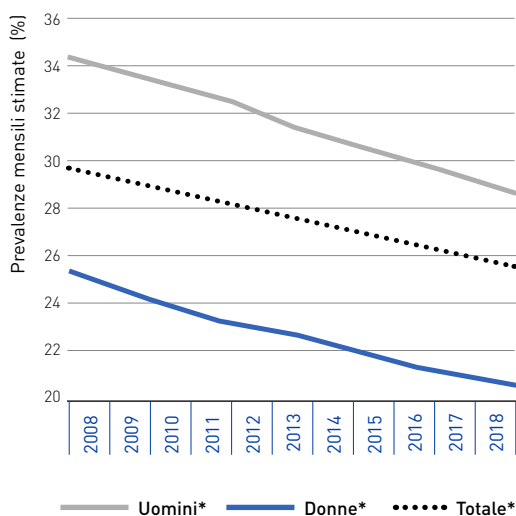
Tuttavia un'analisi stratificata, per genere, classe di età e area di residenza mette in luce differenze fra gruppi della popolazione, mostrando che tale riduzione non riguarda in egual misura le diverse generazioni, non è analoga fra uomini e donne, non è sempre statisticamente significativa (Figura 20).



## Fumo per macroarea di residenza



## Fumo per genere



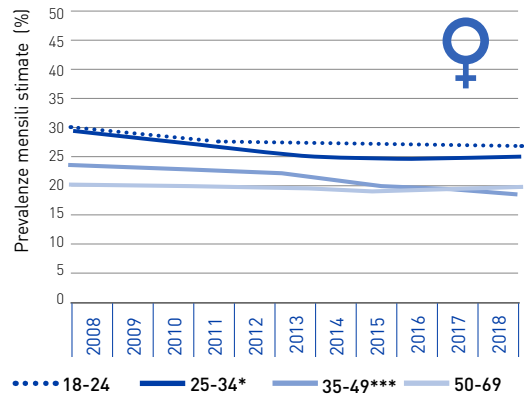
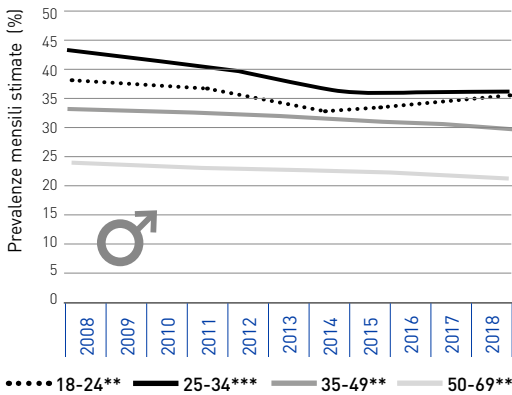
\* Riduzione statisticamente significativa ( $p < 0.5$  Cochrane-Orcutt test)

**FIGURA 19.** Trend temporali della prevalenza di fumatori adulti (18-69 anni) residenti in Italia, per area di residenza e genere. PASSI 2008-2018 Prevalenze stimate da modelli di serie storiche (LOWESS - locallyweightedscatterplotsmoothing)

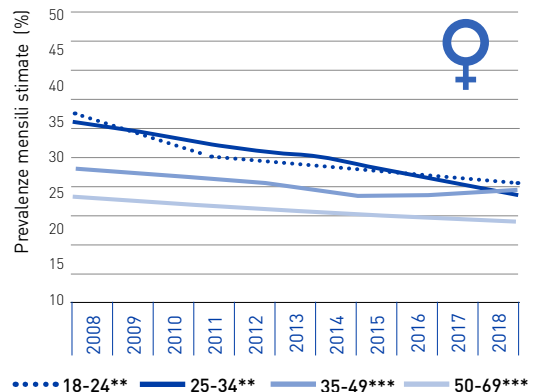
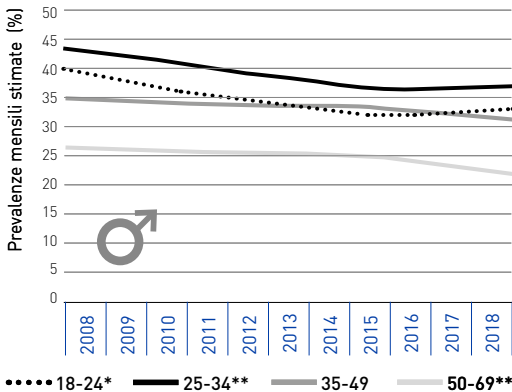
Fra gli **uomini**, la quota maggiore di fumatori si registra fra i più giovani, con meno di 35 anni. Dopo i 35 anni di età, il calo è meno significativo o non si registra affatto (come fra i residenti nel Centro Italia). Nel Sud-Isole invece, dove la prevalenza di fumatori è sempre stata eccezionalmente più elevata che nel resto del Paese, in questi 10 anni la riduzione ha coinvolto tutte le classi di età ed oggi la prevalenza di fumo fra gli uomini residenti nel Meridione ha raggiunto livelli paragonabili al resto d'Italia.

Anche fra le **donne** la quota di fumatrici è generalmente più alta fra quelle con meno di 35 anni e, come per gli uomini, è meno rilevante la riduzione del fumo dopo questa età, in particolare dopo i 50 anni. Nel Centro Italia si osserva una riduzione costante del numero di fumatrici ad ogni età. Al Nord si registra una preoccupante stazionarietà dell'abitudine al fumo nelle giovanissime 18-24enni. Fra le donne residenti nel Sud-Isole il calo del fumo è meno rilevante, talvolta assente o con momenti che segnalano un'inversione di tendenza, come fra le 25-34enni, con il risultato che oggi la quota di fumatrici residenti nel Sud-Isole non è così diversa dalla quota di donne che fuma nel resto del Paese.

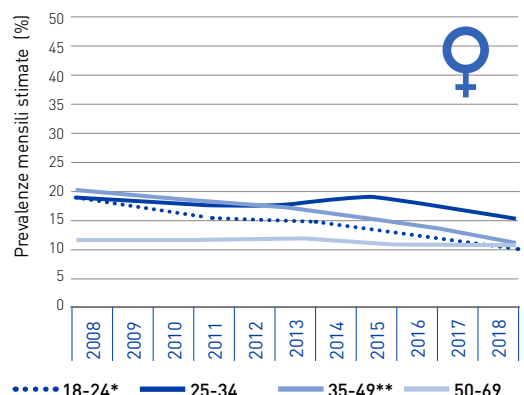
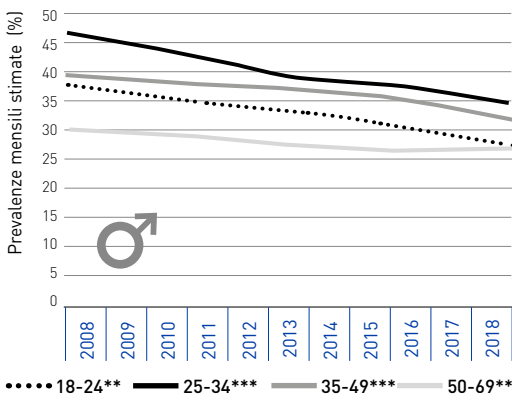
## Macroarea NORD



## Macroarea centro



## Macroarea sud/isole



\*Riduzione statisticamente significativa (\*\*\*)  $p < 0.001$ ; \*\*  $p < 0.01$ ; \*  $p < 0.5$  Cochrane-Orcutt test)

**FIGURA 20. Trend temporali della prevalenza di fumatori adulti in Italia, per genere, classi di età e area geografica di residenza** Dati PASSI 2008-2018. Prevalenze stimate da modelli di serie storiche (LOWESS - locally weighted scatter plot smoothing)

In sintesi, a fronte di una riduzione statisticamente significativa della prevalenza di fumo in tutta Italia, sia fra gli uomini che fra le donne e mediamente in tutte le classi di età, questa analisi stratificata mette in luce che:

- le generazioni di giovani adulti (con meno di 35 anni) sono e restano quelle più esposte all'abitudine al fumo;
- le generazioni più mature, che hanno già decenni di esposizione agli effetti del fumo di tabacco, sono più restie al cambiamento e abbandonano più difficilmente questa cattiva abitudine;
- in alcune aree del Paese, si osserva una preoccupante stazionarietà del fenomeno fra le giovanissime 18-24enni e particolare attenzione va posta alle residenti nel Sud-Isole fra le quali, malgrado la prevalenza di fumo sia stata sempre meno elevata, la sua riduzione non è sempre significativa né continua e, ad oggi, hanno di fatto perso il loro vantaggio storico, per bassa prevalenza di fumo, che avevano sulle donne del Centro-Nord;
- la riduzione del fumo si osserva anche nelle diverse classi sociali, ma si ampliano le disuguaglianze a sfavore delle classi più povere, fra le quali la prevalenza di fumo è più elevata e la riduzione è meno rilevante.
- il profilo di rischio che emerge nel Sud del Paese preoccupa nel suo complesso: la prevalenza di fumo resta comunque alta fra gli uomini di tutte le età e fra le donne è ora a livelli paragonabili al resto del Paese, a questo si aggiungono un'alta prevalenza di altri fattori di rischio comportamentali, come sedentarietà e obesità e una più bassa copertura degli screening oncologici.

## BIBLIOGRAFIA

1. La sorveglianza Passi. Consumo di alcol <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/fumo>
2. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Results Tool. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool> [last access 24 mar 2020]

## Alcol (aggiornamento con dati 2018)

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 i tumori 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 842mila decessi in tutto il mondo nel 2017 (pari al 5% di tutti i decessi) e complessivamente oltre 20 milioni di anni vissuti con disabilità. In Italia si stima siano responsabili di 26.000 decessi (oltre il 4% di tutti i decessi) e di quasi 169mila anni vissuti con disabilità<sup>1</sup>.

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

### 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 alcolico 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 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)



**BIRRA**  
330 ml

4,5°

oppure



**VINO**  
125ml

12°

oppure



**SUPERALCOLICO**  
40ml

40°

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 e 1 unità alcolica in media al giorno per le donne 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.

PASSI<sup>2</sup> raccoglie informazioni anche sul consumo di alcol e con domande che fanno riferimento al consumo di bevande alcoliche nei trenta giorni precedenti l'intervista, stima:

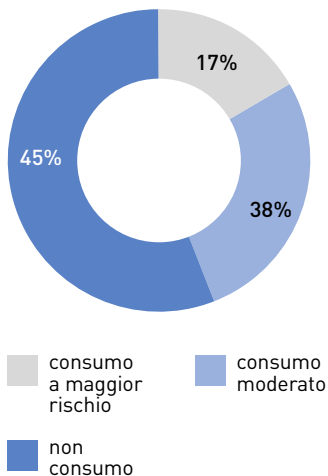
- il consumo medio giornaliero di bevande alcoliche tramite domande riguardanti la frequenza dell'assunzione (espressa in giorni/mese) e il numero di UA assunte in media, nei giorni di consumo;
- il consumo alcolico riguardante l'assunzione in una singola occasione di quantità di alcol superiori alle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

Sia il consumo abituale elevato, che il binge drinking, che il consumo prevalentemente o esclusivamente fuori pasto sono da considerarsi consumi rischiosi per la salute. L'indicatore che PASSI definisce come "consumo a maggior rischio" è un indicatore che prende in considerazione una o più di queste modalità di consumo alcolico.

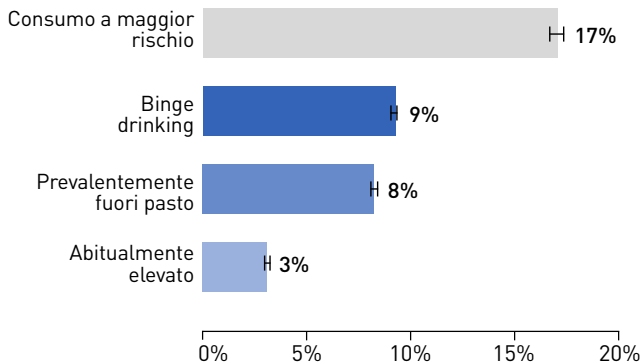
Dai dati PASSI raccolti nel quadriennio tra il 2015 e il 2018, si stima che meno della metà degli adulti in Italia, fra i 18 e i 69 anni, dichiara di non consumare bevande alcoliche, ma 1 persona su 6 (17.1%; IC95%: 16.8-17.3%) ne fa un consumo a "maggior rischio" per la salute, per quantità o modalità di assunzione (Figura 21 A).

Fra le modalità di consumo di alcol a rischio per la salute, le più frequenti sono il consumo binge drinking (9.3%; IC95%: 9.1-9.4%) e il consumo prevalentemente fuori

### A Prevalenze medie annue di quadriennio



### B Prevalenze medie annue di quadriennio e relativi intervalli di confidenza al 95%



**FIGURA 21.** Consumo di alcol e il consumo “a maggior rischio” per la salute e le sue componenti fra gli adulti di 18-69 anni residenti in Italia. PASSI 2015-2018 (n~132mila)

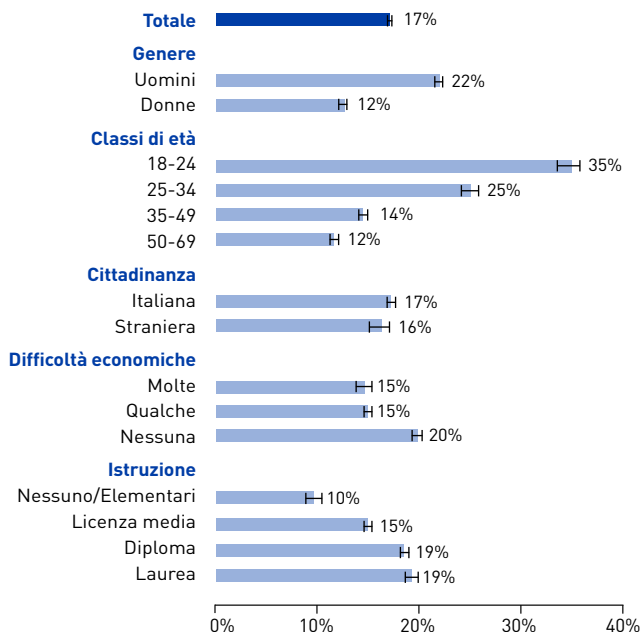
pasto (8.3%; IC95%: 8.1-8.4%), meno frequente fra la popolazione risulta il consumo abituale elevato (3.1%; IC95%: 3.0-3.2%) (Figura 21 B).

La quota di persone che fa un consumo di alcol “a maggior rischio” per la salute è decisamente elevata fra i più giovani e soprattutto fra i giovanissimi di 18-24 anni (34.6%; IC95%: 33.6-35.6%), ed è comunque più alta fra gli uomini (21.9%; IC95%: 21.5-22.3%) rispetto alle donne (12.4%; IC95%: 12.1-12.7%) e fra le persone socialmente più avvantaggiate, ovvero senza difficoltà economiche (19.6%; IC95%: 19.3-20.0%) o con un alto livello di istruzione (19.2% fra coloro che hanno un diploma o una laurea) (Figura 22).

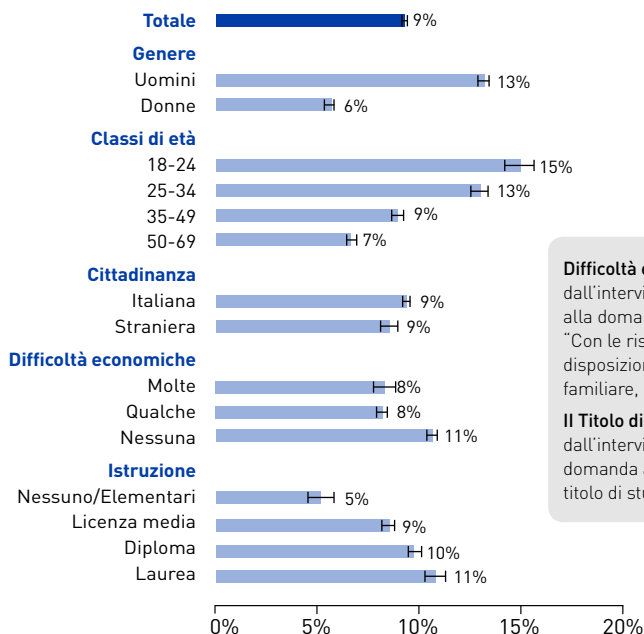
L'elevata quota di giovanissimi che bevono quantità eccessive di alcol è per lo più sostenuta da un consumo binge, ovvero alte quantità in un'unica occasione (>4 UA in per gli uomini; >3 UA per le donne); anche questa modalità di bere è più frequente fra le classi socio-economiche più avvantaggiate (Figura 23).

Il consumo di alcol, in genere, e il consumo a “maggior rischio” per la salute resta una prerogativa dei residenti nel Nord Italia e in particolare del Nord Est, con un *trend* in aumento (Figura 24) così come il binge drinking (Figura 25).

Preoccupante il numero di persone che assume 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 considerato a “maggior rischio”.



**FIGURA 22.** Consumo di alcol "a maggior rischio" in sottogruppi della popolazione. Adulti di 18-69 anni residenti in Italia. PASSI 2015-2018 (n~132mila). Prevalenze medie annue di quadriennio e relativi Intervalli di Confidenze al 95%

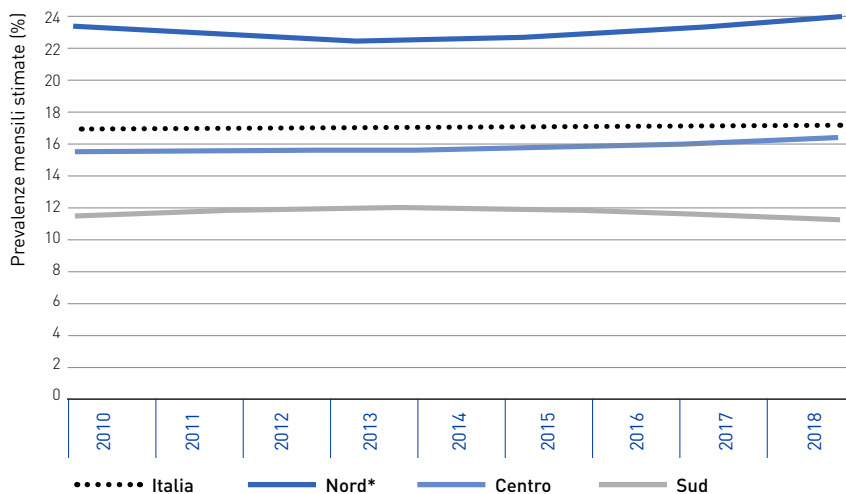


**Difficoltà economiche:** sono riferite dall'intervistato che risponde alla domanda a risposta chiusa "Con le risorse finanziarie a sua disposizione, da reddito proprio o familiare, come arriva a fine mese?"

**Il Titolo di studio:** è riferito dall'intervistato che risponde alla domanda a risposta chiusa "Che titolo di studio ha?"

**FIGURA 23.** Binge drinking in sottogruppi della popolazione. Adulti di 18-69 anni residenti in Italia. PASSI 2015-2018 (n~132mila). Prevalenze medie annue di quadriennio e relativi Intervalli di Confidenze al 95%

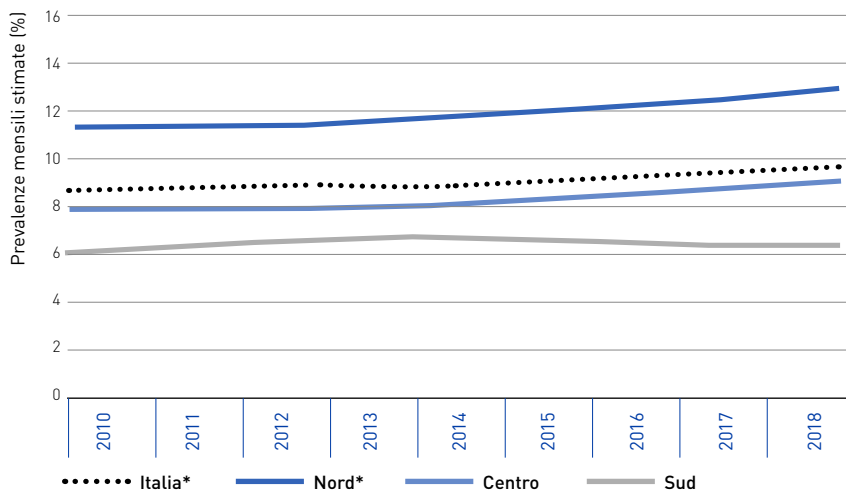
## Consumo di alcol "a maggior rischio" per macroarea di residenza



\*Aumento statisticamente significativo

**FIGURA 24.** Trend temporale del consumo di alcol "a maggior rischio", per macroarea geografica di residenza. Adulti di 18-69 anni residenti in Italia. PASSI 2010-2018. Prevalenze stimate da modelli di serie storiche (LOWESS - locallyweightedscatterplotsmoothing)

## Binge drinkers per macroarea di residenza



\*Aumento statisticamente significativo

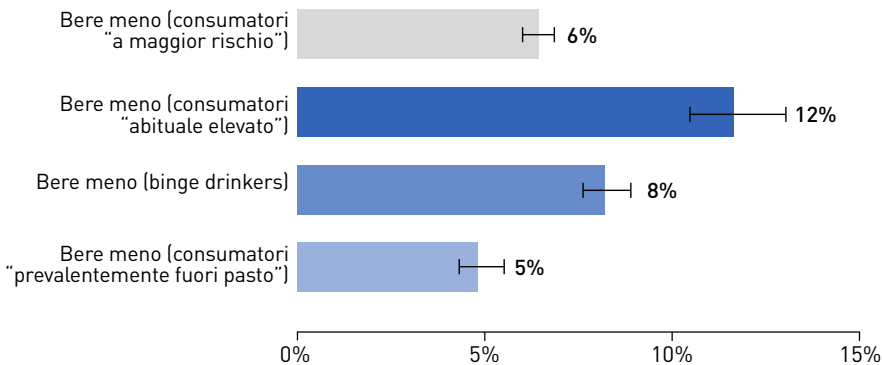
**FIGURA 25.** Trend temporale di binge drinking, per macroarea geografica di residenza. Adulti di 18-69 anni residenti in Italia. PASSI 2010-2018. Prevalenze stimate da modelli di serie storiche (LOWESS - locallyweightedscatterplotsmoothing)



### L'attenzione dei medici al consumo di alcol dei propri assistiti

L'attenzione degli operatori sanitari al problema dell'abuso di alcol appare ancora troppo bassa: appena il 6.4% (IC95%: 6.0-6.9%) dei consumatori a "maggior rischio" riferisce di aver ricevuto il consiglio di bere meno dal proprio medico o da un operatore sanitario incontrato nei 12 mesi precedenti l'intervista.

#### Consiglio medico ricevuto



**FIGURA 26.** L'attenzione dei medici al consumo di alcol dei loro assistiti: il consiglio di bere meno. Adulti di 18-69 anni residenti in Italia. PASSI 2015-2018 (n~132mila). Prevalenze medie annue di quadriennio e relativi Intervalli di Confidenze al 95%

#### BIBLIOGRAFIA

1. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Results Tool. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool> [last access 24 mar 2020]
2. La sorveglianza Passi. Consumo di alcol <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/alcol>

## Sedentarietà

È ampiamente riconosciuto in letteratura come l'attività fisica rappresenti uno degli strumenti più importanti per la prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili e sia in grado di sostenere e rafforzare il benessere psico-fisico e di migliorare la qualità della vita a tutte le età.

Numerosi studi dimostrano come l'attività fisica sia in grado di ridurre i rischi legati all'insorgenza e alla progressione di malattie quali il diabete mellito di tipo 2, le malattie cardiovascolari, l'ictus e anche diversi tipi di tumore<sup>1-2</sup>.

Secondo stime del World Cancer Research Fund, il 20-25% dei casi di tumore sarebbe attribuibile a un bilancio energetico 'troppo' ricco, in pratica all'alimentazione eccessiva e alla sedentarietà, e l'attività fisica sembrerebbe pertanto associata ad una riduzione del rischio oncologico complessivo.

Sono diversi gli studi che hanno dimostrato l'effetto protettivo dell'attività fisica dal rischio di cancro al colon<sup>3-5</sup>, della mammella tra le donne in postmenopausa<sup>6-9</sup>.

Una recente ricerca del National Cancer Institute statunitense<sup>10</sup>, esaminando i dati di 1.44 milioni di persone che avevano preso parte a 12 studi europei e americani dal 1987 al 2004, ha messo in luce che l'attività fisica rappresenta un fattore protettivo per l'insorgenza di diversi altri tipi di tumori, non solo per i tumori del colon-retto e mammella, ma sembra protettiva anche verso l'adenocarcinoma dell'esofago, il tumore del fegato, del polmone, del rene, dello stomaco a livello del cardias, dell'endometrio, della leucemia mieloide, mieloma, di tumori della zona testa-collo e della vescica, e questo a parità di eccesso ponderale e abitudine tabagica. Complessivamente, quindi, chi fa attività fisica ha il 7% di rischio in meno di ammalarsi di tumore e per alcune tipologie di tumori questa riduzione del rischio va oltre il 20%.

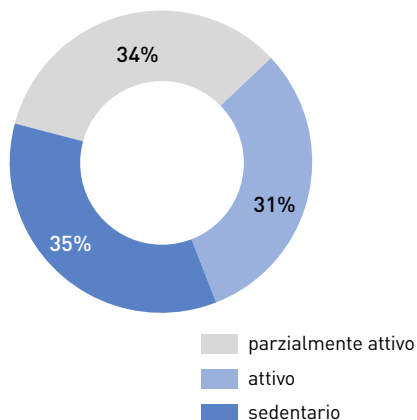
In PASSI<sup>11</sup> l'attività fisica viene indagata con la raccolta di informazioni su frequenza, durata e intensità dell'attività fisica (non solo sportiva) svolta nel tempo libero nei trenta giorni precedenti l'intervista e l'attività fisica al lavoro. Pertanto è possibile distinguere le persone in: "fisicamente attive", "parzialmente attive" o "sedentarie".

Si considerano "fisicamente attivi" coloro che dichiarano di praticare 30 minuti di attività fisica moderata per almeno 5 giorni alla settimana, o almeno 20 minuti al giorno di attività intensa per almeno 3 giorni a settimana, oppure svolgono un'attività lavorativa che richiede un importante sforzo fisico.

Sono definibili "parzialmente attivi" coloro che non svolgono un lavoro pesante ma praticano attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli sopra descritti. Sono considerati "sedentari" coloro che non praticano alcuna attività fisica nel tempo libero, né svolgono un lavoro pesante.

Secondo questa definizione, adottata in PASSI, gli adulti italiani si distribuiscono quasi equamente fra i tre gruppi "fisicamente attivi" (31.4%; IC95%: 31.1-31.7%), "parzialmente attivi" (34.1%; IC95%: 33.8-34.5%) "sedentari" (34.5%; IC95%: 34.2-34.8%), ma la quota di sedentari è statisticamente maggiore della quota di "attivi" (Figura 27).

La sedentarietà è più frequente all'avanzare dell'età (sotto al 30% fra i 18-34enni, sfiora il 40% fra i 50-69enni), fra le donne (36.4%; IC95%: 35.9-36.8%) rispetto agli uomini (32.5%; IC95%: 32.1-33.0%) e fra le persone con uno status socioeconomico più

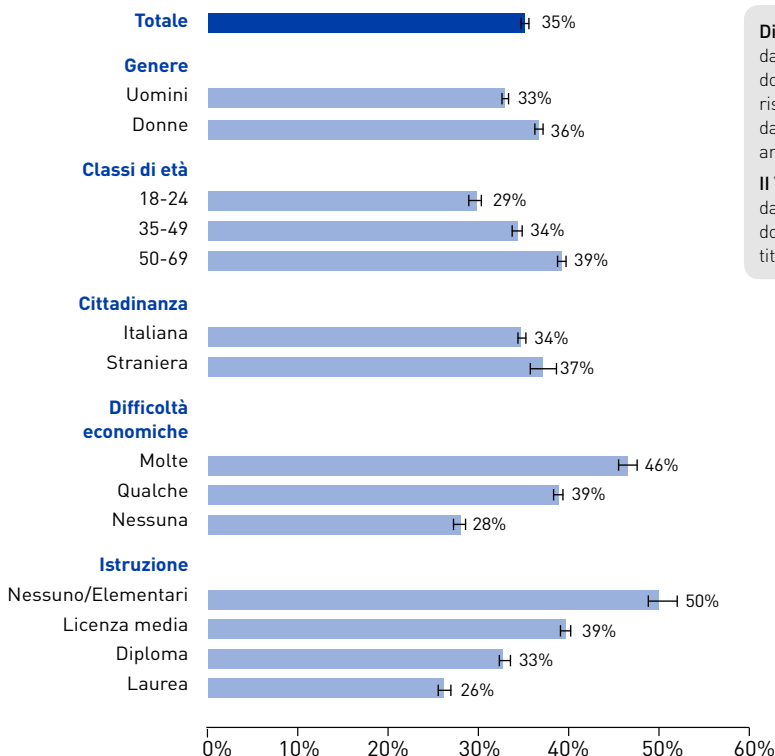


#### Definizioni operative degli indicatori PASSI

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 3 giorni settimanali e/o un'attività 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 né moderata né intensa.

**FIGURA 27. Sedentarietà fra gli adulti di 18-69 anni residenti in Italia. PASSI 2015-2018 (n~132mila). Prevalenze medie annue di quadriennio**



**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?"

**Il Titolo di studio:** è riferito dall'intervistato che risponde alla domanda a risposta chiusa "Che titolo di studio ha?"

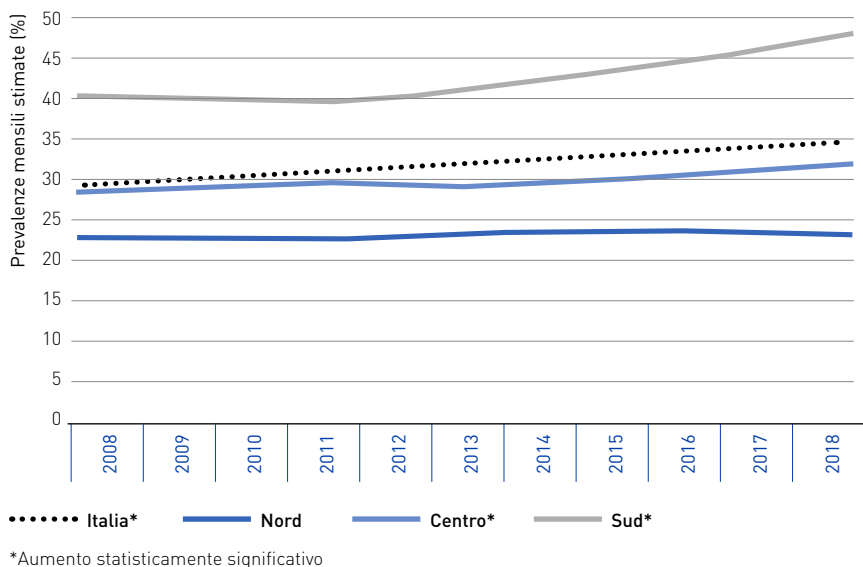
**FIGURA 28. Sedentarietà in sottogruppi della popolazione. Italia. PASSI 2015-2018 (n~132mila). Prevalenze medie annue di quadriennio e relativi Intervalli di Confidenze al 95%**

svantaggiato, per difficoltà economiche (è del 46.0% fra le persone che riferiscono di avere molte difficoltà economiche vs 27.7% di chi riferisce di non averne) o basso livello di istruzione (è del 50.2% fra chi raggiunge al più la licenza elementare e del 26% fra i laureati) (Figura 28).

Nel tempo, la quota di sedentari aumenta, in particolare fra i residenti nelle Regioni meridionali, facendo crescere la distanza fra Nord e Sud Italia (Figura 29).

Non sempre la percezione soggettiva del livello di attività fisica praticata corrisponde a quella effettivamente svolta: 1 adulto su 2 fra i parzialmente attivi, e 1 su 5 fra i sedentari, percepiscono come sufficiente il proprio impegno nel praticare attività fisica.

### Sedentarietà per macroarea di residenza

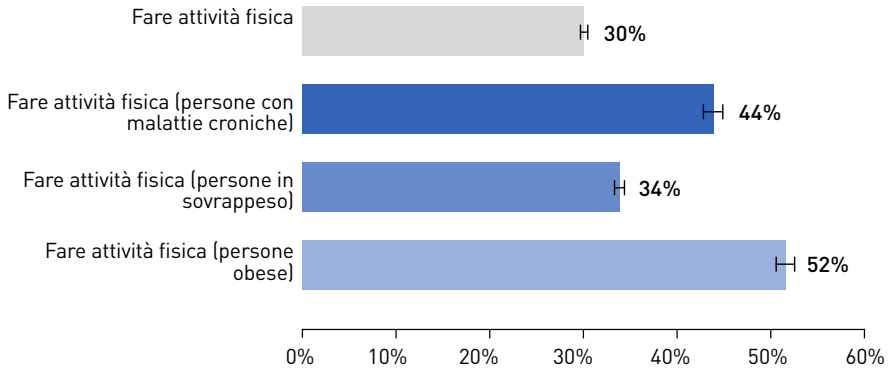


**FIGURA 29. Trend temporale della sedentarietà, per macroarea geografica di residenza. Adulti di 18-69 anni residenti in Italia. PASSI 2008-2018. Prevalenze stimate da modelli di serie storiche (LOWESS - locallyweightedscatterplotsmoothing)**

### L'attenzione dei medici all'attività fisica

Troppo bassa appare l'attenzione degli operatori sanitari al problema della scarsa attività fisica, anche nei confronti di persone in eccesso ponderale o con patologie croniche: su 10 intervistati solo 3 riferiscono di aver ricevuto il consiglio dal medico o da un operatore sanitario di fare regolare attività fisica; fra le persone in eccesso ponderale questa quota non raggiunge il 40%, fra le persone con patologie croniche non raggiunge il 45% (Figura 30).

### Consiglio medico ricevuto



**FIGURA 30. L'attenzione dei medici all'attività fisica dei loro assistiti: il consiglio di fare attività fisica. Adulti di 18-69 anni residenti in Italia. PASSI 2015-2018 (n~132mila). Prevalenze medie annue di quadriennio e relativi Intervalli di Confidenze al 95%**

### BIBLIOGRAFIA

1. Istituto Superiore di Sanità Movimento, sport e salute: l'importanza delle politiche di promozione dell'attività fisica e le ricadute sulla collettività. A cura di Barbara De Mei, Chiara Cadeddu, Paola Luzi, Angela Spinelli 2018, ii, 95 p. Rapporti ISTISAN 18/9
2. Cavill N, Kahlmeier S, Racioppi F (Ed.). Physical activity and health in Europe: evidence for action. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2006. Disponibile all'indirizzo: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/87545/E89490.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/87545/E89490.pdf); last access 18/06/2018
3. Colditz G, Cannuscio C, Frazier A. Physical activity and reduced risk of colon cancer: implications for prevention. *Cancer Causes and Control*, 1997, 8: 649-667.
4. Weight control and physical activity. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2002 (IARC Handbook of Cancer Prevention, Vol. 6).
5. Thune I, Furberg A-S. Physical activity and cancer risk: dose-response and cancer, all sites and site-specific. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 2001, 33(Suppl.):S530-S550.
6. Gammon MD et al. Recreational physical activity and breast cancer risk among women under age 45 years. *American Journal of Epidemiology*, 1998, 147:273-280.
7. Latikka P, Pukkala E, Vihko V. Relationship between the risk of breast cancer and physical activity. *Sports Medicine*, 1998, 26:133-143.
8. Verloop J et al. Physical activity and breast cancer risk in women aged 20-54 years. *Journal of the National Cancer Institute*, 2000, 92:128-135.
9. Tehard B et al. Effect of physical activity on women at increased risk of breast cancer: results from the E3N Cohort Study. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, 2006, 15(1):57-64.
10. Moore SC, Lee IM, Weiderpass E, et al. Association of leisure-time physical activity with risk of 26 types of cancer in 1.44 million adults. *JAMA Intern Med* 2016;176(6):816-25.
11. La sorveglianza Passi. Attività fisica. <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/attivita>

## Eccesso ponderale

---

L'eccesso ponderale è una condizione caratterizzata da un eccessivo accumulo di grasso corporeo, in genere a causa di un'alimentazione scorretta e di una vita sedentaria. Abitudini alimentari ipercaloriche e sbilanciate determinano un eccesso di peso e, di conseguenza, un impatto considerevole sulla salute di una popolazione poiché favoriscono l'insorgenza di numerose patologie e/o aggravano quelle preesistenti, riducono la durata della vita e ne peggiorano la qualità.

Sovrappeso e obesità sono importanti fattori di rischio oncologico. Secondo stime del World Cancer Research Fund, il 20-25% dei casi di tumore sarebbe attribuibile a un bilancio energetico 'troppo' ricco, legato quindi al binomio eccesso ponderale e sedentarietà.

Secondo le stime dell'Institute for Health Metrics and Evaluation all'eccesso ponderale sarebbero attribuibili 4 milioni e 724mila decessi in tutto il mondo nel 2017 (pari all'8% di tutti i decessi) e complessivamente oltre 106 milioni di anni vissuti con disabilità. In Italia si stima sia responsabile di oltre 63.000 decessi (oltre il 10% di tutti i decessi) e di oltre 789mila anni vissuti con disabilità<sup>1</sup>.

Secondo il rapporto<sup>2</sup> congiunto pubblicato a settembre 2018 dalla FAO (Organizzazione delle Nazioni Unite per l'alimentazione e l'agricoltura), dallo IFAD (Fondo internazionale per lo sviluppo agricolo), dall'UNICEF (Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia), dal Programma alimentare mondiale (WFP) e dall'OMS, nel 2017 nel mondo 672 milioni di persone (circa 1 su 8) erano obese e 38,3 milioni di bambini sotto i 5 anni di età (5,6%) erano in sovrappeso.

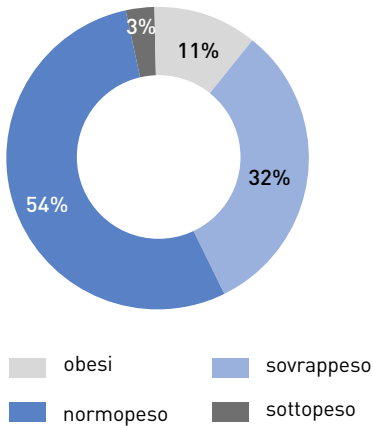
Negli ultimi decenni, in molti Paesi della Regione europea OMS il numero di persone in sovrappeso e/o obese è aumentato: in 46 paesi (l'87% della Regione), l'eccesso ponderale interessa oltre la metà degli adulti.

Per valutare l'adiposità in clinica e nella sorveglianza, si usano misure antropometriche: la plicometria, la circonferenza della vita e gli indici statura-ponderali. Nella sorveglianza epidemiologica il metodo comunemente usato si fonda sul calcolo dell'Indice di Massa Corporea o Body Mass Index (BMI) definito dal rapporto fra peso corporeo espresso in chilogrammi e altezza espressa in metri, elevata al quadrato ( $\text{Kg}/\text{m}^2$ ).

Sebbene, come nel caso di altre misure biologiche continue a cui sono associati rischi di malattie, non esista un vero e proprio limite al di sotto del quale il rischio è assente, il valore soglia del BMI che definisce l'obesità è posto, a livello internazionale, a 30 ( $\text{Kg}/\text{m}^2$ ), dunque si classifica come obesa una persona con  $\text{BMI} \geq 30 \text{ Kg}/\text{m}^2$ ; un valore individuato attraverso studi di morbilità effettuati su larga scala. Analogamente sono stati individuati i valori soglia per il sovrappeso ( $25 \leq \text{BMI} < 30$ ), per il sottopeso ( $\text{BMI} < 18.5$ ) e di conseguenza per il normopeso ( $18.5 \leq \text{BMI} < 25$ ).

Per calcolare l'indice di massa corporea nella sorveglianza di popolazione, si utilizzano i dati di peso e altezza riferiti, che hanno il vantaggio della semplicità, economicità e rapidità della rilevazione, pur non essendo privi di limiti.

Molti studi hanno valutato la validità del BMI riferito, dimostrando un'accuratezza accettabile e una elevata correlazione tra peso misurato e peso riferito, così come tra altezza misurata e altezza riferita, tuttavia è anche dimostrato che la prevalenza dell'o-



#### Definizioni operative degli indicatori PASSI

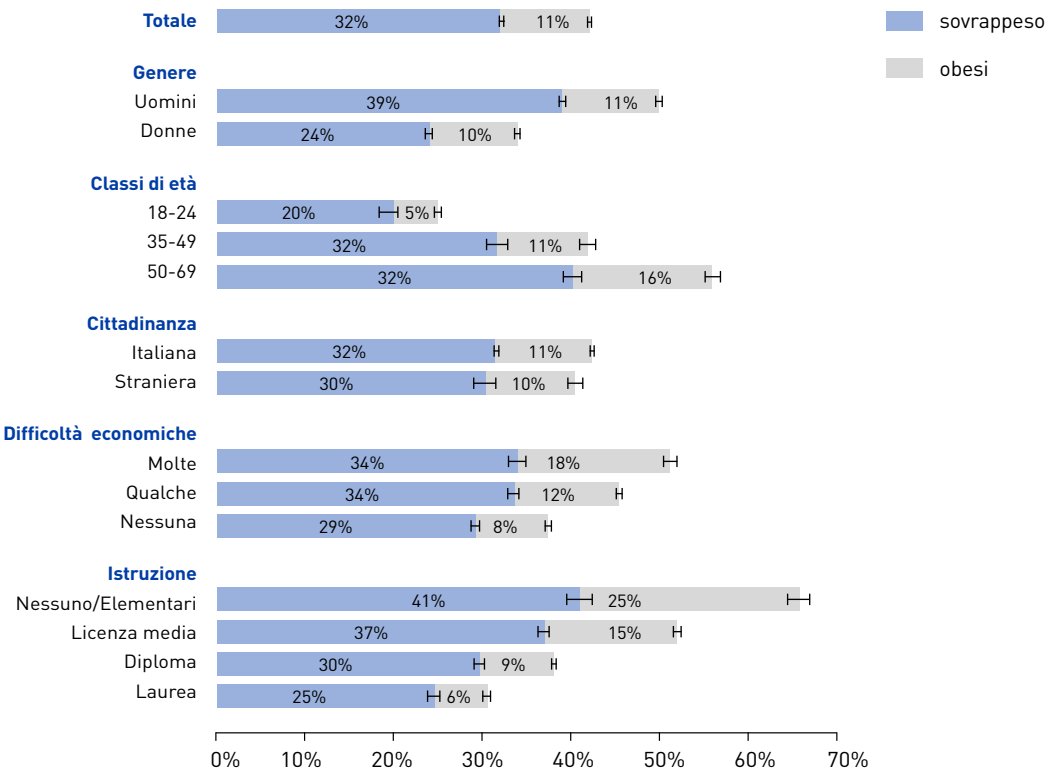
• **Persona in eccesso ponderale:** è una persona con un indice di massa corporea\* maggiore o uguale a 25,0 kg/m<sup>2</sup> calcolato dai valori autoriferiti di peso e altezza; ovvero in sovrappeso o obesa.

• **Persona in sovrappeso:** è una persona con un indice di massa corporea compreso tra 25,0 e 29,9 kg/m<sup>2</sup> calcolato dai valori autoriferiti di peso e altezza.

• **Persona obesa:** è una persona con indice di massa corporea maggiore o uguale a 30,0 kg/m<sup>2</sup> calcolato dai valori autoriferiti di peso e altezza.

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

**FIGURA 31. Eccesso ponderale fra gli adulti di 18-69 anni residenti in Italia. PASSI 2015-2018 (n~132mila). Prevalenze medie annue di quadriennio**



**FIGURA 32. Eccesso ponderale (sovrappeso e obesità) in sottogruppi della popolazione. Adulti di 18-69 anni residenti in Italia. PASSI 2015-2018 (n~132mila) Prevalenze medie annue di quadriennio e relativi Intervalli di Confidenze al 95%**

besità basata su dati riferiti è generalmente sottostimata rispetto a quella calcolata su dati misurati, ma è valida per valutare i trend temporali e le differenze territoriali. La sottostima è maggiore tra le donne e aumenta considerevolmente sopra i 65 anni<sup>3</sup>.

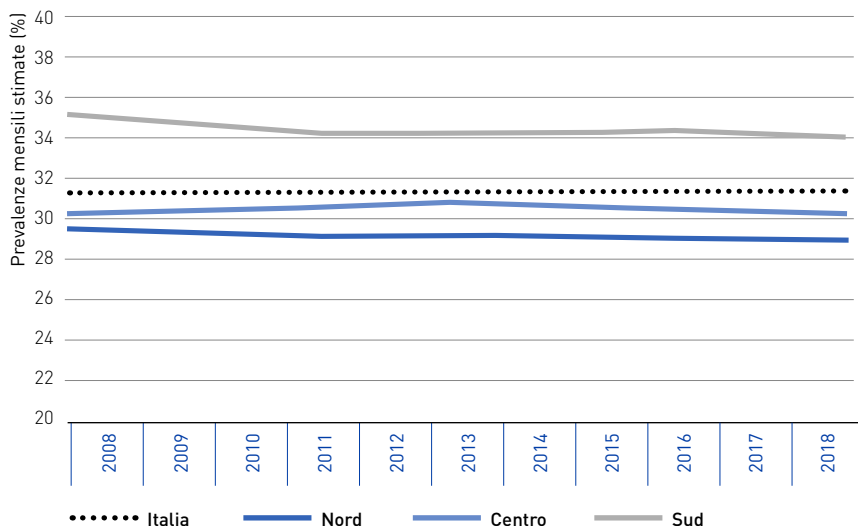
I dati riferiti dagli intervistati PASSI<sup>3</sup> relativi a peso e altezza portano a stimare che più di 4 adulti su 10 siano in eccesso ponderale, ovvero il 31,6% in sovrappeso (25 ≤ BMI < 30), e il 10,9% obesi (BMI ≥ 30) (Figura 31).

L'eccesso ponderale (sovrappeso o obesità) aumenta al crescere dell'età, interessa il 25% dei giovani di 18-34 anni (20% in sovrappeso e 5% obesi) ma raddoppia e coinvolge il 56% degli adulti di 50-69 anni (40% risultano in sovrappeso e 16% obesi).

L'eccesso ponderale è più frequente fra gli uomini (50%) rispetto alle donne (34%), sebbene la quota di obesi sia analoga fra i due generi, ed è più frequente fra le persone con svantaggio sociale, per difficoltà economiche o per bassa istruzione, soprattutto in termini di obesità: fra le persone con molte difficoltà economiche il 52% è in eccesso ponderale, ovvero il 34% in sovrappeso e ben il 18% risulta obeso; fra le persone con basso livello di istruzione il 67% risulta in eccesso ponderale, il 41% in sovrappeso ma ben il 25% risulta obeso (Figura 32).

Il gradiente geografico è chiaro e mostra quote crescenti di persone in sovrappeso o obese dal Nord al Sud Italia con un andamento nel tempo di stazionarietà della quota di persone in sovrappeso (Figura 33) ma con un aumento, seppur lieve, statisticamente

### Sovrappeso per macroarea di residenza



**FIGURA 33.** Trend temporale del sovrappeso, per macroarea geografica di residenza. Adulti di 18-69 anni residenti in Italia. PASSI 2008-2018. Prevalenze stimate da modelli di serie storiche (LOWESS - locallyweightedscatterplotsmoothing)



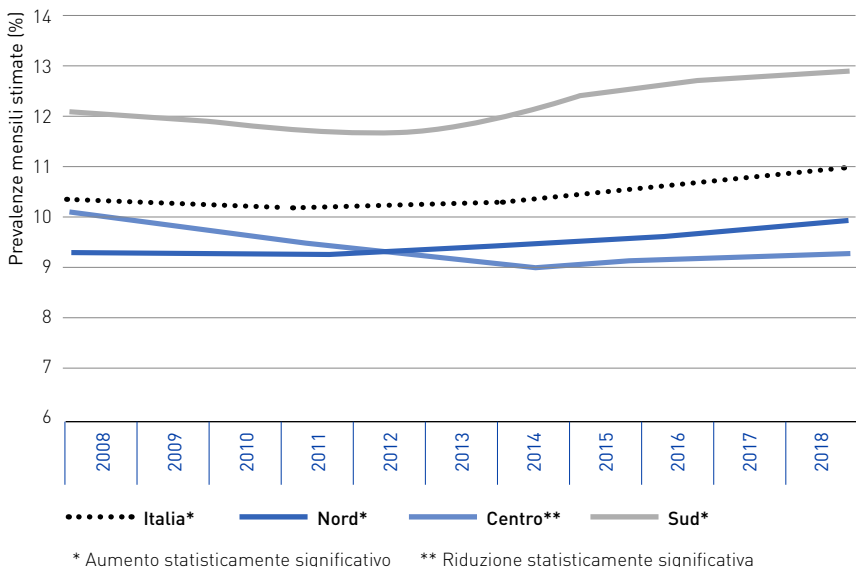
significativo e generalizzato dell'obesità, in particolare nel Sud Italia (con l'unica eccezione del Centro Italia, dove negli ultimi 10 anni l'obesità si riduce) (Figura 34).

Le persone in sovrappeso od obese sembrano essere poco consapevoli del loro stato di eccesso ponderale e non si percepiscono tali: fra le persone in sovrappeso meno della metà (45%) ritiene troppo alto il proprio peso corporeo; fra le persone obese c'è maggiore consapevolezza, tuttavia non è trascurabile il numero di persone (13%) che ritiene il proprio peso giusto e non troppo alto, con le donne che sono generalmente più consapevoli del problema rispetto agli uomini. La consapevolezza del proprio eccesso ponderale, per i rischi legati alla salute, è un aspetto importante perché favorisce l'adozione di comportamenti alimentari corretti.

### L'attenzione dei medici all'eccesso ponderale

Bassa, e persino in riduzione nel tempo, sembra essere l'attenzione degli operatori sanitari al problema dell'eccesso ponderale, infatti meno della metà degli intervistati in eccesso ponderale riferisce di aver ricevuto dal proprio medico il consiglio di perdere peso. L'attenzione è indirizzata soprattutto alle persone obese, il 73% di loro riferisce di aver ricevuto tale consiglio ma questa percentuale scende al 38% fra le persone in sovrappeso. Anche questo aspetto è molto importante perché, quando il consiglio di mettersi a dieta arriva da un medico, incoraggia chi lo riceve a metterlo in pratica. Infatti la quota di persone in eccesso ponderale che dichiara di seguire una dieta è

### Obesità per macroarea di residenza

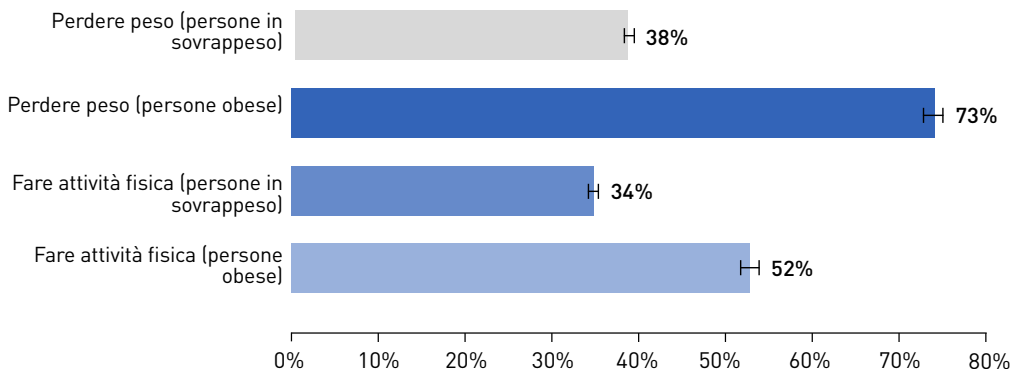


**FIGURA 34.** Trend temporale della obesità, per macroarea geografica di residenza. Adulti di 18-69 anni residenti in Italia. PASSI 2008-2018. Prevalenze stimate da modelli di serie storiche (LOWESS - locallyweightedscatterplotsmoothing)

significativamente maggiore fra coloro che hanno ricevuto il consiglio medico rispetto a quelli che non lo hanno ricevuto (41% vs 13%) (Figura 35).

Da segnalare anche che l'attenzione degli operatori a questo problema è più scarsa proprio dove ce ne sarebbe più bisogno, come per esempio nelle Regioni meridionali. Ancora meno frequente è il consiglio medico di praticare attività fisica per le persone in eccesso ponderale.

### Consiglio medico ricevuto



**FIGURA 35.** L'attenzione dei medici all'eccesso ponderale dei loro assistiti: il consiglio di perdere peso e fare attività fisica. Adulti di 18-69 anni residenti in Italia. PASSI 2015-2018 (n~132mila). Prevalenze medie annue di quadriennio e relativi Intervalli di Confidenze al 95%

### BIBLIOGRAFIA

1. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Results Tool. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool> [last access 24 mar 2020]
2. FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO. 2018. The State of Food Security and Nutrition in the World 2018. Building climate resilience for food security and nutrition. Rome, FAO. [ultimo accesso 24 marzo 2020 <http://www.fao.org/3/i9553en/i9553en.pdf>]
3. La sorveglianza Passi. Sovrappeso e Obesità. <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso>

## Consumo di frutta e verdura

---

Una nutrizione corretta costituisce uno degli elementi fondamentali per evitare l'insorgenza di numerose condizioni patologiche o per controllare l'evoluzione di malattie preesistenti: una dieta subottimale è riconosciuta infatti come un fattore correlato alle malattie croniche non trasmissibili, ma a tutt'oggi il suo impatto in termini di carico di malattia non è stato stimato in modo sistematico.

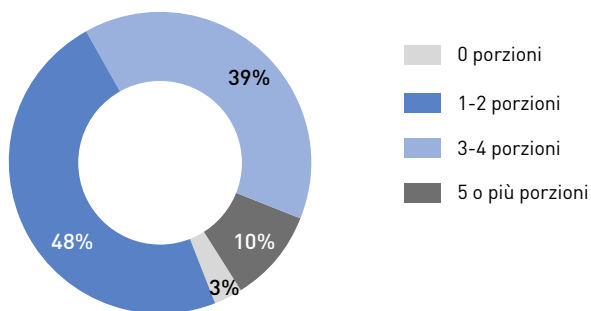
Publicato nell'aprile 2019, il "Global burden of disease study 2017"<sup>1</sup> ha valutato l'impatto di un consumo subottimale dei principali alimenti e nutrienti in termini di mortalità e morbosità nelle popolazioni di 195 Paesi. Attraverso un approccio di valutazione comparativa del rischio, è stata calcolata la proporzione di carico specifico di malattia attribuibile a ciascun fattore di rischio alimentare (anche indicata come frazione di mortalità attribuibile) negli adulti di 25 anni o più. Complessivamente, nel 2017, 1 morte su 5 è attribuibile a una dieta insufficiente: sono stati attribuiti a fattori di rischio legati all'alimentazione 11 milioni di morti e 33 milioni di anni vissuti con disabilità. Gli elementi nutrizionali a maggiore impatto sono: consumo insufficiente di frutta e verdura (3.9 milioni di morti e 11.3 milioni di anni in disabilità), assunzione elevata di sodio (3.2 milioni di morti e 7 milioni di anni vissuti in disabilità) e basso apporto di cereali integrali (3.1 milioni di morti e 14 milioni di anni vissuti in disabilità)<sup>2</sup>.

L'adozione di uno stile alimentare corretto e salutare si conferma un fattore protettivo per lo sviluppo di patologie cardiovascolari, respiratorie e neoplasie. Un'analisi condotta dal World Cancer Research Fund sulla relazione dose-risposta tra consumo di cereali integrali e tumore coloretale indica una riduzione del rischio del 17% per un consumo giornaliero pari a 90 grammi. Tra le cause di cancro prevenibili elencate nel WHO Global Status Report in NCDs, tutte relative allo stile di vita, vengono incluse l'inattività fisica, l'eccesso ponderale ma anche il basso consumo di frutta e verdura, di fibre e di calcio assunti con la dieta<sup>3</sup>.

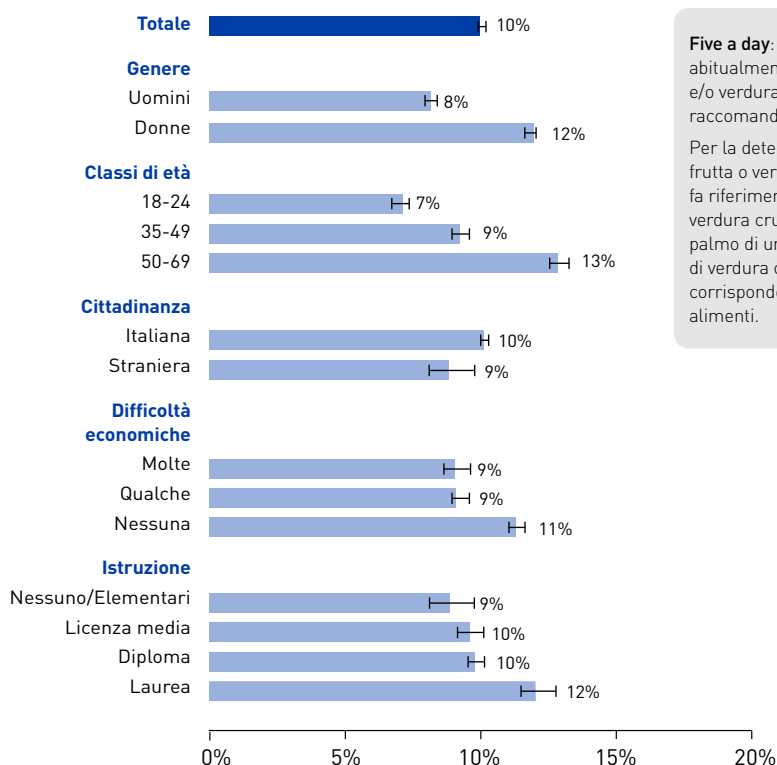
Frutta e verdura sono alimenti privi di grassi e ricchi di vitamine, minerali e fibre, per questo giocano un ruolo protettivo nella prevenzione di cardiopatie e tumori, in particolare per i tumori che coinvolgono il tratto digerente (esofago, stomaco, pancreas, colon-retto, rene).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda un consumo giornaliero di almeno 400 grammi di frutta e verdura, corrispondente a circa cinque porzioni da 80 gr (*five a day*). Contrariamente alle raccomandazioni, i consumi giornalieri stimati a livello globale sono di gran lunga inferiori ai valori indicati: 94 grammi di frutta vs 200-300 g consigliati e 190 grammi di verdura vs 290-430 g considerati ottimali.

In PASSI il consumo giornaliero di frutta e verdura è rilevato attraverso domande che indagano il numero di porzioni di frutta e/o verdura consumate abitualmente al giorno. Per motivi pratici, legati a una migliore comprensione da parte dell'intervistato, la domanda viene formulata in modo da consentire una più agevole identificazione del peso di frutta e/o verdura, così una porzione di **frutta o verdura viene descritta come un quantitativo di frutta e/o verdura cruda** che può essere contenuto sul palmo di una mano, oppure mezzo piatto di verdura cotta (che corrispondono all'incirca a 80 grammi).



**FIGURA 36.** Consumo di frutta e/o verdura giornaliero fra gli adulti di 18-69 anni residenti in Italia. PASSI 2015-2018 (n~132mila). Prevalenze medie annue di quadriennio



**Five a day:** quota di persone che consumano abitualmente almeno 5 porzioni di frutta e/o verdura al giorno (quantità giornaliera raccomandata pari a circa 400 gr)

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; una porzione così definita corrisponde all'incirca a 80 grammi di questi alimenti.

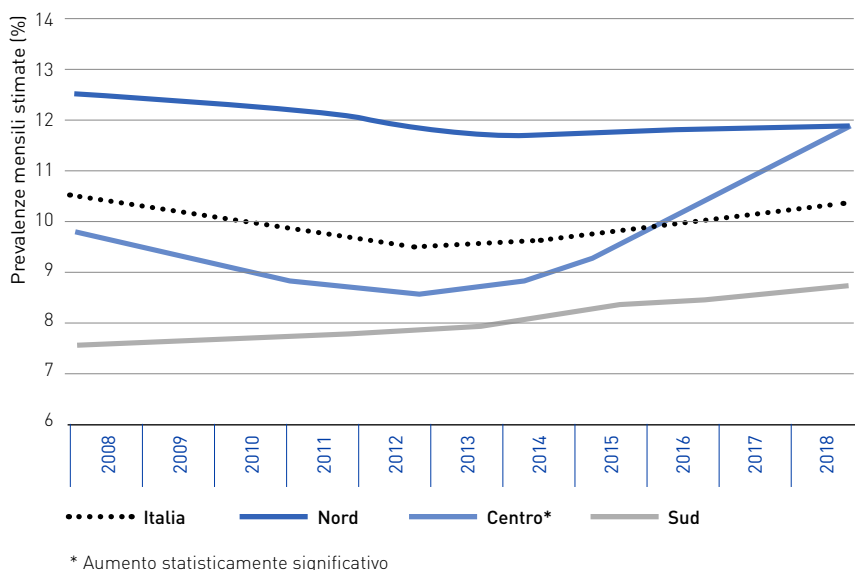
**FIGURA 37.** Five a day (consumo di almeno 5 porzioni giornaliere di frutta e/o verdura) in sottogruppi della popolazione. Adulti di 18-69 anni residenti in Italia. PASSI 2015-2018 (n~132mila). Prevalenze medie annue di quadriennio e relativi Intervalli di Confidenze al 95%

Dai dati PASSI<sup>4</sup> risulta che in Italia meno di 5 adulti su 10 consumano abitualmente non più di 2 porzioni al giorno di frutta o verdura, 4 su 10 ne consumano 3-4 porzioni, mentre solo 1 su 10 (10%; IC95%: 9.8-10.2%) ne consuma la quantità raccomandata, ovvero 5 porzioni al giorno (*five a day*) (Figura 36).

Consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno, come raccomandato, resta un'abitudine poco frequente anche nei diversi sottogruppi della popolazione, con poche differenze significative: è poco più frequente fra le donne (11.9%; IC95%: 11.6-12.2%) rispetto agli uomini (8.1%; IC95%: 7.9-8.4%), cresce con l'avanzare dell'età, passando dal 7% fra i 18-34enni al 13% fra i 50-69enni, è più frequente tra le persone senza difficoltà economiche (11.2%) rispetto agli altri e tra le persone laureate (11.9%) (Figura 37).

L'adesione al *five a day*, che mostra un gradiente Nord-Sud a sfavore del mezzogiorno, resta sostanzialmente stabile nel tempo, nel Centro Italia si registra un aumento dal 2013 sufficiente a compensare la riduzione che si era vista nella stessa area nei 5 anni precedenti e tale da ridurre completamente il gap con il Nord Italia (Figura 38).

#### Five a day per macroarea di residenza



**FIGURA 38.** Trend temporale della quota di persone aderenti al Five a day per macroarea geografica di residenza. Adulti di 18-69 anni residenti in Italia. PASSI 2008-2018. Prevalenze stimate da modelli di serie storiche (LOWESS - locallyweightedscatterplotsmoothing)

#### BIBLIOGRAFIA

1. Gbd 2017 Diet Collaborators. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. The Lancet. 2 April 2019. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30041-8
2. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Results Tool. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool> [last access 24 mar 2020]
3. WHO 2011. Global status report on noncommunicable diseases 2010 [https://www.who.int/chp/ncd\\_global\\_status\\_report/en/](https://www.who.int/chp/ncd_global_status_report/en/)
4. La sorveglianza PASSI. Consumo di frutta e verdura <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/frutta>



# 8

## Fattori di rischio comportamentali: i dati regionali

### Differenze regionali dai dati PASSI e PASSI d'Argento

Maria Masocco, Valentina Minardi, Benedetta Contoli, Gruppo Tecnico Nazionale PASSI e PASSI d'Argento\*

Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della Salute – Istituto Superiore di Sanità

\* Gruppo Tecnico Nazionale PASSI e PASSI d'Argento (vedi pag. 107)

In questo capitolo vengono riportati i dati regionali disponibili dai sistemi di sorveglianza PASSI 2015-2018, inerenti la popolazione di 18-69 anni e da PASSI d'Argento 2016-2018, inerenti la popolazione con 65 anni ed oltre.

Il sistema di sorveglianza PASSI, dedicato alla popolazione adulta, raccoglie attraverso indagini campionarie, informazioni su salute e fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza o alle complicanze delle malattie croniche non trasmissibili della popolazione generale adulta residente in Italia. Il Sistema di sorveglianza PASSI d'Argento dedicato alla popolazione anziana, completa il quadro offerto dalla sorveglianza PASSI e raccoglie informazioni su salute e fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza o alle complicanze delle malattie croniche non trasmissibili e su alcune condizioni peculiari della popolazione ultra65enne residente in Italia, volte a descrivere la qualità di vita e i bisogni di cura e assistenza delle persone di questa fascia di età.

Per ulteriori approfondimenti sui sistemi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento leggere il paragrafo dedicato alle “Fonti” e consultare i siti a loro dedicati:

la sorveglianza PASSI <http://www.epicentro.iss.it/passi/>

la sorveglianza PASSI d'Argento <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/>

#### Nota metodologica

I dati di prevalenza presentati in questo capitolo tratti da PASSI e riferiti alla popolazione adulta di 18-69 anni si riferiscono alla percentuale media annua, stimata su quadriennio 2015-2018, di coloro che riferiscono una specifica abitudine fra fumo, consumo di alcol a maggior rischio per la salute, sedentarietà, eccesso ponderale e scarso consumo di frutta o verdura.

Analogamente i dati tratti da PASSI d'Argento e riferiti alla popolazione anziana di 65 anni o più si riferiscono alla percentuale media annua, stimata su triennio 2016-2018, di coloro che riferiscono una specifica abitudine fra fumo, consumo di alcol a rischio per la salute, sedentarietà, eccesso ponderale 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 corretto fra Regioni, che non risenta delle diverse strutture per età delle popolazioni regionali. Abitudine al fumo, consumo di alcol, attività fisica, eccesso ponderale, 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 all'1/1/2015 per PASSI e all'1/1/2016 per PASSI d'Argento.

## Fumo

### L'abitudine tabagica di adulti 18-69 anni: PASSI 2015-2018

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 mostra un gradiente sociale ed è più frequente fra le persone con difficoltà economiche e bassa istruzione.

La variabilità regionale mostra in testa alla classifica delle Regioni con le più alte quote di fumatori alcune Regioni del Centro-Sud, in particolare Umbria, Abruzzo, Lazio, Sicilia e Campania (Figura 39, Tabella 16).

#### 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.

#### Definizioni indicatori PASSI d'Argento

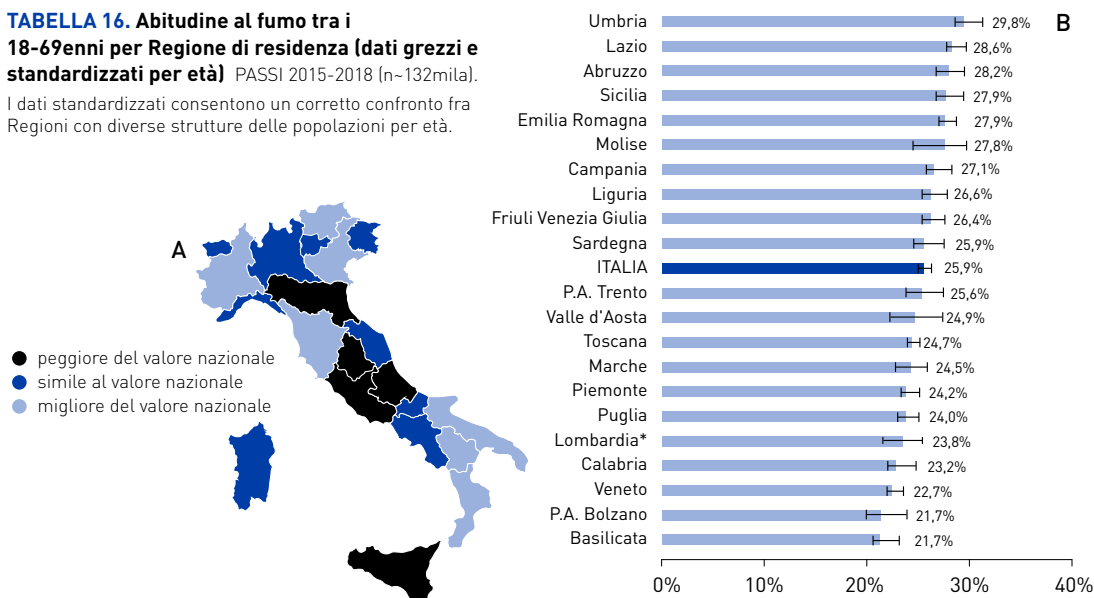
1. **Non fumatore** è una persona che dichiara di aver fumato nella sua vita meno di 100 sigarette (5 pacchetti da 20) e di non essere attualmente fumatore.
2. **Fumatore attuale** (secondo la definizione dell'OMS) è una persona che dichiara di aver fumato nella sua vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20) e di essere fumatore al momento dell'intervista o di aver smesso di fumare da meno di 1 anno.
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 1 anno.



	Prevalenze grezze						Prevalenze standardizzate per età					
	Fumatori			Ex fumatori			Fumatori			Ex fumatori		
	%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%	
Piemonte	24,1	23,3	25,0	19,5	18,7	20,2	24,2	23,3	25,0	19,1	18,3	19,8
Valle d'Aosta	25,2	22,4	28,3	16,8	14,5	19,4	24,9	22,1	27,9	17,9	15,6	20,4
Lombardia *	24,0	21,8	26,4	22,1	20,0	24,4	23,8	21,6	26,1	22,0	19,9	24,3
P.A. Bolzano	22,1	20,1	24,3	24,3	22,2	26,5	21,7	19,8	23,8	25,1	23,0	27,4
P.A. Trento	24,8	23,0	26,8	23,1	21,4	25,0	25,6	23,8	27,6	22,6	20,9	24,5
Veneto	22,4	21,7	23,1	21,2	20,5	21,8	22,7	22,0	23,4	20,8	20,2	21,5
Friuli V. Giulia	24,8	23,7	26,0	21,4	20,3	22,5	26,4	25,2	27,7	20,7	19,7	21,8
Liguria	26,1	24,8	27,4	19,6	18,5	20,8	26,6	25,2	27,9	18,8	17,7	20,0
Emilia Romagna	27,5	26,7	28,4	21,7	20,9	22,4	27,9	27,0	28,7	21,1	20,4	21,8
Toscana	24,4	23,7	25,2	19,1	18,4	19,8	24,7	23,9	25,5	18,4	17,7	19,1
Umbria	29,4	28,1	30,8	20,7	19,6	22,0	29,8	28,4	31,2	20,2	19,0	21,4
Marche	23,9	22,4	25,6	19,3	17,8	20,9	24,5	22,9	26,1	18,7	17,3	20,3
Lazio	28,4	27,5	29,3	16,3	15,6	17,0	28,6	27,7	29,5	16,1	15,4	16,8
Abruzzo	27,9	26,6	29,2	16,1	15,1	17,2	28,2	26,9	29,5	15,9	14,9	17,0
Molise	28,8	25,3	32,6	17,6	14,6	21,1	27,8	24,4	31,5	16,4	13,7	19,5
Campania	26,8	25,6	28,1	13,2	12,4	14,2	27,1	25,9	28,3	13,5	12,6	14,4
Puglia	24,0	23,1	24,9	12,9	12,2	13,6	24,0	23,1	24,9	13,2	12,5	14,0
Basilicata	21,7	20,4	23,1	7,6	6,8	8,5	21,7	20,4	23,1	7,5	6,7	8,4
Calabria	23,2	21,8	24,6	12,5	11,4	13,7	23,2	21,9	24,6	12,5	11,4	13,6
Sicilia	28,0	26,6	29,5	13,1	12,1	14,1	27,9	26,5	29,3	13,0	12,1	14,0
Sardegna	25,4	23,8	27,0	28,0	26,3	29,8	25,9	24,4	27,5	27,0	25,5	28,5
<b>Italia</b>	<b>25,7</b>	<b>25,4</b>	<b>26,0</b>	<b>17,5</b>	<b>17,3</b>	<b>17,8</b>	<b>25,9</b>	<b>25,5</b>	<b>26,2</b>	<b>17,3</b>	<b>17,1</b>	<b>17,6</b>

**TABELLA 16. Abitudine al fumo tra i 18-69enni per Regione di residenza (dati grezzi e standardizzati per età)** PASSI 2015-2018 (n~132mila).

I dati standardizzati consentono un corretto confronto fra Regioni con diverse strutture delle popolazioni per età.



**FIGURA 39. Fumatori fra i 18-69enni per Regione di residenza: confronto rispetto al valore nazionale (A) e prevalenze regionali (B). Dati standardizzati per età.** PASSI 2015-2018 (n~132mila)

\*Il dato della Regione Lombardia si riferisce al biennio 2015-2016 su una copertura parziale del territorio regionale che comprende la ASL della città di Milano.

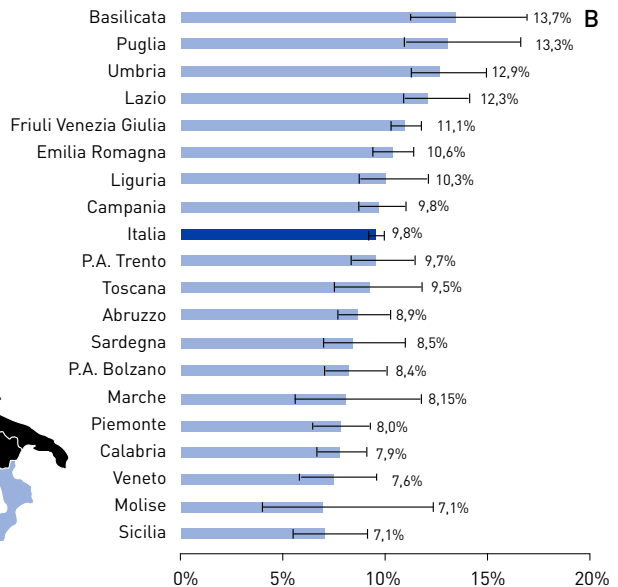
	Prevalenze grezze						Prevalenze standardizzate per età					
	Fumatori			Ex fumatori			Fumatori			Ex fumatori		
	%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%	
Piemonte	10,0	7,8	6,3	27,8	24,9	31,0	8,0	6,5	9,9	27,3	24,6	30,2
Valle d'Aosta *	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Lombardia *	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
P.A. Bolzano	41,0	8,4	7,2	28,9	26,8	31,0	8,4	7,2	9,8	28,7	26,7	30,8
P.A. Trento	42,0	9,7	8,2	22,5	20,3	25,0	9,7	8,2	11,5	22,8	20,6	25,3
Veneto	50,0	7,7	5,7	27,6	25,0	30,3	7,6	5,8	9,8	27,6	25,2	30,1
Friuli V. Giulia	60,0	11,0	10,3	36,3	35,3	37,4	11,1	10,4	11,8	36,3	35,2	37,3
Liguria	70,0	9,9	8,7	30,2	28,3	32,1	10,3	8,9	11,8	29,9	27,8	32,0
Emilia Romagna	80,0	10,2	9,2	39,1	37,6	40,7	10,6	9,6	11,6	39,5	37,9	41,0
Toscana	90,0	8,3	6,7	36,3	33,4	39,4	9,5	7,6	11,8	35,3	32,4	38,2
Umbria	100,0	12,4	10,8	30,4	28,4	32,6	12,9	11,3	14,7	30,7	28,6	32,9
Marche	110,0	7,9	5,2	29,8	24,6	35,6	8,1	5,5	11,9	30,5	25,8	35,6
Lazio	120,0	12,1	10,7	30,3	28,3	32,3	12,3	10,9	13,9	30,2	28,3	32,2
Abruzzo	130,0	8,6	7,5	23,3	21,7	25,1	8,9	7,8	10,2	23,6	21,9	25,4
Molise	140,0	3,9	1,7	24,2	8,8	51,3	7,1	4,0	12,3	27,8	22,1	34,3
Campania	150,0	10,3	9,3	18,8	17,5	20,2	9,8	8,8	10,8	18,3	17,1	19,7
Puglia	160,0	14,1	11,7	17,0	14,5	19,8	13,3	11,1	15,8	16,8	14,3	19,5
Basilicata	170,0	13,2	10,9	14,7	12,3	17,4	13,7	11,3	16,5	15,1	12,6	18,0
Calabria	180,0	8,0	6,8	21,5	19,6	23,4	7,9	6,8	9,2	21,2	19,4	23,0
Sicilia	190,0	7,3	5,7	29,4	25,8	33,2	7,1	5,4	9,2	28,6	25,4	31,9
Sardegna	200,0	8,5	6,9	33,5	31,0	36,1	8,5	6,9	10,5	33,6	31,0	36,3
<b>Italia</b>	<b>9,8</b>	<b>9,3</b>	<b>10,3</b>	<b>26,7</b>	<b>26,1</b>	<b>27,4</b>	<b>9,8</b>	<b>9,3</b>	<b>10,3</b>	<b>26,6</b>	<b>25,9</b>	<b>27,3</b>

**TABELLA 17. Abitudine al fumo tra gli ultra65enni per Regione di residenza (dati grezzi e standardizzati per età)**

PASSI d'Argento 2016-2018 (n= 40mila)

I dati standardizzati consentono un corretto confronto fra regioni con diverse strutture delle popolazioni per età.

\* Val d'Aosta e Lombardia non hanno partecipato alla sorveglianza.



**FIGURA 40. Fumatori ultra65enni per Regione di residenza: confronto rispetto al valore nazionale (A) e prevalenze regionali (B). Dati standardizzati per età. PASSI d'Argento 2016-2018 (n=40mila)**

\* Val d'Aosta e Lombardia non hanno partecipato alla sorveglianza.

### L'abitudine tabagica di adulti di 18-69 anni: PASSI d'Argento 2016-2018

In Italia, la maggioranza degli ultra65enni non fuma (63%) o ha smesso di fumare da oltre un anno (27%), ma una persona su 10 è ancora fumatore (10%). Questi dati vanno interpretati con cautela perché è necessario considerare che con l'avanzare dell'età diventa più difficile intercettare in vita chi mantiene questa abitudine o chi avendola avuta l'ha abbandonata, perché gli effetti infausti dell'esposizione al fumo di sigaretta possono essersi già manifestati, per questo dopo i 65 anni e con il progredire dell'età si riduce progressivamente sia la quota di fumatori che di ex fumatori, e sempre maggiore diventa la probabilità di intercettare in vita persone che non hanno mai fumato.

Il consumo medio giornaliero fra chi fuma ancora è di circa 11 sigarette, ma quasi 2 fumatori su 10 possono considerarsi forti fumatori e consumano più di un pacchetto al giorno. Come già visto per gli adulti anche verso gli anziani sembra scarsa l'attenzione dei medici nei confronti dell'abitudine tabagica dei propri assistiti: solo 6 fumatori su 10 riferiscono di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un medico o un operatore sanitario incontrato nei 12 mesi precedenti l'intervista.

Il gradiente geografico rispecchia quanto già osservato fra la popolazione adulta e la variabilità regionale mostra in testa alla classifica delle Regioni con le più alte quote di fumatori alcune del Centro-Sud, in particolare Lazio, Umbria, Basilicata e Puglia (Figura 40, Tabella 17).

## Alcol

---

### Il consumo di alcol fra gli adulti di 18-69 anni: PASSI 2015-2018

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%) ne fa un consumo a "maggior rischio" per la salute, per quantità o modalità di assunzione. Fra le modalità di consumo di alcol a rischio per la salute, le più frequenti sono il consumo *binge drinking* (9%) e il consumo prevalentemente fuori pasto (8%), meno frequente il consumo abituale elevato (3%).

Rispetto alle cattive abitudini, come fumo, eccesso ponderale, sedentarietà e scarso consumo di frutta e verdura, l'abuso di alcol mostra un gradiente sociale opposto, essendo più frequente fra le persone socialmente più avvantaggiate per risorse economiche e livello di istruzione.

Anche il gradiente geografico è molto diverso, rispetto a quanto si osserva per gli altri stili di vita, e caratterizza il Nord e in particolare il Nord Est: è nelle PA di Bolzano e Trento, in Friuli Venezia Giulia e in Veneto dove si osservano le quote più alte di consumatori di alcol "a maggior rischio". Molise e Sardegna sono le Regioni del Sud in cui il consumo di alcol a maggior rischio è più alto della media nazionale (Figura 41, Tabella 18).

### Il consumo di alcol fra gli ultra65enni: PASSI d'Argento 2016-2018

In Italia 6 ultra65enni su 10 dichiarano di non consumare abitualmente bevande alcoliche, 2 su 10 dichiarano un consumo moderato ma altre 2 su 10 (19%) riferiscono

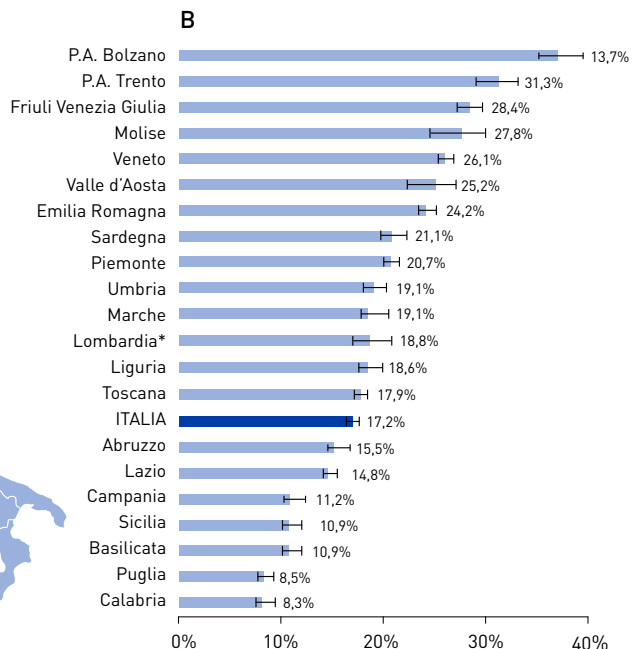
	Prevalenze grezze						Prevalenze standardizzate per età					
	Consumatori alcol "a maggior rischio"			Binge drinkers			Consumatori alcol "a maggior rischio"			Binge drinkers		
	%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%	
Piemonte	20,1	19,3	20,9	10,7	10,1	11,4	20,7	19,9	21,5	11,0	10,4	11,7
Valle D'Aosta	22,9	20,2	25,8	11,2	9,3	13,6	25,2	22,5	28,2	11,3	9,2	13,6
Lombardia *	19,3	17,3	21,4	9,8	8,4	11,4	18,8	17,0	20,9	9,6	8,3	11,2
P.A. Bolzano	38,0	35,7	40,3	19,3	17,5	21,3	37,4	35,1	39,6	19,0	17,1	20,9
P.A. Trento	30,9	29,0	32,9	14,3	12,8	15,9	31,3	29,4	33,3	14,4	12,9	16,1
Veneto	25,6	24,9	26,3	13,7	13,1	14,2	26,1	25,4	26,9	13,9	13,3	14,5
Friuli Venezia Giulia	27,8	26,6	28,9	13,4	12,5	14,3	28,4	27,2	29,7	14,1	13,2	15,1
Liguria	17,9	16,8	19,1	8,6	7,8	9,5	18,6	17,5	19,8	8,9	8,1	9,9
Emilia Romagna	23,4	22,6	24,2	13,3	12,7	14,0	24,2	23,4	25,1	13,8	13,1	14,5
Toscana	17,2	16,6	17,9	8,5	8,1	9,1	17,9	17,3	18,6	8,8	8,3	9,4
Umbria	18,5	17,4	19,6	10,7	9,8	11,6	19,1	18,0	20,3	11,0	10,1	12,0
Marche	18,2	16,8	19,6	10,7	9,6	11,9	19,1	17,7	20,5	11,2	10,1	12,4
Lazio	14,7	14,0	15,4	8,3	7,7	8,8	14,8	14,1	15,5	8,3	7,8	8,9
Abruzzo	15,3	14,3	16,3	9,0	8,2	9,9	15,5	14,5	16,6	9,2	8,3	10,1
Molise	29,4	25,9	33,0	19,7	16,6	23,2	27,8	24,6	31,2	18,8	15,9	22,1
Campania	11,5	10,6	12,5	6,7	6,0	7,5	11,2	10,4	12,1	6,7	6,0	7,5
Puglia	8,6	8,0	9,2	4,7	4,3	5,2	8,5	7,9	9,1	4,7	4,3	5,2
Basilicata	11,0	9,9	12,2	6,9	6,0	7,9	10,9	9,8	12,1	6,8	5,9	7,8
Calabria	8,5	7,6	9,5	4,8	4,1	5,6	8,3	7,4	9,3	4,6	3,9	5,5
Sicilia	11,1	10,1	12,2	5,5	4,7	6,3	10,9	10,0	12,0	5,4	4,7	6,3
Sardegna	20,5	19,2	21,9	12,7	11,6	13,9	21,1	19,7	22,5	13,0	11,9	14,2
<b>Italia</b>	<b>17,1</b>	<b>16,8</b>	<b>17,3</b>	<b>9,3</b>	<b>9,1</b>	<b>9,4</b>	<b>17,2</b>	<b>17,0</b>	<b>17,4</b>	<b>9,3</b>	<b>9,1</b>	<b>9,5</b>

**TABELLA 18. Consumo di alcol "a maggior rischio" tra i 18-69enni per Regione di residenza (dati grezzi e standardizzati per età)**

PASSI 2015-2018 (n~132mila)

I dati standardizzati consentono un corretto confronto fra Regioni con diverse strutture delle popolazioni per età.

\*Il dato della Regione Lombardia si riferisce al biennio 2015-2016 su una copertura parziale del territorio regionale che comprende la ASL della città di Milano.



**FIGURA 41. Consumo alcolico "a maggior rischio" fra i 18-69enni per Regione di residenza: confronto rispetto al valore nazionale (A) e prevalenze regionali (B). Dati standardizzati per età PASSI 2015-2018 (n~132mila)**

Il dato della Regione Lombardia si riferisce al biennio 2015-2016 su una copertura parziale del territorio regionale che comprende la ASL della città di Milano

### Definizioni operative degli indicatori PASSI

**Consumo alcolico a maggior rischio** è un indicatore composito che consente di stimare la quota cumulativa di persone 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 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)

### Definizioni indicatori PASSI d'Argento

**Consumo di alcol a rischio** Persone che bevono più di 1 unità alcolica (U.A.\*) al giorno (con riferimento alla settimana precedente l'intervista)

Le linee guida dell'INRAN (Istituto nazionale per la ricerca sugli alimenti e la nutrizione), in accordo con le indicazioni dell'OMS, consigliano agli ultra65enni di non superare questa soglia, sia per uomini che per donne. Questa fascia di popolazione infatti è particolarmente vulnerabile all'alcol.

Con l'età, la sensibilità agli effetti dell'alcol aumenta in conseguenza del mutamento fisiologico e metabolico dell'organismo; a partire dai 50 anni circa la quantità d'acqua presente nell'organismo diminuisce e l'alcol viene dunque diluito in una quantità minore di liquido.

Questo significa che, a parità di alcol ingerito, il tasso alcolemico in età più avanzate risulta più elevato e gli effetti sono più marcati.

un consumo “a rischio” per la loro salute, superando la soglia indicata dall'OMS (>1 Unità Alcolica\* al giorno per questa fascia di età).

Fra le persone che fanno un consumo di alcol a rischio per la salute, più della metà non supera le 2 UA\* al giorno e questo fa pensare che si tratti del bere durante i pasti, abitudine acquisita nel corso della vita che, si può immaginare, non venga percepita come rischiosa per la salute.

Preoccupante il numero di persone che assume alcol pur avendo una controindicazione assoluta, come i pazienti con malattie del fegato. L'attenzione da parte degli operatori sanitari al problema risulta molto bassa anche per questa fascia di età: circa il 10% degli ultra65enni consumatori di alcol a rischio riferisce di aver ricevuto il consiglio di bere meno dal medico o da un altro operatore sanitario, incontrato negli ultimi 12 mesi.

Il consumo di alcol a rischio disegna lo stesso gradiente sociale e geografico visto per la popolazione adulta, mediamente più frequente al Nord e Nord Est in particolare, ma alti valori si osservano in alcune Regioni del Centro-Sud (Figura 42, Tabella 19).

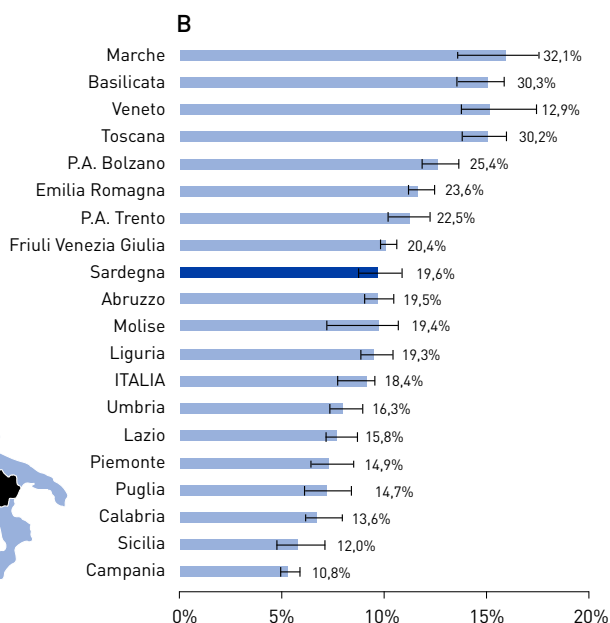
\* Una Unità Alcolica (UA) corrisponde a 12 grammi di etanolo, quantità approssimativamente contenuta in una lattina di birra (330 ml), un bicchiere di vino (125 ml) o un bicchierino di liquore (40 ml), alle gradazioni tipiche di queste bevande.

	Prevalenze grezze			Prevalenze standardizzate per età		
	Consumo alcol a rischio			Consumo alcol a rischio		
	%	IC95%		%	IC95%	
Piemonte	15,0	12,9	17,4	14,9	12,8	17,3
Valle D'Aosta *	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Lombardia *	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
P.A. Bolzano	25,5	23,6	27,5	25,4	23,5	27,4
P.A. Trento	22,3	20,1	24,7	22,5	20,3	24,9
Veneto	30,8	28,2	33,6	30,3	27,9	32,8
Friuli Venezia Giulia	20,4	19,5	21,3	20,4	19,5	21,3
Liguria	19,5	17,9	21,2	19,3	17,5	21,1
Emilia Romagna	23,2	21,9	24,6	23,6	22,3	25,0
Toscana	29,5	27,0	32,3	30,2	27,5	33,1
Umbria	16,0	14,3	17,7	16,3	14,6	18,1
Marche	30,0	25,0	35,5	32,1	27,2	37,4
Lazio	15,6	14,1	17,3	15,8	14,3	17,5
Abruzzo	19,2	17,6	20,8	19,5	17,9	21,2
Molise	10,3	5,3	19,3	19,4	14,4	25,7
Campania	11,3	10,3	12,4	10,8	9,8	11,8
Puglia	15,5	13,1	18,2	14,7	12,5	17,2
Basilicata	29,7	26,5	33,1	30,3	27,1	33,8
Calabria	13,6	12,0	15,3	13,6	12,1	15,3
Sicilia	12,0	9,4	15,2	12,0	9,6	15,0
Sardegna	19,6	17,4	21,9	19,6	17,5	22,0
<b>Italia</b>	<b>18,5</b>	<b>17,9</b>	<b>19,1</b>	<b>18,4</b>	<b>17,8</b>	<b>19,0</b>

**TABELLA 19. Consumo di alcol a rischio tra gli ultra65enni per Regione di residenza (dati grezzi e standardizzati per età)** PASSI d'Argento 2016-2018 (n~40mila)

I dati standardizzati consentono un corretto confronto fra Regioni con diverse strutture delle popolazioni per età.

\* Val d'Aosta e Lombardia non hanno partecipato alla sorveglianza.



**FIGURA 42. Consumo di alcol a rischio fra gli ultra65enni per Regione di residenza: confronto rispetto al valore nazionale (A) e prevalenze regionali (B). Dati standardizzati per età.** PASSI d'Argento 2016-2018 (n~40mila)

\* Val d'Aosta e Lombardia non hanno partecipato alla sorveglianza

## Sedentarietà

### La sedentarietà fra gli adulti di 18-69 anni: PASSI 2015-2018

Gli adulti italiani si distribuiscono quasi equamente fra i tre gruppi “fisicamente attivi”, “parzialmente attivi” e “sedentari” ma la quota di sedentari (35%), è statisticamente maggiore della quota di “attivi” (31%).

Il gradiente geografico è molto chiaro e a sfavore delle Regioni meridionali dove in alcune realtà la quota di sedentari raggiunge e supera abbondantemente il 50% della popolazione (Basilicata, Campania) (Figura 43, Tabella 20).

### La sedentarietà fra gli ultra65enni: PASSI d'Argento 2016-2018

Per valutare l'attività fisica fra gli ultra65enni in PASSI d'Argento si fa ricorso ad uno strumento specifico: il PASE “Physical Activity Scale for Elderly”.

Il PASE è uno strumento validato a livello internazionale e specifico per la popolazione di 65 anni e più, che consente di “misurare” i livelli di attività fisica, considerando le attività comunemente svolte da persone di questa età (come passeggiare, fare giardinaggio, curare l'orto, fare attività domestiche o piccole riparazioni e prendersi cura di un'altra persona) senza enfatizzare le sole attività sportive o ricreative, che pure vengono prese in considerazione.

La quota di sedentari (stimata attraverso il PASE) cresce al crescere dell'età (raggiunge il 62% dopo gli 85 anni), è leggermente maggiore fra le donne, tra coloro che hanno molte difficoltà economiche o un basso livello di istruzione, disegnando un gradiente sociale coerente a quanto visto nella popolazione adulta.

La variabilità regionale è ampia, la proporzione di sedentari varia dal 22% nella PA di Trento al 55% della Basilicata, è comunque mediamente più elevata nelle Regioni meridionali (Figura 44, Tabella 21).

#### PASE per “misurare” l'attività fisica negli ultra65enni

Per ogni intervistato il PASE restituisce un punteggio numerico che tiene conto del tipo di attività svolta nei 7 giorni precedenti l'intervista, della sua intensità e del tempo dedicatovi. A valori elevati di PASE corrispondono elevati livelli di attività fisica.

Le domande del PASE sono somministrate solo alle persone autonome nella deambulazione e considerate valide solo per gli intervistati che non abbiano fatto ricorso all'aiuto di un familiare o persona di fiducia per sostenere l'intervista.

Considerata la grande variabilità e il declino che accompagna fisiologicamente l'invecchiamento è difficile identificare un valore soglia del punteggio PASE che discrimini le persone fisicamente attive dalle persone sedentarie. A questo scopo si è ricorsi alla distribuzione in percentili dei punteggi PASE e si è, convenzionalmente, identificato il 40° percentile, corrispondente al punteggio PASE di 76, come “valore soglia” al di sotto del quale i livelli di attività fisica possono essere considerati insufficienti o comunque migliorabili, dal momento che la gran parte delle persone (60%) raggiunge livelli di attività fisica più elevati.

	Prevalenze grezze								
	Attivi			Parzialmente attivi			Sedentari		
	%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%	
Piemonte	31,7	30,8	32,7	36,4	35,4	37,3	31,9	31,0	32,9
Valle D'Aosta	35,2	32,0	38,5	38,6	35,4	42,0	26,2	23,3	29,3
Lombardia*	35,0	32,4	37,6	41,3	38,7	43,9	23,8	21,6	26,0
P.A. Bolzano	49,3	46,8	51,8	39,7	37,3	42,2	11,0	9,5	12,7
P.A. Trento	35,6	33,5	37,7	45,3	43,2	47,5	19,1	17,4	20,8
Veneto	34,6	33,8	35,4	44,8	43,9	45,6	20,6	20,0	21,3
Friuli Venezia Giulia	36,4	35,1	37,7	42,2	40,9	43,5	21,4	20,3	22,5
Liguria	36,3	34,9	37,7	36,6	35,2	38,1	27,1	25,8	28,4
Emilia Romagna	34,7	33,9	35,6	41,8	40,9	42,8	23,4	22,7	24,2
Toscana	31,9	31,1	32,7	36,7	35,8	37,6	31,4	30,6	32,3
Umbria	35,3	33,8	36,7	43,2	41,7	44,7	21,6	20,4	22,8
Marche	29,2	27,5	30,9	42,2	40,3	44,0	28,7	27,0	30,4
Lazio	28,6	27,6	29,5	37,0	36,0	38,0	34,4	33,5	35,4
Abruzzo	32,3	30,9	33,7	29,5	28,1	30,9	38,3	36,8	39,7
Molise	33,3	29,5	37,4	35,1	31,2	39,2	31,6	27,9	35,5
Campania	25,1	24,0	26,3	24,3	23,1	25,6	50,6	49,2	51,9
Puglia	30,0	29,1	31,0	23,7	22,8	24,6	46,3	45,3	47,4
Basilicata	22,7	21,2	24,2	15,1	13,8	16,4	62,2	60,5	64,0
Calabria	31,5	29,9	33,2	23,0	21,6	24,6	45,4	43,7	47,2
Sicilia	27,6	26,2	28,9	26,5	25,1	27,9	46,0	44,4	47,5
Sardegna	41,7	39,8	43,6	33,2	31,5	35,1	25,1	23,6	26,6
<b>Italia</b>	<b>31,4</b>	<b>31,1</b>	<b>31,7</b>	<b>34,1</b>	<b>33,8</b>	<b>34,5</b>	<b>34,5</b>	<b>34,2</b>	<b>34,8</b>

**TABELLA 20. Attività fisica tra i 18-69enni per Regione di residenza (dati grezzi e standardizzati per età)**

PASSI 2015-2018 (n~132mila)

I dati standardizzati consentono un corretto confronto fra Regioni con diverse strutture delle popolazioni per età.

\*Il dato della Regione Lombardia si riferisce al biennio 2015-2016 su una copertura parziale del territorio regionale che comprende la ASL della città di Milano

#### 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.

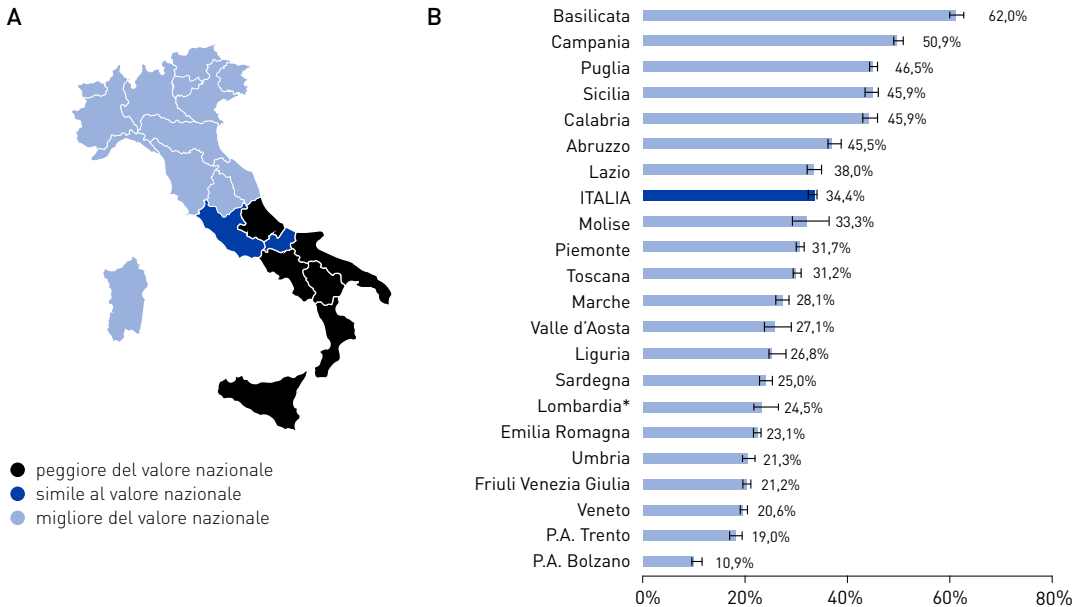
#### Definizioni indicatori PASSI d'Argento

- **Persone sedentarie**: Persone che hanno un punteggio PASE inferiore a 76, convenzionalmente fissato e pari al 40° percentile della distribuzione dei punteggi PASE del campione degli intervistati.

Nel campione 2016-2018 il PASE e la stima dei sedentari è fatto solo sul 72% degli intervistati (autonomi nella deambulazione e nel sostenere l'intervista).



Prevalenze standardizzate per età									
Attivi			Parzialmente attivi			Sedentari			
%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%		
31,8	30,9	32,8	36,5	35,5	37,5	31,7	30,8	32,6	
34,9	31,8	38,1	38,1	34,9	41,3	27,1	24,3	30,1	
34,1	31,6	36,7	41,4	38,8	44,1	24,5	22,3	26,8	
48,8	46,3	51,3	40,3	37,9	42,8	10,9	9,5	12,6	
35,8	33,7	38,0	45,2	43,0	47,5	19,0	17,3	20,7	
34,5	33,7	35,4	44,9	44,0	45,7	20,6	19,9	21,3	
36,2	34,9	37,6	42,6	41,2	44,0	21,2	20,1	22,4	
36,4	35,0	37,9	36,9	35,4	38,3	26,8	25,5	28,1	
35,1	34,2	36,0	41,8	40,9	42,8	23,1	22,3	23,8	
32,1	31,3	33,0	36,7	35,8	37,6	31,2	30,4	32,0	
35,4	34,0	36,9	43,3	41,8	44,8	21,3	20,1	22,5	
29,6	27,9	31,3	42,3	40,5	44,1	28,1	26,5	29,8	
28,6	27,6	29,5	37,1	36,1	38,1	34,4	33,4	35,4	
32,3	30,9	33,7	29,7	28,3	31,1	38,0	36,6	39,5	
32,6	29,1	36,3	34,1	30,3	38,1	33,3	29,6	37,2	
24,7	23,6	25,9	24,3	23,1	25,5	50,9	49,6	52,3	
29,9	28,9	30,9	23,7	22,8	24,6	46,5	45,4	47,5	
22,7	21,3	24,2	15,2	14,0	16,6	62,0	60,3	63,7	
31,4	29,9	33,1	23,1	21,7	24,6	45,5	43,8	47,2	
27,7	26,4	29,1	26,5	25,1	27,9	45,9	44,3	47,4	
41,6	39,8	43,4	33,5	31,8	35,2	25,0	23,5	26,5	
<b>31,4</b>	<b>31,1</b>	<b>31,7</b>	<b>34,2</b>	<b>33,9</b>	<b>34,6</b>	<b>34,4</b>	<b>34,0</b>	<b>34,7</b>	



**FIGURA 43. Sedentarietà fra i 18-69enni per Regione di residenza: confronto rispetto al valore nazionale (A) e prevalenze regionali (B). Dati standardizzati per età. PASSI 2015-2018 (n~132mila)**

\*Il dato della Regione Lombardia si riferisce al biennio 2015-2016 su una copertura parziale del territorio regionale che comprende la ASL della città di Milano

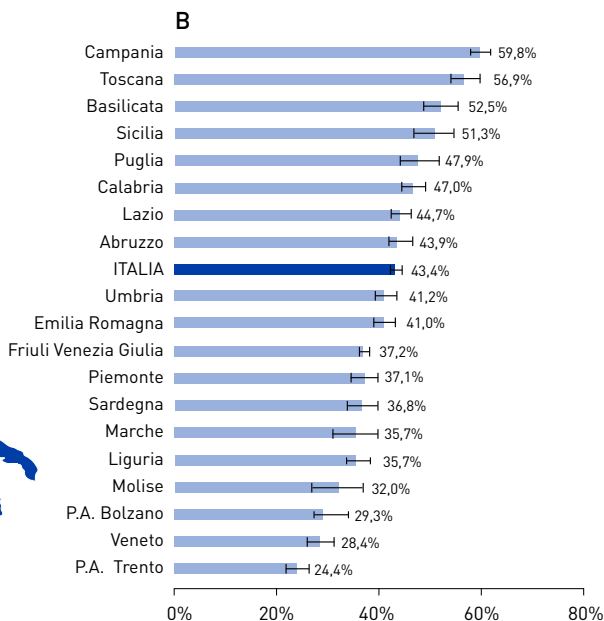
	Prevalenze grezze						Prevalenze standardizzate per età					
	Sedentari			Parzialmente Attivi / Attivi			Sedentari			Parzialmente Attivi / Attivi		
	%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%	
Piemonte	35,7	31,8	39,8	64,3	60,2	68,2	37,1	33,8	40,6	62,1	58,6	65,4
Valle D'Aosta *	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Lombardia *	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
P.A. Bolzano	26,5	24,4	28,7	73,5	71,3	75,6	29,3	27,1	31,5	70,5	68,2	72,6
P.A. Trento	22,1	19,6	24,7	78,0	75,3	80,4	24,4	21,9	27,1	74,9	72,2	77,5
Veneto	26,8	23,6	30,1	73,2	69,9	76,4	28,4	25,5	31,6	70,4	67,3	73,3
Friuli Venezia Giulia	34,3	33,2	35,5	65,7	64,5	66,8	37,2	36,0	38,4	62,6	61,4	63,8
Liguria	33,6	31,4	36,0	66,4	64,1	68,6	35,7	33,3	38,2	63,9	61,4	66,3
Emilia Romagna	38,6	36,8	40,4	61,4	59,6	63,2	41,0	39,2	42,8	58,0	56,2	59,8
Toscana	54,4	50,9	57,8	45,6	42,2	49,1	56,9	53,6	60,1	41,8	38,6	45,1
Umbria	37,6	34,9	40,3	62,4	59,7	65,1	41,2	38,6	43,8	57,7	55,1	60,3
Marche	36,5	30,2	43,3	63,5	56,7	69,8	35,7	31,0	40,8	60,7	55,7	65,5
Lazio	42,4	40,0	44,9	57,6	55,1	60,0	44,7	42,3	47,2	54,6	52,1	57,1
Abruzzo	39,3	36,8	41,9	60,7	58,1	63,2	43,9	41,5	46,5	55,1	52,6	57,6
Molise	24,7	14,3	39,2	75,3	60,8	85,7	32,0	26,8	37,7	65,7	60,0	71,0
Campania	55,2	53,1	57,3	44,8	42,7	46,9	59,8	57,6	62,0	39,9	37,7	42,1
Puglia	44,5	40,0	49,1	55,5	50,9	60,0	47,9	43,7	52,2	49,0	44,7	53,3
Basilicata	55,2	50,7	59,7	44,8	40,3	49,3	52,5	48,2	56,7	43,0	38,8	47,3
Calabria	43,1	40,3	46,0	56,9	54,0	59,8	47,0	44,4	49,6	52,1	49,5	54,7
Sicilia	49,5	44,1	55,0	50,5	45,0	55,9	51,3	46,5	56,1	43,8	39,0	48,6
Sardegna	34,6	31,3	38,1	65,4	61,9	68,7	36,8	33,5	40,1	62,6	59,2	65,8
<b>Italia</b>	<b>39,8</b>	<b>38,9</b>	<b>40,7</b>	<b>60,2</b>	<b>59,3</b>	<b>61,1</b>	<b>43,4</b>	<b>42,4</b>	<b>44,4</b>	<b>56,6</b>	<b>55,6</b>	<b>57,6</b>

**TABELLA 21. Attività fisica tra gli ultra65enni per Regione di residenza (dati grezzi e standardizzati per età)**

PASSI d'Argento 2016-2018 (n~40mila)

I dati standardizzati consentono un corretto confronto fra Regioni con diverse strutture delle popolazioni per età.

\* Val d'Aosta e Lombardia non hanno partecipato alla sorveglianza



**FIGURA 44. Sedentarietà fra gli ultra65enni per Regione di residenza: confronto rispetto al valore nazionale (A) e prevalenze regionali (B). Dati standardizzati per età PASSI d'Argento 2016-2018 (n~40mila)**

\* Val d'Aosta e Lombardia non hanno partecipato alla sorveglianza

## Eccesso ponderale

### L'eccesso ponderale fra gli adulti di 18-69 anni: PASSI 2015-2018

In Italia più di 4 adulti su 10 sono in eccesso ponderale, di questi 3 sono in sovrappeso (32%) e 1 obeso (11%).

L'eccesso ponderale, più frequente per gli uomini, disegna un gradiente sociale a sfavore delle persone con maggiori difficoltà economiche e bassa istruzione.

Il gradiente geografico è chiaro, divide l'Italia in due mostrando quote crescenti di persone in sovrappeso o obese dal Nord al Sud Italia. La Campania continua a detenere il primato per quota più alta di persone in eccesso ponderale seguita da Calabria, Molise, Sicilia con valori non molto distanti (Figura 45, Tabella 22).

### L'eccesso ponderale fra gli ultra65enni: PASSI d'Argento 2016-2018

In ogni fase della vita lo stato nutrizionale è un importante determinante delle condizioni di salute e in particolare, in età avanzata, gli eccessi, così come le carenze alimentari, sono entrambi in grado di provocare la comparsa di processi patologici a carico di vari organi e di favorire il processo di invecchiamento dell'organismo. L'eccesso di peso favorisce l'insorgenza o l'aggravamento di patologie preesistenti (dismetaboliche, cardiovascolari, osteo-articolari) e influisce negativamente sulla qualità della vita della persona. La perdita di peso non intenzionale rappresenta, invece, un indicatore comunemente utilizzato per la fragilità dell'anziano.

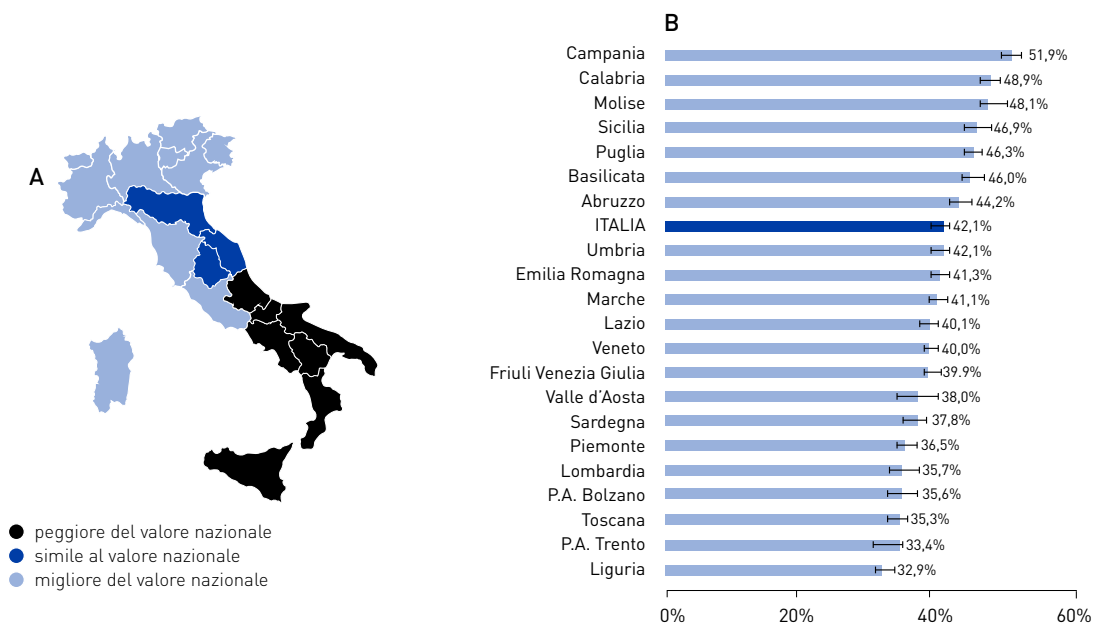
Fra gli anziani l'eccesso ponderale è una condizione meno frequente con l'avanzare dell'età e, superati i 75 anni di età, l'indice di massa corporea è comunque soggetto a variazioni legate a fattori biologici e patologici e, se all'aumentare dell'età si riduce la quota di anziani in eccesso ponderale, aumenta progressivamente la quota di persone che perdono peso indipendentemente dalla loro volontà, fattore questo potenzialmente fragilizzante.

#### Definizioni operative degli indicatori PASSI e PASSI d'Argento

- **Persona in eccesso ponderale:** è una persona con un indice di massa corporea\* maggiore o uguale a 25,0 kg/m<sup>2</sup> calcolato dai valori autoriferiti di peso e altezza; ovvero in sovrappeso o obesa.
- **Persona in sovrappeso:** è una persona con un indice di massa corporea compreso tra 25,0 e 29,9 kg/m<sup>2</sup> calcolato dai valori autoriferiti di peso e altezza.
- **Persona obesa:** è una persona con indice di massa corporea maggiore o uguale a 30,0 kg/m<sup>2</sup> calcolato dai valori autoriferiti di peso e altezza.

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

	Prevalenze grezze								
	Eccesso ponderale (sovrappeso e/o obesità)			Sovrappeso			Obesità		
	%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%	
Piemonte	37,5	36,6	38,4	28,9	28,1	29,8	8,6	8,0	9,1
Valle D'Aosta	37,8	34,7	41,1	26,9	24,0	30,0	10,9	9,0	13,2
Lombardia *	35,4	32,9	37,9	27,5	25,2	29,9	7,9	6,5	9,6
P.A. Bolzano	34,7	32,4	37,0	27,8	25,7	30,1	6,9	5,7	8,3
P.A. Trento	34,0	32,0	36,1	26,5	24,7	28,5	7,5	6,4	8,7
Veneto	40,7	39,9	41,5	30,8	30,1	31,6	9,8	9,3	10,3
Friuli Venezia Giulia	41,1	39,8	42,3	30,6	29,4	31,8	10,4	9,7	11,3
Liguria	34,3	33,0	35,6	26,0	24,7	27,2	8,3	7,5	9,2
Emilia Romagna	42,3	41,4	43,2	30,6	29,7	31,4	11,8	11,2	12,4
Toscana	36,4	35,6	37,3	28,1	27,4	28,9	8,3	7,8	8,8
Umbria	43,0	41,6	44,4	32,4	31,1	33,8	10,6	9,7	11,6
Marche	42,2	40,4	44,1	33,5	31,6	35,4	8,8	7,7	10,0
Lazio	40,4	39,4	41,3	31,1	30,2	32,1	9,2	8,7	9,8
Abruzzo	44,6	43,2	46,1	33,2	31,9	34,6	11,4	10,5	12,4
Molise	48,5	44,6	52,4	35,1	31,3	39,2	13,3	10,8	16,4
Campania	50,9	49,6	52,3	36,7	35,4	38,1	14,2	13,3	15,2
Puglia	45,8	44,7	46,8	33,3	32,3	34,3	12,5	11,8	13,2
Basilicata	46,2	44,6	47,8	36,9	35,3	38,5	9,2	8,3	10,3
Calabria	48,4	46,8	50,1	34,0	32,5	35,6	14,4	13,2	15,7
Sicilia	46,7	45,2	48,2	33,3	31,9	34,8	13,3	12,3	14,5
Sardegna	38,8	37,0	40,7	28,4	26,7	30,2	10,4	9,3	11,6
<b>Italia</b>	<b>42,4</b>	<b>42,1</b>	<b>42,8</b>	<b>31,6</b>	<b>31,3</b>	<b>31,9</b>	<b>10,9</b>	<b>10,6</b>	<b>11,1</b>



**FIGURA 45. Eccesso ponderale (sovrappeso e obesità) fra i 18-69enni per Regione di residenza: confronto rispetto al valore nazionale (A) e prevalenze regionali (B). Dati standardizzati per età** PASSI 2015-2018 (n=132mila)

Il dato della Regione Lombardia si riferisce al biennio 2015-2016 su una copertura parziale del territorio regionale che comprende la ASL della città di Milano

Prevalenze standardizzate per età								
Eccesso ponderale (sovrappeso e/o obesità)			Sovrappeso			Obesità		
%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%	
36,5	35,6	37,4	28,2	27,4	29,1	8,3	7,7	8,8
38,0	34,9	41,2	26,3	23,4	29,3	11,8	9,9	13,9
35,7	33,2	38,2	27,8	25,5	30,2	7,9	6,5	9,5
35,6	33,3	38,0	28,7	26,5	30,9	7,0	5,8	8,4
33,4	31,4	35,4	26,1	24,2	28,0	7,3	6,3	8,6
40,0	39,2	40,8	30,4	29,7	31,2	9,6	9,1	10,1
39,9	38,6	41,2	30,1	28,8	31,3	9,8	9,1	10,7
32,9	31,6	34,2	24,9	23,7	26,2	8,0	7,2	8,8
41,3	40,5	42,2	30,0	29,1	30,8	11,4	10,8	12,0
35,3	34,5	36,1	27,3	26,5	28,0	8,0	7,6	8,5
42,1	40,7	43,5	31,8	30,5	33,2	10,2	9,4	11,2
41,1	39,3	42,8	32,7	31,0	34,4	8,4	7,4	9,6
40,1	39,1	41,0	30,9	30,0	31,9	9,1	8,6	9,7
44,2	42,8	45,6	33,0	31,7	34,4	11,2	10,3	12,1
48,1	44,4	51,8	36,0	32,5	39,8	12,1	9,9	14,7
51,9	50,6	53,2	37,4	36,1	38,7	14,5	13,6	15,5
46,3	45,3	47,3	33,7	32,7	34,7	12,6	11,9	13,4
46,0	44,4	47,6	36,9	35,4	38,5	9,1	8,2	10,1
48,9	47,3	50,5	34,6	33,0	36,2	14,3	13,1	15,6
46,9	45,4	48,4	33,5	32,1	34,9	13,4	12,4	14,5
37,8	36,2	39,5	27,7	26,2	29,2	10,1	9,1	11,2
<b>42,1</b>	<b>41,7</b>	<b>42,4</b>	<b>31,4</b>	<b>31,0</b>	<b>31,7</b>	<b>10,7</b>	<b>10,5</b>	<b>10,9</b>

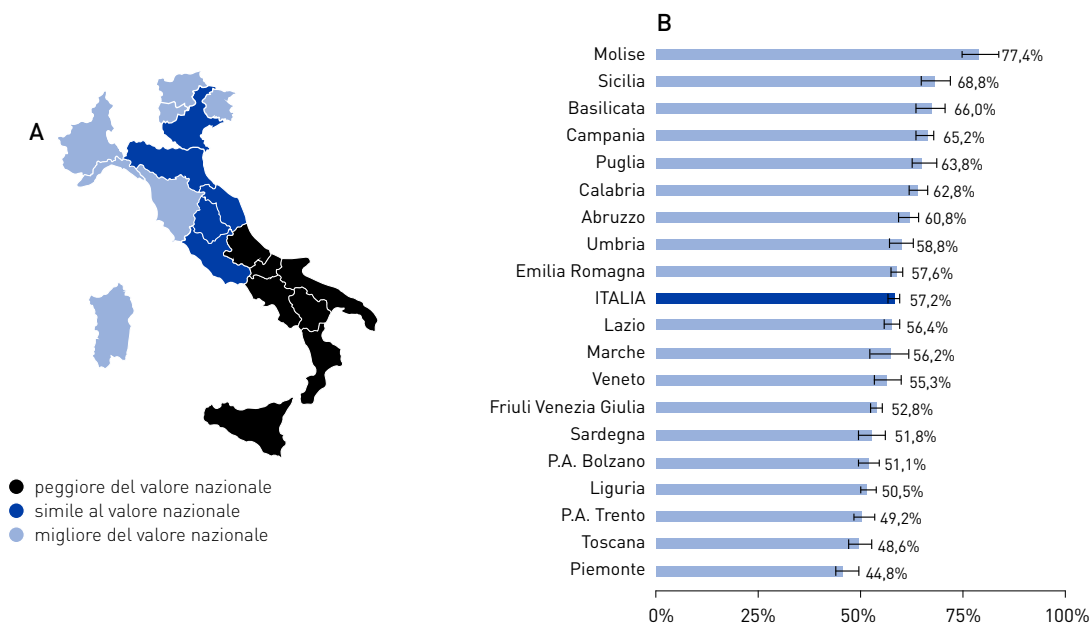
**TABELLA 22. Eccesso ponderale, sovrappeso e obesità tra i 18-69enni per Regione di residenza (dati grezzi e standardizzati per età) PASSI 2015-2018 (n~132mila)**

I dati standardizzati consentono un corretto confronto fra Regioni con diverse strutture delle popolazioni per età. Il dato della Regione Lombardia si riferisce al biennio 2015-2016 su una copertura parziale del territorio regionale che comprende la ASL della città di Milano.

I dati riferiti dagli intervistati PASSI d'Argento relativi a peso e altezza portano a stimare che la gran parte delle persone ultra65enni (57%) è in eccesso ponderale: 43% in sovrappeso e 14% obeso.

Come per gli adulti è chiaro un gradiente sociale a sfavore delle persone con difficoltà economiche e basso livello di istruzione e un gradiente geografico a sfavore delle Regioni meridionali, dove l'eccesso di peso riguarda il 65% degli ultra65enni in Puglia, Basilicata e Campania, con Campania, Sicilia e Abruzzo che detengono il primato per obesità fra gli ultra65enni (17%) (Figura 46, Tabella 23).

	Prevalenze grezze								
	Eccesso ponderale (sovrappeso e/o obesità)			Sovrappeso			Obesità		
	%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%	
Piemonte	45,2	41,6	48,8	35,3	32,0	38,9	9,8	8,0	12,0
Valle D'Aosta	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Lombardia *	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
P.A. Bolzano	51,4	48,9	53,8	39,2	36,8	41,6	12,2	10,6	13,9
P.A. Trento	48,8	45,8	51,8	38,0	35,2	41,0	10,8	9,1	12,7
Veneto	55,9	52,7	59,1	42,0	38,8	45,2	13,9	11,8	16,3
Friuli Venezia Giulia	52,8	51,7	53,9	39,3	38,2	40,4	13,5	12,8	14,3
Liguria	50,4	48,1	52,6	39,2	37,0	41,4	11,2	9,9	12,6
Emilia Romagna	57,5	55,8	59,2	41,7	40,0	43,4	15,8	14,6	17,1
Toscana	49,7	46,4	53,1	41,5	38,2	44,9	8,2	6,6	10,1
Umbria	58,7	56,1	61,1	42,9	40,4	45,4	15,7	14,0	17,7
Marche	55,9	49,7	62,0	43,9	37,8	50,2	12,0	8,4	17,0
Lazio	56,4	54,1	58,8	42,9	40,6	45,2	13,6	12,1	15,2
Abruzzo	60,6	58,4	62,8	43,9	41,6	46,1	16,7	15,1	18,5
Molise	86,2	73,5	93,4	63,3	34,2	85,2	22,9	6,9	54,3
Campania	66,4	64,5	68,2	49,1	47,2	51,1	17,3	15,8	18,8
Puglia	64,9	60,8	68,8	50,9	46,5	55,3	14,0	11,6	16,8
Basilicata	66,3	62,2	70,3	51,8	47,4	56,1	14,6	11,8	17,9
Calabria	63,1	60,6	65,6	47,1	44,4	49,8	16,0	14,3	17,9
Sicilia	67,2	62,9	71,2	50,5	45,7	55,3	16,6	13,2	20,8
Sardegna	52,0	48,8	55,2	37,8	34,8	40,9	14,2	11,9	16,9
<b>Italia</b>	<b>57,5</b>	<b>56,7</b>	<b>58,4</b>	<b>43,5</b>	<b>42,6</b>	<b>44,4</b>	<b>14,0</b>	<b>13,5</b>	<b>14,6</b>



**FIGURA 46. Eccesso ponderale fra gli ultra65enni per Regione di residenza: confronto rispetto al valore nazionale (A) e prevalenze regionali (B). Dati standardizzati per età** PASSI d'Argento 2016-2018 (n~40mila)

\* Val d'Aosta e Lombardia non hanno partecipato alla sorveglianza.

Prevalenze standardizzate per età								
Eccesso ponderale (sovrappeso e/o obesità)			Sovrappeso			Obesità		
%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%	
44,8	41,4	48,2	34,8	31,6	38,2	10,0	8,2	12,1
n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
51,1	48,6	53,5	39,2	36,8	41,7	11,9	10,3	13,6
49,2	46,2	52,1	38,3	35,5	41,2	10,9	9,2	12,8
55,3	52,2	58,3	41,5	38,5	44,5	13,8	11,8	16,1
52,8	51,7	53,9	39,3	38,2	40,4	13,5	12,7	14,3
50,5	48,1	53,0	39,7	37,3	42,1	10,9	9,6	12,4
57,6	55,9	59,3	41,7	40,0	43,4	15,9	14,7	17,2
48,6	45,1	52,2	41,0	37,6	44,5	7,7	6,2	9,5
58,8	56,2	61,3	42,8	40,3	45,3	16,0	14,2	17,9
56,2	50,6	61,6	44,7	39,0	50,5	11,5	8,2	15,9
56,4	54,1	58,7	42,8	40,5	45,1	13,6	12,1	15,2
60,8	58,6	63,0	44,0	41,7	46,3	16,9	15,2	18,7
77,4	71,9	82,1	50,6	44,8	56,5	26,8	21,8	32,5
65,2	63,3	67,1	48,3	46,3	50,2	16,9	15,5	18,5
63,8	60,1	67,5	50,3	46,3	54,3	13,5	11,3	16,1
66,0	62,1	69,8	51,4	47,1	55,7	14,6	11,9	17,9
62,8	60,4	65,1	46,9	44,4	49,4	15,9	14,2	17,7
66,8	63,0	70,5	49,4	44,9	53,8	17,5	14,1	21,4
51,8	48,6	54,9	37,9	34,9	41,0	13,9	11,7	16,3
<b>57,2</b>	<b>56,3</b>	<b>58,0</b>	<b>43,2</b>	<b>42,4</b>	<b>44,1</b>	<b>13,9</b>	<b>13,4</b>	<b>14,5</b>

**TABELLA 23. Eccesso ponderale tra gli ultra65enni per Regione di residenza (dati grezzi e standardizzati per età) PASSI d'Argento 2016-2018 (n~40mila)**

I dati standardizzati consentono un corretto confronto fra Regioni con diverse strutture delle popolazioni per età

\* Val d'Aosta e Lombardia non hanno partecipato alla sorveglianza

## Consumo di frutta e verdura

### Il consumo di frutta e verdura fra gli adulti di 18-69 anni: PASSI 2015-2018

In Italia meno di 5 adulti su 10 consumano abitualmente non più di 2 porzioni al giorno di frutta o verdura, 4 su 10 ne consumano 3-4 porzioni, mentre solo 1 su 10 (10%) consuma la quantità raccomandata, ovvero 5 porzioni al giorno (*five a day*).

Questa buona abitudine (consumo di almeno 5 porzioni di frutta e/o verdura) resta poco frequente anche nei diversi sottogruppi della popolazione, ma riesce comunque a disegnare un gradiente sociale a sfavore delle persone con molte difficoltà economiche o un livello di istruzione non alto e disegna un gradiente geografico a sfavore del mezzogiorno (Figura 47, Tabella 24).

#### Definizioni operative degli indicatori PASSI e PASSI d'Argento

“**Five a day**”: quota di persone che consumano abitualmente almeno 5 porzioni di frutta e/o verdura al giorno (quantità giornaliera raccomandata pari a circa 400 gr)

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; una porzione così definita corrisponde all'incirca a 80 grammi di questi alimenti.

## Il consumo di frutta e verdura fra gli ultra65enni: PASSI d'Argento 2016-2018

Anche fra gli ultra65enni la quota di persone che consuma 5 porzioni di frutta e/o verdura al giorno, come raccomandato anche in questa età, non è diversa da quanto si osserva fra la popolazione adulta: su 10 persone solo 1 consuma almeno 5 porzioni al giorno (*five a day*). Tuttavia, anche se pochi raggiungono la quantità raccomandata, la gran parte degli ultra65enni (56%) consuma almeno 3 porzioni di frutta e verdura al giorno.

Il consumo di frutta e/o verdura si riduce con l'età, presumibilmente per problemi

	Prevalenze grezze			Prevalenze standardizz. per età		
	Aderenti al "five a day"					
	%	IC95%		%	IC95%	
Piemonte	12,3	11,7	12,9	12,0	11,4	12,7
Valle D'Aosta	10,2	8,3	12,5	10,5	8,6	12,8
Lombardia *	11,5	9,9	13,4	11,5	9,9	13,3
P.A. Bolzano	9,0	7,7	10,5	9,1	7,7	10,6
P.A. Trento	12,9	11,6	14,4	12,6	11,3	14,1
Veneto	12,1	11,6	12,6	12,0	11,4	12,5
Friuli V. Giulia	11,8	11,0	12,7	11,5	10,7	12,4
Liguria	17,2	16,1	18,4	16,5	15,4	17,6
Emilia Romagna	9,7	9,2	10,3	9,6	9,1	10,2
Toscana	10,3	9,8	10,8	10,1	9,6	10,6
Umbria	7,4	6,7	8,3	7,3	6,6	8,2

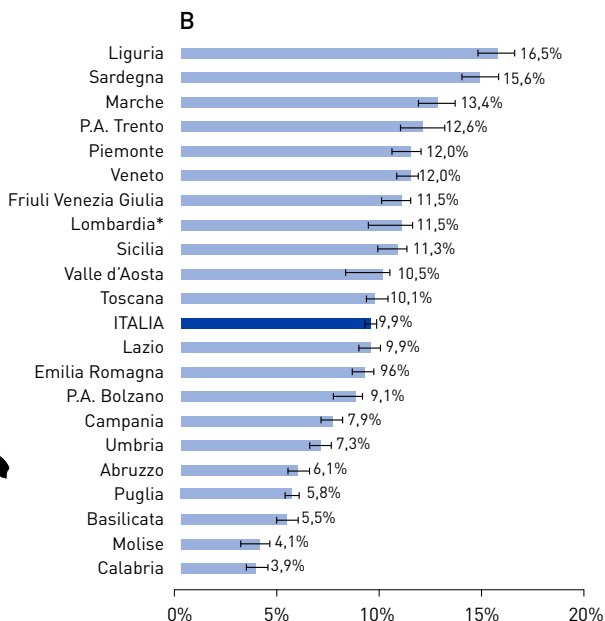
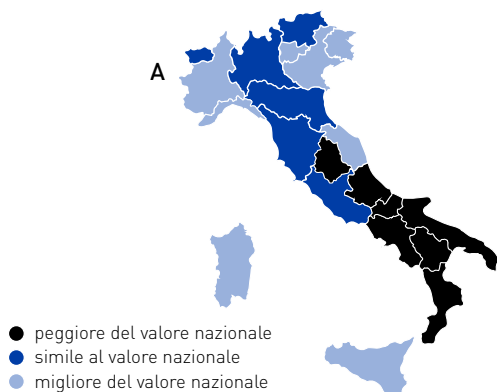
  

	Prevalenze grezze			Prevalenze standardizz. per età		
	Aderenti al "five a day"					
	%	IC95%		%	IC95%	
Marche	13,6	12,4	15,0	13,4	12,3	14,7
Lazio	10,0	9,4	10,6	9,9	9,3	10,5
Abruzzo	6,1	5,4	6,8	6,1	5,4	6,8
Molise	4,4	3,0	6,4	4,1	2,9	6,0
Campania	7,8	7,1	8,5	7,9	7,2	8,6
Puglia	5,7	5,3	6,2	5,8	5,3	6,3
Basilicata	5,5	4,9	6,3	5,5	4,8	6,3
Calabria	3,8	3,2	4,5	3,9	3,2	4,6
Sicilia	11,1	10,2	12,0	11,3	10,4	12,2
Sardegna	16,0	14,6	17,5	15,6	14,4	16,8
<b>Italia</b>	<b>10,0</b>	<b>9,8</b>	<b>10,2</b>	<b>9,9</b>	<b>9,7</b>	<b>10,1</b>

**TABELLA 24. Consumo di frutta e verdura tra i 18-69enni per Regione di residenza (dati grezzi e standardizzati per età) PASSI 2015-2018 (n~132mila)**

I dati standardizzati consentono un corretto confronto fra Regioni con diverse strutture delle popolazioni per età

\* Il dato della Regione Lombardia si riferisce al biennio 2015-2016 su una copertura parziale del territorio regionale che comprende la ASL della città di Milano



**FIGURA 47. Consumo di frutta e verdura fra i 18-69enni (adesione al *five a day*) per Regione di residenza: confronto rispetto al valore nazionale (A) e prevalenze regionali (B). Dati standardizzati per età**

PASSI 2015-2018 (n~132mila)



di masticazione (fra coloro che riferiscono problemi nella masticazione oltre la metà non supera le 2 porzioni al giorno e meno di 1 persona su 10 riesce a consumare 5 porzioni di frutta e/o verdura) e disegna lo stesso gradiente sociale e geografico osservato per gli adulti, per cui consumano meno frutta e verdura le persone con difficoltà economiche, bassa istruzione e residenti nelle Regioni meridionali, confermando le Regioni meridionali agli ultimi posti rispetto a quelle del Centro-Nord Italia (Figura 48, Tabella 25).

	Prevalenze grezze			Prevalenze standardizz. per età		
	Aderenti al "five a day"					
	%	IC95%		%	IC95%	
Piemonte	10,7	8,8	12,8	10,3	8,6	12,3
Valle D'Aosta	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Lombardia *	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
P.A. Bolzano	5,8	4,8	7,0	5,9	4,9	7,1
P.A. Trento	16,4	14,4	18,6	16,4	14,4	18,6
Veneto	14,6	12,7	16,7	14,5	12,6	16,5
Friuli V. Giulia	10,6	9,9	11,3	10,6	9,9	11,4
Liguria	21,7	20,0	23,5	21,4	19,6	23,4
Emilia Romagna	15,0	13,8	16,2	15,3	14,1	16,6
Toscana	15,3	13,2	17,7	15,1	12,9	17,5
Umbria	7,2	6,1	8,6	7,5	6,3	8,9

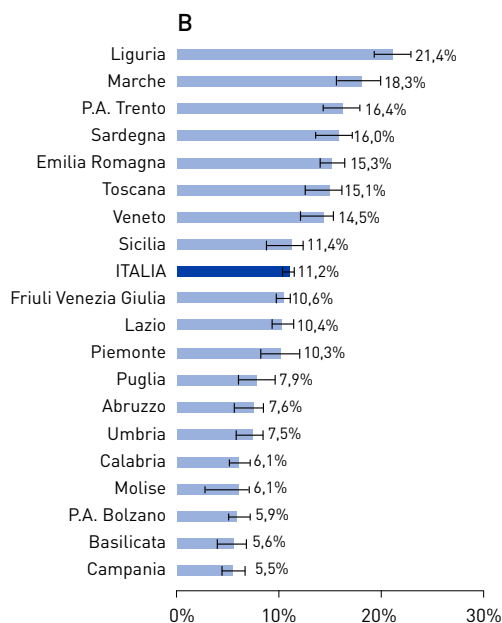
	Prevalenze grezze			Prevalenze standardizz. per età		
	Aderenti al "five a day"					
	%	IC95%		%	IC95%	
Marche	18,8	14,7	23,6	18,3	15,0	22,1
Lazio	10,3	9,1	11,6	10,4	9,2	11,8
Abruzzo	7,4	6,3	8,6	7,6	6,5	8,8
Molise	3,7	1,7	8,0	6,1	3,4	10,5
Campania	5,8	5,1	6,6	5,5	4,8	6,3
Puglia	7,9	6,1	10,2	7,9	6,2	10,1
Basilicata	5,7	4,2	7,7	5,6	4,1	7,5
Calabria	6,4	5,0	8,1	6,1	4,9	7,6
Sicilia	11,8	9,2	15,0	11,4	9,0	14,3
Sardegna	16,3	14,1	18,8	16,0	13,9	18,4
<b>Italia</b>	<b>11,2</b>	<b>10,7</b>	<b>11,7</b>	<b>11,2</b>	<b>10,7</b>	<b>11,7</b>

**TABELLA 25. Consumo di frutta e verdura tra gli ultra65enni per Regione di residenza (dati grezzi e standardizzati per età)**

PASSI d'Argento 2016-2018 (n~40mila)

I dati standardizzati consentono un corretto confronto fra Regioni con diverse strutture delle popolazioni per età

\* Val d'Aosta e Lombardia non hanno partecipato alla sorveglianza



**FIGURA 48. Consumo di frutta e verdura (adesione al five a day) fra gli ultra65enni per Regione di residenza: confronto rispetto al valore nazionale (A) e prevalenze regionali (B). Dati standardizzati per età**

PASSI d'Argento 2016-2018 (n~40mila). Val d'Aosta e Lombardia non hanno partecipato alla sorveglianza



# 9 Fattori di rischio dopo la diagnosi di cancro

## Gli ultra65enni in Italia con diagnosi di tumore: i fattori di rischio modificabili

### I dati della sorveglianza PASSI d'Argento 2016-2017

---

Maria Masocco<sup>1</sup>, Valentina Minardi<sup>1</sup>, Benedetta Contoli<sup>1</sup>, Gruppo Tecnico Nazionale PASSI e PASSI d'Argento\*, Jennifer Foglietta<sup>2</sup>, Fabrizio Nicolis<sup>3</sup>, Stefania Gori<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della Salute - Istituto Superiore di Sanità

<sup>2</sup> SC Oncologia Medica e Traslazionale, Ospedale Santa Maria, Terni

<sup>3</sup> Direzione Sanitaria, IRCCS Sacro Cuore Don Calabria, Negrar di Valpolicella

<sup>4</sup> UOC Oncologia Medica, IRCCS Sacro Cuore Don Calabria, Negrar di Valpolicella

\* Gruppo Tecnico Nazionale PASSI e PASSI d'Argento (vedi pag. 107)

In Italia, negli ultimi 15 anni, si è registrato un aumento continuo del numero delle persone vive dopo una diagnosi di tumore (= prevalenti) pari al 3% l'anno, grazie ai progressi in ambito diagnostico-terapeutico.

Nel 2017 erano 3.304.648 gli italiani vivi dopo una diagnosi di tumore (46% uomini e 54% donne)<sup>1</sup> e sono arrivati a essere oltre 3.600.00 nel 2020 (vedi Figura 12, pagina 30). Il numero di queste persone 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 (nel 2020, oltre 834.000 donne) seguito dal carcinoma del colon-retto.

Negli uomini, al primo posto tra i prevalenti sono coloro che hanno avuto una diagnosi di carcinoma della prostata (oltre 563.000 nel 2020), seguiti da coloro che hanno avuto una diagnosi di carcinoma del colon-retto e vescica.

Complessivamente, circa il 40% di queste persone sono tra i 60-74 anni d'età e circa il 35% sono di età pari o superiore a 75 anni<sup>1</sup>.

Per queste persone è importante seguire stili di vita salutari che possono incidere positivamente sul loro stato di salute generale (cardiovascolare, respiratorio, osseo, ecc.) ma anche sul rischio di recidiva di tumore e sul rischio di comparsa di un secondo tumore (diverso dal primo). Esistono infatti evidenze di come, per esempio, praticare

attività fisica moderata possa ridurre il rischio di ripresa di carcinoma mammario nelle donne già trattate per carcinoma della mammella in fase iniziale. Esistono inoltre dati che evidenziano<sup>2</sup> un rischio aumentato di secondi tumori per le sedi tumorali che condividono la medesima esposizione a fattori cancerogeni del primo tumore, come i tumori fumo-correlati. Infatti i pazienti con una prima diagnosi di carcinoma del polmone, cavità orale, esofago, laringe o vescica presentano un rischio aumentato di sviluppare un altro secondo tumore nelle sedi tumorali associate al fumo di tabacco, in entrambi i sessi. Una associazione tra le diverse sedi tumorali è presente anche per i tumori alcol-correlati, come quelli della cavità orale, faringe, esofago, laringe e fegato.

### **Risultati del Sistema di Sorveglianza PASSI d'ARGENTO 2016-2017\***

I risultati del Sistema di Sorveglianza PASSI d'Argento 2016-2017, che descrivono il profilo delle persone ultra65enni con diagnosi di tumore in un confronto con persone affette da altre patologie croniche fra quelle indagate in Passi d'Argento e con le persone libere da cronicità, riportano anche i **dati relativi agli stili di vita**.

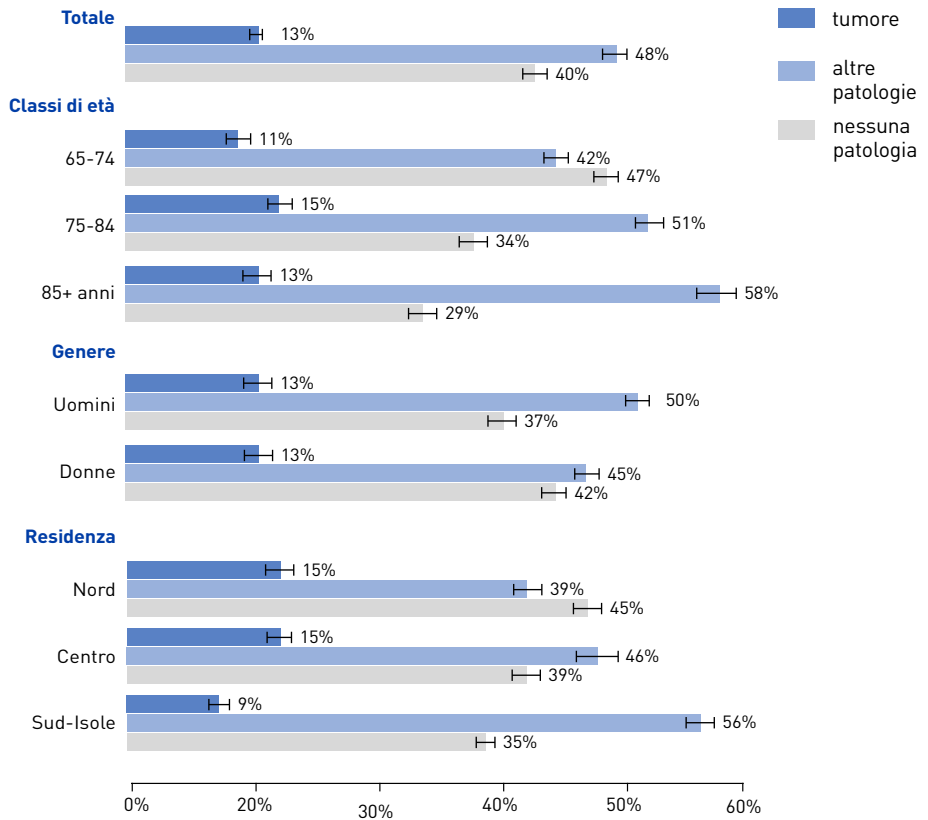
Nel biennio 2016-2017 sono state raccolte informazioni su un campione rappresentativo, per genere ed età, di 22.811 persone di 65 anni o più residenti in Italia (non istituzionalizzati, né ospedalizzati o residenti in RSA, RSSA o Case di Riposo). Di questi, 3.019 hanno riferito di aver ricevuto una diagnosi di tumore, pari ad una prevalenza media annua nella popolazione generale di ultra65enni del 12,8% (IC95% 12.1-13.4%), quindi circa 1.729mila ultra65enni annui, stime in linea con quanto emerge dalle stime dei dati dei Registri Tumori<sup>3</sup>.

A partire da questo campione di 3.019 ultra65enni che riferiscono una diagnosi di tumore emerge che la stima di casi prevalenti di tumore:

- non è significativamente diversa tra uomini (13%) e donne (13%);
- è pari all'11% nella classe di età 65-74 anni e passa al 15% nella fascia d'età 75-84, attestandosi al 13,2% dopo questa fascia d'età;
- è maggiore tra i residenti al Nord (15,5%) e Centro (14,9%) e più bassa al Sud-Isole (9%).

Nella Figura 49 sono riportate le stime di prevalenza di persone ultra65enni per i tre gruppi posti a confronto, con diagnosi di tumore, con altre patologie croniche (diverse da tumore) e liberi da cronicità (definizioni riportate nel box).

\* PASSI d'Argento rileva la quota di persone che riferisce di aver ricevuto una diagnosi di malattia cronica e 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 una approssimazione della stima di casi prevalenti di tumore fra i residenti in Italia ultra65enni, 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 (vedi box a pag. 83). Tuttavia questa informazione consente di disegnare il profilo delle persone, che "verosimilmente" hanno o hanno avuto un tumore.



**FIGURA 49. Prevalenza di persone ultra65enni che riferiscono una diagnosi di tumore, o altre patologie croniche o liberi da cronicità per sottogruppi della popolazione**

PASSI d'Argento 2016-2017 (n=22.811)

**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:

- Insufficienza renale
- Bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale
- Ictus o ischemia cerebrale
- Ipertensione
- Diabete
- Infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie
- Altre malattie del cuore
- Tumori (comprese leucemie e linfomi)
- Malattie croniche del fegato, cirrosi

**Persona con altre patologie croniche** è una persona che dichiara di aver ricevuto (nel corso della vita) una fra le seguenti diagnosi: Insufficienza renale, bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale, ictus o ischemia cerebrale, diabete, infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie, altre malattie del cuore, malattie croniche del fegato, cirrosi.

**Persona con nessuna patologia cronica** è una persona che non ha mai ricevuto diagnosi di tumore o una delle diagnosi sopra elencate.

## I fattori di rischio modificabili

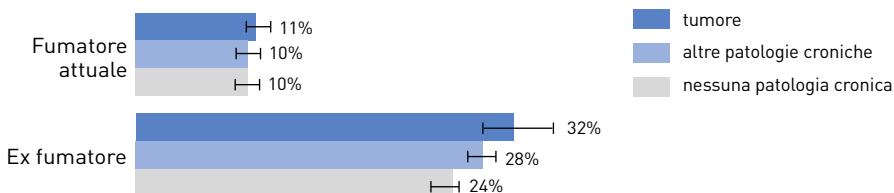
PASSI d'Argento indaga l'abitudine al fumo, il consumo abituale di alcol e il consumo di frutta e verdura, l'eccesso ponderale con domande molto semplici e dirette. Per valutare l'attività fisica invece si fa ricorso ad un strumento più complesso e specifico: il PASE "Physical Activity Scale for Elderly"<sup>4,5</sup>. Nel campione 2016-2017 il PASE\* e la stima dei sedentari è fatto solo sul 72% degli intervistati (autonomi nella deambulazione e nel sostenere l'intervista).

Nel campione intervistato, le persone con una diagnosi di tumore mantengono abitudini, quali fumo, alcol, sedentarietà o scarso consumo di frutta e verdura che rappresentano fattori di rischio per recidive tumorali o fattori aggravanti della patologia stessa, in misura paragonabile, e talvolta più frequente, rispetto a quanto si osserva nel resto della popolazione, libera o affetta da altre patologie croniche.

## FUMO

La quota di chi ha smesso di fumare fra gli ultra65enni con diagnosi di cancro è superiore a quella osservata tra le persone libere da cronicità (32% vs 24%). Tuttavia la quota di fumatori abituali fra chi ha ricevuto una diagnosi di cancro non è trascurabile (11%) ed è paragonabile alla quota di fumatori nel resto della popolazione ultra65enne, con o senza altre patologie croniche. Il mantenimento di questa abitudine può comportare un aumentato rischio anche di comparsa di un secondo tumore fumo-correlato, oltre che di patologie polmonari e cardiache (Figura 50).

### Fattori di rischio / aggravanti comportamentali



**FIGURA 50. Fumo, un fattore di rischio modificabile: un confronto fra gli ultra65enni con diagnosi di tumore, altre patologie croniche o liberi da cronicità** PASSI d'Argento 2016-2017 (n= 22.811)

**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 1 anno.

**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 1 anno.

\* Il PASE è uno strumento validato a livello internazionale, e specifico della popolazione anziana, che consente di "quantificare" i livelli di attività fisica raggiunta dalle persone con 65 anni o più, considerando le attività comunemente svolte da persone di questa età (come passeggiare, fare giardinaggio, curare l'orto, fare attività domestiche o piccole riparazioni e prendersi cura di un'altra persona) senza enfatizzare le sole attività sportive o ricreative, che pure vengono prese in considerazione. Per ogni intervistato il PASE restituisce un punteggio numerico che tiene conto del tipo di attività svolta nei 7 giorni precedenti l'intervista, della sua intensità e del tempo dedicatovi. A valori elevati di PASE corrispondono elevati livelli di attività fisica. Le domande del PASE sono somministrate solo alle persone autonome nella deambulazione e considerate valide solo per gli intervistati che non abbiano fatto ricorso all'aiuto di un familiare o persona di fiducia per sostenere l'intervista.

## ALCOL

Un consumo di alcol elevato (rischioso per la salute) è pari al 18% negli ultra65enni con una diagnosi di cancro. Un consumo di alcol rischioso per la salute, che supera il limite indicato da OMS, per gli ultra65enni di una unità alcolica al giorno, è maggiore di quanto riportato fra le persone con altre cronicità (17%), anche se minore rispetto alle persone libere da cronicità (20%) (Figura 51).

### Consumo di alcol a rischio



**FIGURA 51. Alcol, un fattore di rischio modificabile: un confronto fra gli ultra65enni con diagnosi di tumore, altre patologie croniche o liberi da cronicità** PASSI d'Argento 2016-2017 (n=22.811)

### Consumo di alcol a rischio

**Persone che bevono più di 1 unità alcolica** (U.A.) al giorno, pari 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.

Le linee guida dell'INRAN (Istituto nazionale per la ricerca sugli alimenti e la nutrizione), in accordo con le indicazioni dell'OMS, consigliano agli ultra65enni di non superare il limite di 12 g di alcol al giorno, sia per uomini che per donne. Questa fascia di popolazione infatti è particolarmente vulnerabile all'alcol. Con l'età, la sensibilità agli effetti dell'alcol aumenta in conseguenza del mutamento fisiologico e metabolico dell'organismo; a partire dai 50 anni circa la quantità d'acqua presente nell'organismo diminuisce e l'alcol viene dunque diluito in una quantità minore di liquido. Questo significa che, a parità di alcol ingerito, il tasso alcolemico in età più avanzate risulta più elevato e gli effetti sono più marcati.

## SEDENTARIETÀ

Significativamente alta la quota di persone sedentarie, pari al 40% (vs 45% fra le persone con altre cronicità e 34% fra le persone libere da cronicità) (Figura 52).



**FIGURA 52. Sedentarietà, un fattore di rischio modificabile: un confronto fra gli ultra65enni con diagnosi di tumore, altre patologie croniche o liberi da cronicità**

PASSI d'Argento 2016-2017 (n=22.811)

### Sedentarietà

**Persone che hanno un punteggio PASE inferiore a 76**, convenzionalmente fissato e pari al 40° percentile della distribuzione dei punteggi PASE del campione degli intervistati (questo indicatore si riferisce solo al 72% degli intervistati autonomi nella deambulazione e nel sostenere l'intervista).

## OBESITÀ



**FIGURA 53. Obesità, un fattore di rischio modificabile: un confronto fra gli ultra65enni con diagnosi di tumore, altre patologie croniche o liberi da cronicità** PASSI d'Argento 2016-2017 (n=22.811)

### Obesità

Quota di persone obese, ovvero con un Indice di massa corporea (IMC) maggiore o uguale a 30.0 kg/m<sup>2</sup> calcolato dai valori autoriferiti di peso e altezza al momento dell'intervista.

## CONSUMO DI FRUTTA E VERDURE

Relativamente bassa (13%) la quota di persone ultra65enni con diagnosi di tumore che consuma almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno, come raccomandano le linee guida per una corretta e sana alimentazione (Figura 54). La percentuale è più bassa rispetto a quella degli ultra65enni senza altre patologie croniche (17%) e indica la necessità di educazione alimentare nei pazienti con diagnosi di tumore.

### Five a day



**FIGURA 54. Consumo di frutta e verdure: un confronto fra gli ultra65enni con diagnosi di tumore, altre patologie croniche o liberi da cronicità** PASSI d'Argento 2016-2017 (n= 22.811)

### "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 di frutta o verdura nel questionario PASSI d'Argento 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, una porzione così definita corrisponde all'incirca a 80 grammi di questi alimenti.

## Adesione alla vaccinazione antinfluenzale negli ultra65enni

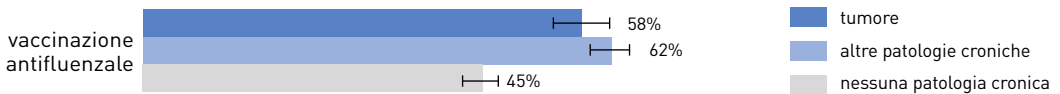
L'adesione agli interventi di tutela della salute, come la vaccinazione antinfluenzale offerta a tutti gli ultra65enni (nonché raccomandata anche prima dei 65 anni a tutti coloro che siano affetti da patologie croniche fra cui il tumore) è un'informazione rilevata in PASSI d'Argento.

La copertura vaccinale contro l'influenza fra gli ultra65enni è molto lontana dalla soglia ottimale: mediamente solo il 55% degli ultra65enni ha partecipato alla campagna vaccinale nei 12 mesi precedenti l'intervista, ovvero il 58% di chi riferisce una



diagnosi di tumore, il 62% di chi riferisce altre patologie croniche e il 45% degli ultra-65enni liberi da cronicità (Figura 55).

### Comportamenti protettivi

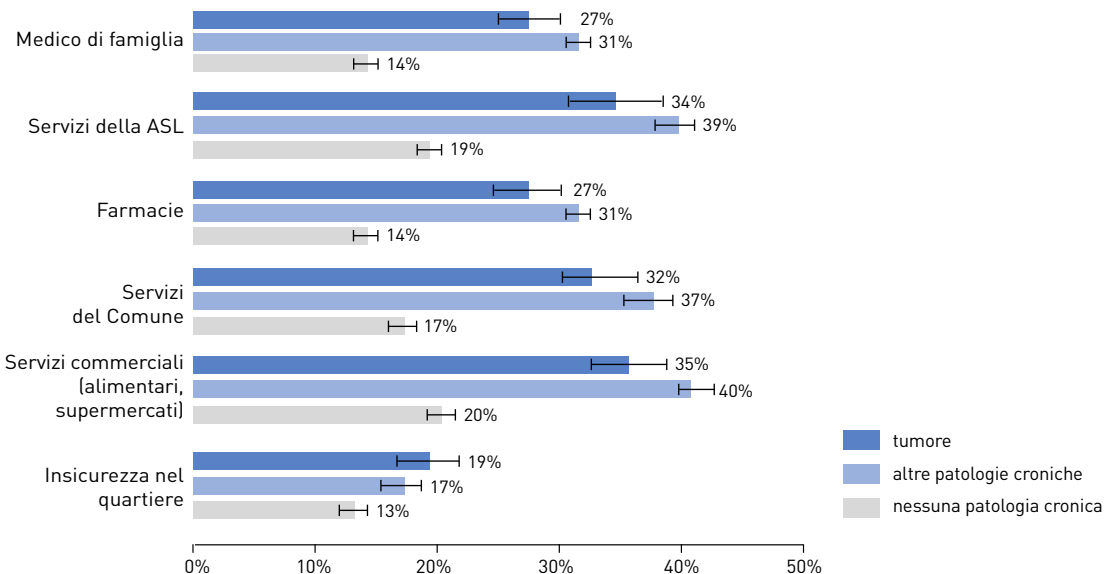


**FIGURA 55. Adesione alla vaccinazione antinfluenzale fra gli ultra65enni: un confronto fra le persone con diagnosi di tumore, altre patologie croniche o liberi da cronicità** PASSI d'ARGENTO 2016-2017 (n=22.811)

### Accessibilità ai servizi

Per favorire l'autonomia nelle attività quotidiane ma anche la partecipazione alla vita sociale e scongiurare così la dipendenza da altri o l'isolamento sociale, è importante che le persone anziane vivano in un contesto in cui non abbiano difficoltà a raggiungere servizi importanti per loro, come lo studio del medico curante, i servizi della ASL, le farmacie ma anche i servizi commerciali di generi alimentari o di prima necessità. Ed è importante che le persone si sentano sicure nel proprio quartiere, per affrontare con serenità e in autonomia la necessità di uscire di casa per andare a fare la spesa, o dal medico, o recarsi da amici e parenti o semplicemente per andare a fare una passeggiata.

PASSI d'Argento indaga la difficoltà di raggiungere questi servizi e quanto le persone si sentano sicure nel quartiere in cui vivono.



**FIGURA 56. Difficoltà di accesso ai servizi fra gli ultra65enni: un confronto fra le persone con diagnosi di tumore, altre patologie croniche o liberi da cronicità** PASSI d'Argento 2016-2017 (n= 22.811)

Sorprendenti anche questi risultati che descrivono difficoltà nel raggiungere i servizi sociosanitari (medico, ASL, comune, farmacie) o i servizi commerciali fra le persone con diagnosi di tumore, così come una più alta percezione di insicurezza del quartiere: fra coloro che hanno una diagnosi di tumore circa 3 persone su 10 dichiarano di avere difficoltà a recarsi a fare la spesa o raggiungere i servizi sociosanitari e 2 persone su 10 giudicano insicuro il proprio quartiere (Figura 56).

## Perché è importante conoscere gli stili di vita di queste persone dopo una diagnosi di cancro?

---

Valutare il numero delle persone che vivono in Italia dopo una diagnosi di tumore è importante per programmare la riabilitazione di queste persone e il loro follow up.

Il follow up di queste persone deve essere rivolto per:

- prevenire/diagnosticare gli effetti collaterali a lungo termine delle terapie antitumorali ricevute
- valutare l'emergere, con il passare dell'età, di co-patologie
- diagnosticare eventuali recidive del tumore primitivo
- diagnosticare eventuali secondi tumori.

In queste persone con pregressa diagnosi di tumore, infatti, il raggiungimento di stili di vita adeguati può ridurre l'incidenza di recidiva tumorale (un normopeso, un'attività fisica moderata e regolare, ad esempio, riducono il rischio di recidiva di carcinoma mammario e di carcinoma del colon-retto).

In queste persone che sopravvivono ad un primo tumore, è presente inoltre un rischio di sviluppare un secondo tumore del 10% in più rispetto a quelli attesi in base all'incidenza di tumori nella popolazione generale.

Questo rischio aumenta con il passare degli anni dalla diagnosi del primo tumore. Il rischio di secondo tumore è aumentato poi per le sedi tumorali che condividono la stessa esposizione a fattori cancerogeni/stili di vita del primo tumore, come per esempio nel caso di tumori fumo-correlati. I pazienti con prima diagnosi di tumori del polmone, cavo orale, esofago, laringe, vescica, presentano infatti un rischio aumentato e bidirezionale (sede-sede) di sviluppare un altro tumore nelle stesse sedi tumorali associate al fumo di tabacco in entrambi i sessi.

Queste informazioni sono molto importanti non solo per il medico ma anche per i pazienti. **Le persone infatti che hanno avuto una diagnosi di tumore dovrebbero avere sempre indicazioni relative al cambiamento degli stili di vita non salutari che dovrebbero quindi essere incluse nelle raccomandazioni del follow up.**

È quindi importante avere dati relativi agli stili di vita che seguono le persone vive in Italia che hanno avuto una diagnosi di tumore, per comprendere quanto possiamo incidere nel ridurre il rischio di recidiva del primo tumore o di comparsa di un secondo tumore.

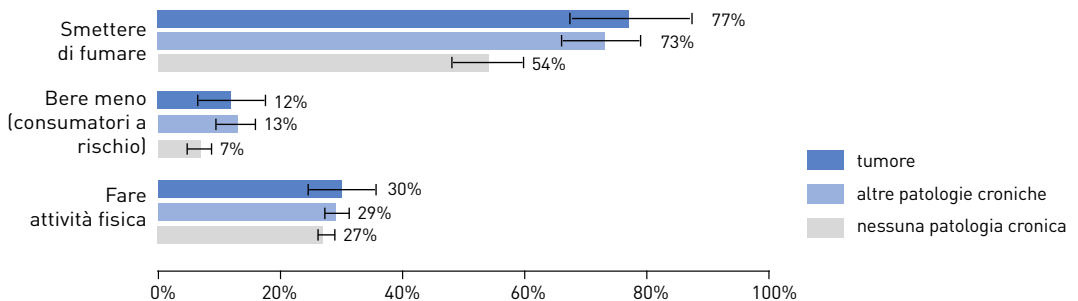
## Il ruolo del medico per contrastare gli stili di vita insalubri dopo la diagnosi di cancro

Il consiglio medico per contrastare i comportamenti insalubri è una misura di provata efficacia. PASSI d'Argento rileva il consiglio offerto da un medico o operatore sanitario su fumo, consumo di alcol e attività fisica dei propri assistiti, attraverso quanto riportato dagli intervistati che si siano rivolti ad un medico nei 12 mesi precedenti l'intervista.

Fra gli intervistati ultra65enni con diagnosi di tumore il 77% dei fumatori dichiara di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare (riferito dal 73% dei fumatori con altre patologie croniche e dal 54% di fumatori liberi da cronicità); il 30% dichiara di aver ricevuto il consiglio di praticare attività fisica (similmente al resto degli intervistati); e il 12% riferisce di aver ricevuto il consiglio di bere meno fra i consumatori di alcol a rischio, analogamente alle persone con altre patologie croniche (13%) mentre solo il 7% delle persone senza cronicità riferisce di aver ricevuto tale consiglio (Figura 57).

Questi valori non sono significativamente diversi fra gli ultra65enni intervistati con una pregressa diagnosi di tumore, e fra coloro che sono affetti da altre patologie croniche, che pure troverebbero giovamento nell'abbandonare tali cattive abitudini sia nella gestione della patologia stessa, sia nella riduzione della probabilità di sviluppare recidive tumorali.

**Dai dati emerge che il consiglio medico è ancora poco utilizzato come misura di contrasto alle cattive abitudini anche nei confronti di persone in età avanzata e con cronicità.**



**FIGURA 57. I fattori di rischio modificabili e i consigli del medico negli ultra65enni: un confronto fra le persone con diagnosi di tumore, altre patologie croniche o libere da cronicità** PASSI d'ARGENTO 2016-2017 (n=22.811)

### BIBLIOGRAFIA

1. I numeri del cancro in Italia 2017. AIOM, AIRTUM, Fondazione AIOM. Versione per pazienti e cittadini. [www.fondazioneaiom.it](http://www.fondazioneaiom.it)
2. I numeri del cancro in Italia 2014- AIOM, AIRTUM [www.aiom.it](http://www.aiom.it)
3. Guzzinati S, Virdone S, De Angelis 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
4. Washburn RA, Smith KW, Jette AM, Janney CA. The physical activity scale for the elderly (PASE): Development and evaluation. *J Clin Epidemiol* 1993;46(2):153-62.17
5. Washburn RA, McAuley E, Katula J, Mihalko SL, Boileau RA. The physical activity scale for the elderly (PASE): Evidence for validity. *J Clin Epidemiol* 1999;52(7):643-51Kronenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care* 2003;41(11):1284-92.



# 10 Focus sugli screening oncologici

## Screening oncologici per la diagnosi precoce dei tumori: organizzati versus spontanei. Cosa è accaduto negli ultimi 10 anni?

### I dati della sorveglianza PASSI 2008-2018

---

Maria Masocco<sup>1</sup>, Valentina Minardi<sup>1</sup>, Benedetta Contoli<sup>1</sup>, Gruppo Tecnico Nazionale PASSI e PASSI d'Argento\*, Lorena Incorvaia<sup>2</sup>, Stefania Gori<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Centro Nazionale di Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute (CNaPPS) – Istituto Superiore di Sanità

<sup>2</sup> Oncologia Medica, Dipartimento di Biomedicina, Neuroscienze e diagnostica Avanzata – Università degli Studi di Palermo

<sup>3</sup> UOC Oncologia Medica, IRCCS Sacro Cuore Don Calabria, Negrar di Valpolicella

\* Gruppo Tecnico Nazionale PASSI e PASSI d'Argento (vedi pag. 107)

La mortalità per tumore continua a diminuire in maniera significativa negli ultimi anni come risultato di più fattori, dalla prevenzione primaria, ai progressi terapeutici (chirurgici, farmacologici, radioterapici), ma anche grazie alla diagnosi precoce e ai miglioramenti diagnostici.

Gli screening per la diagnosi precoce dei tumori sono strumenti efficaci per la lotta alle neoplasie. Per questa ragione le Linee Guida europee e italiane raccomandano l'implementazione dei programmi di screening organizzati, basati su un invito attivo alla popolazione da parte delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) a sottoporsi ai test raccomandati (nei tempi e nei modi indicati e in assenza di segni e sintomi) e con l'offerta di un percorso di approfondimento assistenziale e terapeutico definito e gratuito, qualora il test di screening di primo livello risultasse positivo. Ed è così per:

- lo screening per il tumore della cervice uterina (Pap test e/o HPV test) raccomandato e offerto ogni tre anni (Pap-test) alle donne fra i 25 anni e i 64 anni di età;
- lo screening del tumore della mammella, con l'offerta ogni due anni della mammografia alle donne tra 50 e 69 anni;
- lo screening dei tumori del colon-retto con una offerta rivolta a uomini e donne tra i 50 e i 69 anni di un test per la ricerca del Sangue Occulto nelle Feci (SOF) ogni due anni (con colonscopia come test di secondo livello nei casi positivi al SOF). Lo screening con SOF è offerto da tutte le Regioni (con l'eccezione del Piemonte) alle

persone tra 50 e 69 anni. Alcune (fra cui Lazio e Umbria) estendono l'invito fino ai 74 anni di età. Il Piemonte offre invece la rettosigmoidoscopia a 58 anni una volta nella vita e in caso di non risposta offre il SOF biennale fino a 69 anni.

Dove l'offerta di questi programmi è attiva, molti vi partecipano. Tuttavia una quota consistente della popolazione target si sottopone a questi test a scopo preventivo su iniziativa spontanea (screening spontaneo), cioè al di fuori dei programmi di screening organizzati.

Il sistema "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" (PASSI) rileva informazioni sulla partecipazione agli screening per la diagnosi precoce del tumore della cervice uterina, della mammella e del colon-retto (a scopo preventivo e nei tempi e modi raccomandati) che consentono di distinguere la quota di chi partecipa agli screening offerti dalla ASL (screening organizzato) da chi decide di farlo in autonomia, su iniziativa spontanea (screening spontaneo). Inoltre la raccolta in continuo dei dati PASSI su 12 mesi dell'anno 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 delle serie storiche.

Dall'analisi dei trend temporali dal 2008 al 2018 del ricorso agli screening cervicale, mammografico e coloretale, dentro (screening organizzato) e fuori (screening spontaneo) i programmi organizzati, stratificati per macroaree geografiche, emerge una sintesi di quanta prevenzione attraverso la diagnosi precoce di tumori si stia facendo in Italia e di quanto resti ancora da fare (Figure 58, 59, 60).

**Screening cervicale.** Dal 2008 al 2018 si osserva un aumento costante della quota di donne 25-64enni che ricorre ai test per la diagnosi precoce dei tumori della cervice uterina partecipando ai programmi organizzati e una riduzione della quota di donne che vi ricorre su iniziativa spontanea (Figura 58A). Questo accade ovunque nel Paese, a Nord, al Centro e nel Sud/ Isole (figura B e Figura C).

**Screening mammografico.** Anche per la diagnosi precoce del tumore della mammella si osserva un aumento della quota di donne 50-69enni che ricorre a mammografia preventiva partecipando ai programmi organizzati (Figura 59A), evidente a partire dal 2012 e analoga nelle tre Macroaree del Paese, Nord, Centro e Sud/Isole, che comunque mantengono inalterate le distanze (Figura 59B).

Di contro si riduce la quota di 50-69enni che si sottopone a mammografia preventiva su iniziativa spontanea nelle regioni settentrionali, resta pressoché invariata nelle regioni del Centro ma nel Sud/Isole, dove lo screening organizzato è ancora insufficiente, la quota di donne che ricorre allo screening spontaneo continua a crescere (Figura 59C).

**Screening coloretale.** Aumenta costantemente dal 2008 la quota di persone 50-69enni (uomini e donne) che ricorre al test per la diagnosi precoce dei tumori del colon-retto partecipando ai programmi organizzati (Figura 60A), ovunque nel Paese (Figura 60B).

Contestualmente si riduce la quota di 50-69enni che ricorre al test per la diagnosi precoce dei tumori del colon-retto, su iniziativa spontanea, nel Nord e nel Centro Italia e solo più recentemente nel Sud/Isole (Figura 60C).

**FIGURA 58. Copertura dello screening oncologico cervicale dentro (screening organizzato) e fuori (screening spontaneo) i programmi organizzati**

PASSI 2008-2018

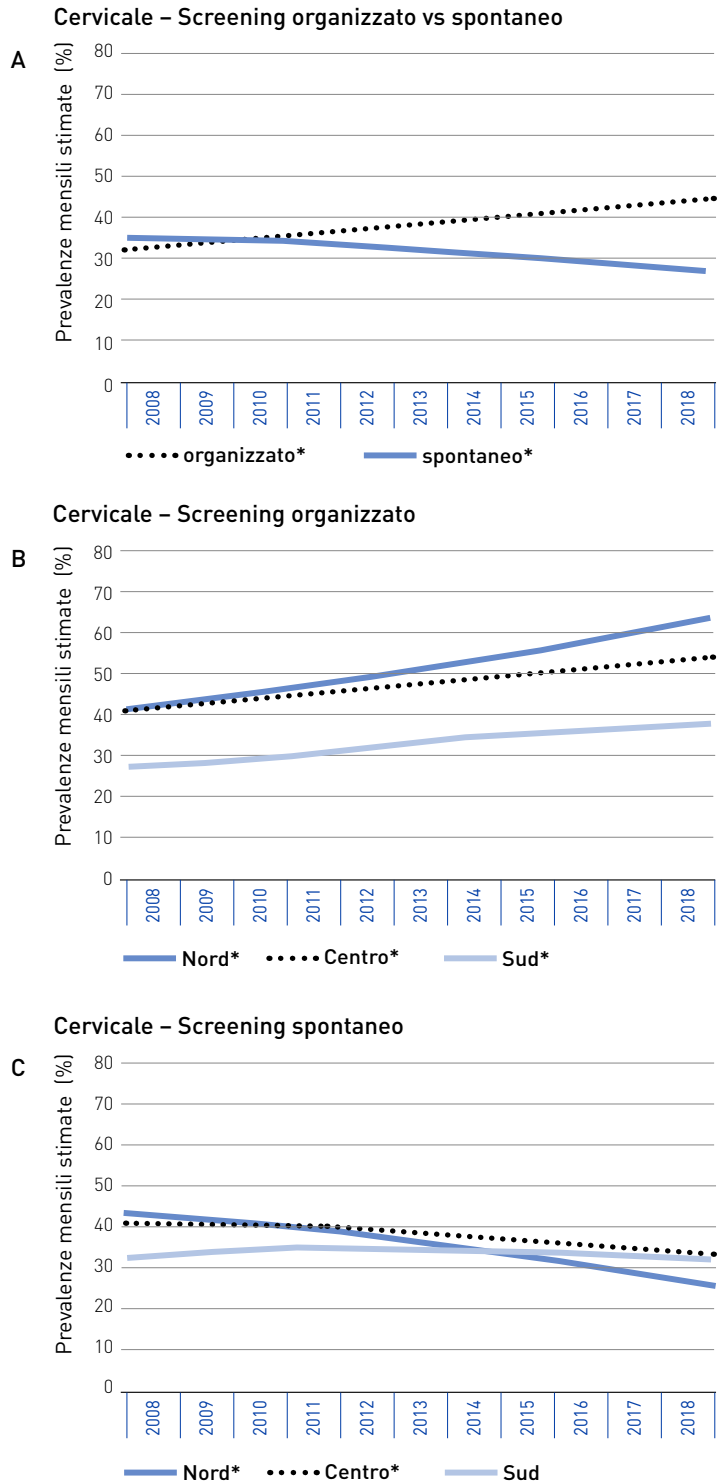
A. Quota di donne 25- 64enni, residenti in Italia, che si sottopongono ai test per la diagnosi precoce dei tumori della cervice (a scopo preventivo e secondo i tempi e i modi raccomandati) partecipando ai programmi organizzati o su iniziativa spontanea.

B. Quota di donne 25-4enni, per area geografica di residenza, che si sottopongono ai test per la diagnosi precoce dei tumori della cervice partecipando ai programmi organizzati.

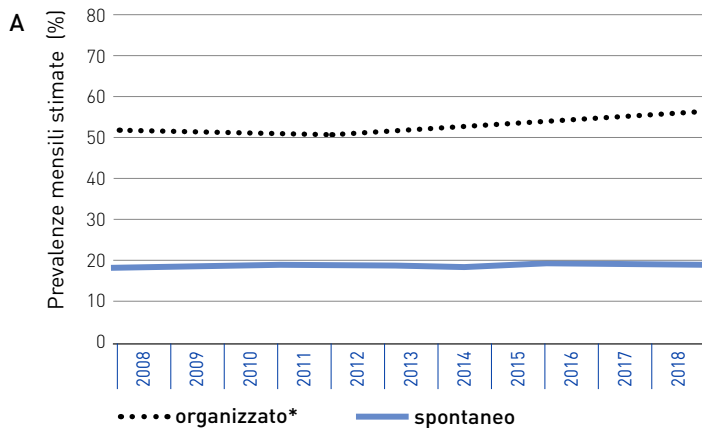
C. Quota di donne 25-4enni, per area geografica di residenza, che si sottopongono ai test per la diagnosi precoce dei tumori della cervice su iniziativa spontanea.

Prevalenze mensili stimate da modelli di serie storiche (LOWESS – locallyweightedscatterplotsmoothing)

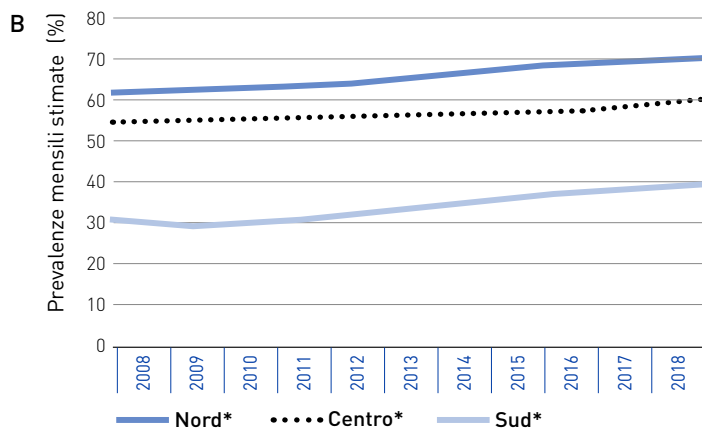
\* $p < 0.5$  Cochrane-Orcutt test



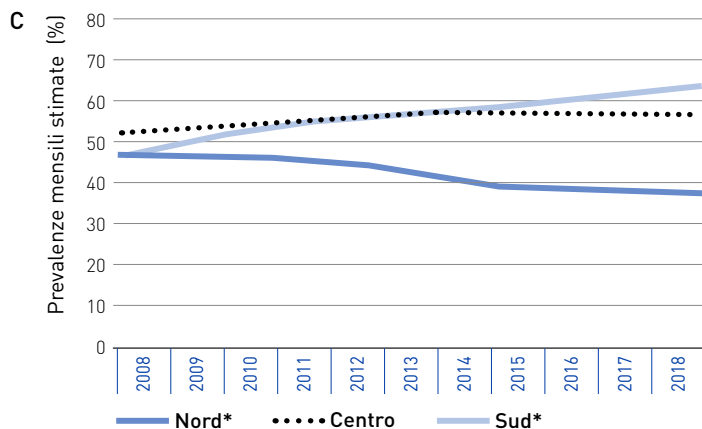
## Mammografico – Screening organizzato vs spontaneo



## Mammografico – Screening organizzato



## Mammografico – Screening spontaneo



**FIGURA 59. Copertura dello screening oncologico mammografico dentro (screening organizzato) e fuori (screening spontaneo) i programmi organizzati PASSI 2008-2018**

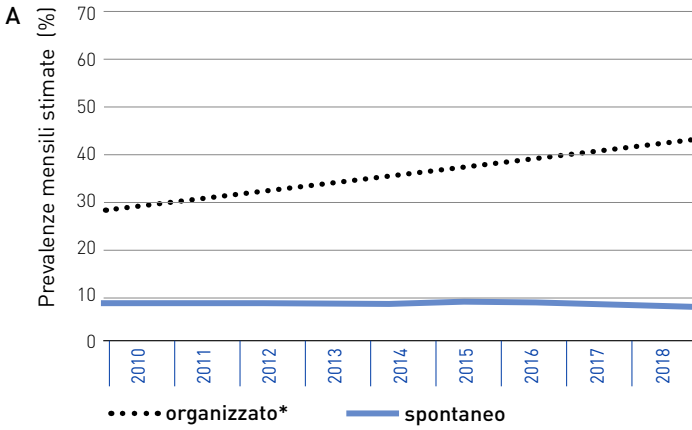
- A. Quota di donne 50-69enni, residenti in Italia, che si sottopongono a mammografia (a scopo preventivo e secondo i tempi e i modi raccomandati) partecipando ai programmi organizzati o su iniziativa spontanea.
- B. Quota di donne 50-69enni, per area geografica di residenza, che si sottopongono a mammografia a scopo preventivo, partecipando ai programmi di screening organizzati.
- C. Quota di donne 50-69enni per area geografica di residenza che si sottopongono a mammografia a scopo preventivo, su iniziativa spontanea.

Prevalenze mensili stimate da modelli di serie storiche (LOWESS - locallyweightedscatterplotsmoothing)

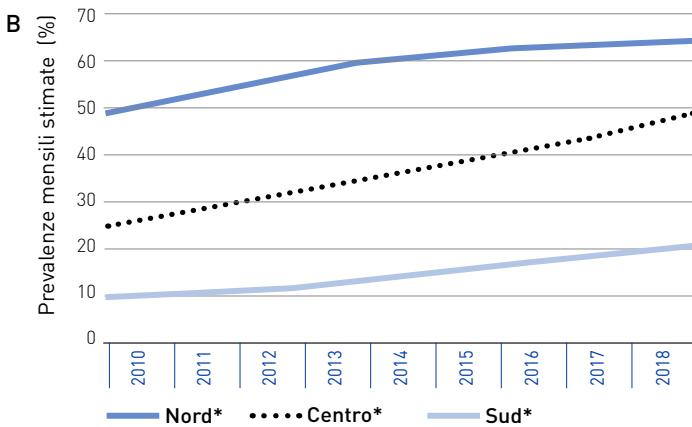
\* $p < 0.5$  Cochrane-Orcutt test



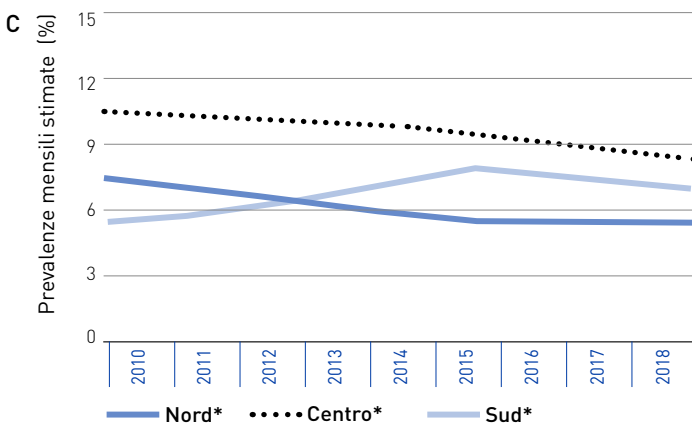
## Colon-retto – Screening organizzato vs spontaneo



## Colon-retto – Screening organizzato



## Colon-retto – Screening spontaneo



**FIGURA 60. Copertura dello screening oncologico colorettaie dentro (screening organizzato) e fuori (screening spontaneo) i programmi organizzati**

PASSI 2010-2018

A. Quota di 50-69enni (uomini e donne), residenti in Italia, che si sottopongono ai test per la diagnosi precoce dei tumori del colon-retto (a scopo preventivo e secondo i tempi e i modi raccomandati) partecipando ai programmi di screening organizzati o su iniziativa spontanea.

B. Quota di 50-69enni, per area geografica di residenza, che si sottopongono ai test per la diagnosi precoce dei tumori del colon-retto a scopo preventivo, partecipando ai programmi di screening organizzati.

C. Quota di 50-69enni, per area geografica di residenza, che si sottopongono ai test per la diagnosi precoce dei tumori del colon-retto a scopo preventivo, su iniziativa spontanea.

Prevalenze mensili stimate da modelli di serie storiche (LOWESS – locallyweightedscatterplotsmoothing)

\*p<0.5 Cochrane-Orcutt test

Dall'analisi di questi dati emerge che:

- **Il ricorso ai test per la diagnosi precoce dei tumori, dentro (screening organizzato) e fuori (screening spontaneo) i programmi organizzati, non coinvolge in eguale misura le popolazioni target: gli screening cervicale e mammografico sono i più estesi e coinvolgono la gran parte delle donne alle quali viene raccomandato, mentre lo screening per la diagnosi precoce del tumore coloretale è ancora poco diffuso.** Poco più di 7 donne su 10, fra i 25 e i 64 anni, infatti, si sottopongono ad un test per la diagnosi precoce del tumore della cervice uterina (nei tempi raccomandati) dentro o fuori i programmi organizzati e una quota analoga di donne fra 50 e 69 anni si sottopone a mammografia, nei tempi raccomandati e al solo scopo preventivo, dentro o fuori i programmi organizzati. Invece il ricorso allo screening coloretale è ancora molto lontano dall'atteso: infatti non coinvolge neanche 5 persone su 10 fra i 50-69enni ai quali si raccomanda.
- **La quota di persone che partecipa allo screening organizzato per il carcinoma mammario e del colon-retto è sempre maggiore rispetto alla quota di persone che ricorre ai test su iniziativa spontanea.** Infatti i 2/3 delle donne che si sottopongono a mammografia a scopo preventivo lo fa nell'ambito di programmi organizzati, così come aderisce ai programmi organizzati la quasi totalità delle persone che esegue un test per la diagnosi precoce del tumore del colon-retto. Invece, nella diagnosi precoce del carcinoma della cervice uterina, la copertura dello screening organizzato è paragonabile a quella dello screening spontaneo.

Quindi si possono sottolineare i seguenti punti.

- **L'offerta dei programmi organizzati non è uniforme sul territorio nazionale né è stata avviata contestualmente nelle diverse Regioni.** Questo determina di fatto le differenze osservate nel ricorso alla diagnosi precoce dei tumori, nell'ambito dello screening organizzato, tra le tre Macroaree (Nord-Centro-Sud/Isole).  
Del resto, il minor ricorso agli screening organizzati al Sud/Isole rispetto al Nord riflette proprio la minore e ancora fortemente insufficiente offerta di programmi organizzati in quei territori, spesso avviati solo di recente.
- **Dove l'offerta dei programmi organizzati è minore, la quota di persone che ricorre allo screening su iniziativa spontanea è più rilevante, senza mai tuttavia compensare la mancata offerta dei programmi organizzati e lasciando di fatto inalterate le distanze fra il Nord e il Sud del Paese nell'accesso complessivo alla diagnosi precoce di queste tre forme tumorali.** Questo potrebbe in parte essere uno dei motivi per cui, pur osservando una più alta incidenza di tumori al Nord rispetto al Sud/Isole, al Nord si sopravvive di più.
- **Fortunatamente l'offerta dei programmi organizzati cresce ovunque, e dove aumenta l'offerta dei programmi organizzati o questi riescono ad essere più efficaci nel raggiungere la popolazione target, aumenta significativamente la quota di persone che si sottopone ai test nell'ambito di programmi organizzati e si riduce il ricorso ai test su iniziativa spontanea.**

## Conclusioni

I dati mostrano che molto è stato fatto ma molto ancora resta da fare. L'offerta dei programmi organizzati è ancora insufficiente e va potenziata, in particolar modo nelle Regioni meridionali, dove l'accesso alla prevenzione attraverso la diagnosi precoce dei tumori è ancora prerogativa di una quota ridotta di persone e molto lontana dall'atteso.

Anche dove i programmi funzionano i dati sembrano suggerire ci siano ancora margini di miglioramento verso il raggiungimento di quote crescenti della popolazione target. Molto resta da fare, ovunque nel Paese, sull'implementazione dell'offerta e dell'adesione ai programmi dello screening coloretale.

L'offerta e la partecipazione ai programmi organizzati restano lo strumento più opportuno da implementare, perché offrono un percorso di approfondimento assistenziale e terapeutico definito e gratuito.

Inoltre, lo screening organizzato riduce le disuguaglianze sociali nell'accesso alla prevenzione e, per le persone meno istruite o con maggiori difficoltà economiche, l'offerta di un programma di screening organizzato rappresenta l'unica possibilità di fare prevenzione per queste tre forme tumorali.

Migliorare l'adesione dei cittadini ai programmi delle ASL è possibile anche attraverso il coinvolgimento del medico di medicina generale e degli operatori sanitari affinché promuovano presso i loro assistiti la partecipazione ai programmi organizzati.

## Focus sullo screening colon-rettale: il profilo delle persone che non si sottopongono a screening

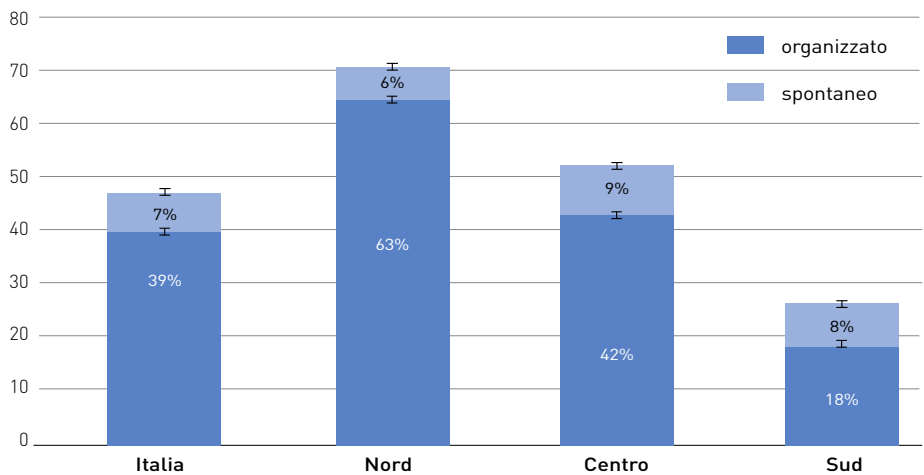
Maria Masocco, Valentina Minardi, Benedetta Contoli

Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della Salute – Istituto Superiore di Sanità

**Quante persone si sottopongono allo screening coloretale, quante lo fanno nell'ambito di programmi di screening organizzati e quanti invece lo fanno su iniziativa spontanea?**

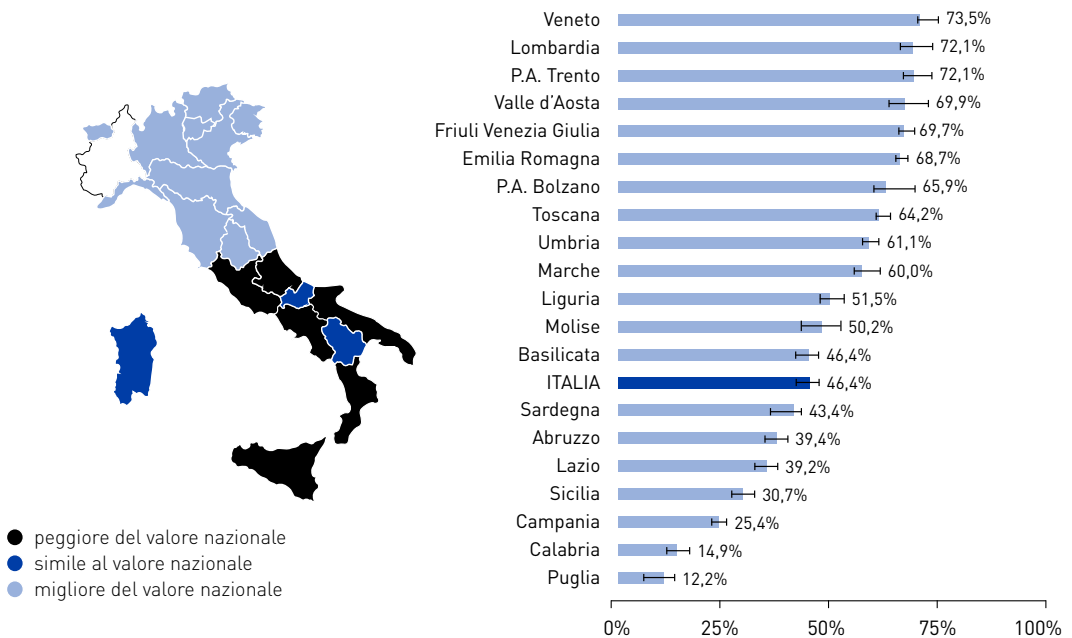
Dalle analisi del sistema di Sorveglianza PASSI 2015-2018 sono tratti i dati relativi alle percentuali di persone 50-69enni (uomini e donne) che in Italia hanno riferito di aver eseguito un esame preventivo per la diagnosi precoce dei tumori coloretali entro i tempi raccomandati (Sangue Occulto nelle Feci-SOF negli ultimi 2 anni oppure colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi 5 anni) nell'ambito di programmi di screening organizzati o su iniziativa spontanea.

Da queste analisi risulta che il 39% delle persone 50-69enni riferisce di aver eseguito un esame per la diagnosi precoce del tumore del colon retto nell'ambito di programmi di screening organizzati e il 7% al di fuori. Risulta quindi maggiore il ricorso allo screening organizzato, ma ancora lontano dall'atteso. Risulta ampio il gradiente tra Nord e Sud-Isole con un 63% di persone che effettuano uno screening organizzato e un ulteriore 6% che lo effettua spontaneamente al Nord versus un 18% e un 8%, rispettivamente, nel Sud-Isole (Figura 61).



**FIGURA 61. Copertura Totale Organizzato vs Spontaneo** PASSI 2015-2018

Persone 50-69enni che hanno riferito di aver eseguito un esame preventivo per la diagnosi precoce dei tumori colorettali, entro i tempi raccomandati (SOF negli ultimi 2 anni o colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi 5 anni), nell'ambito di programmi Organizzati o su iniziativa Spontanea.



**FIGURA 62. Copertura Totale - Differenze Regionali** PASSI 2015-2018

Persone 50-69enni che hanno riferito di aver eseguito un esame preventivo per la diagnosi precoce dei tumori colorettali, entro i tempi raccomandati (SOF negli ultimi 2 anni o colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi 5 anni), nell'ambito di programmi Organizzati o per iniziativa Spontanea, per Regione di residenza

Prevalenze standardizzate per età e relativi intervalli di confidenza al 95%)

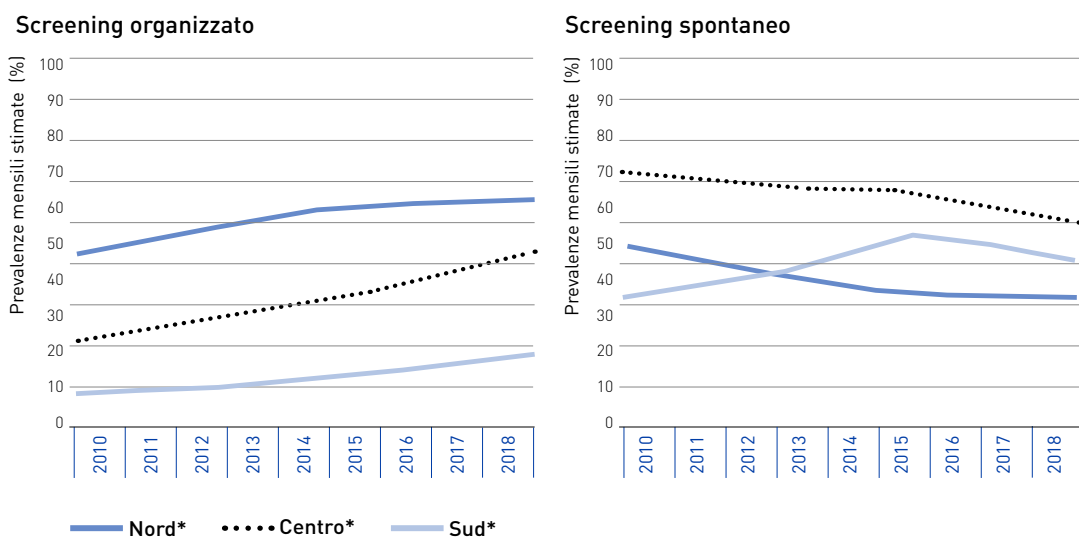
I dati delle ASL Piemontesi sono esclusi dalle analisi perché non direttamente confrontabili con il resto delle ASL

Il dato della Regione Lombardia si riferisce al biennio 2015-2016 su una copertura parziale del territorio regionale che comprende la ASL della città di Milano

I risultati relativi ai dati regionali mostrano un'Italia tagliata in due con una variabilità fra le Regioni molto alta, con coperture totali dello screening che vanno da oltre il 70% del Veneto e di molte altre Regioni settentrionali a poco più del 10% in Regioni come la Puglia o la Calabria ove è comunque più recente l'implementazione dei programmi di screening organizzati (Figura 62). Questa differenza geografica non è solo determinata dalla minore offerta dei programmi organizzati ma anche della minore adesione da parte dei residenti in queste Regioni, anche quando i programmi sono attivi.

Sebbene la copertura totale sia ancora lontana dall'atteso, la copertura totale cresce in modo significativo ovunque in Italia, soprattutto grazie all'aumento dell'offerta dello screening organizzato (anche se si mantiene il gap geografico Nord- Sud e Isole).

Inoltre, dove aumenta in modo rilevante l'offerta dei programmi organizzati, o questi riescono ad essere più efficaci nel raggiungere la popolazione target, si riduce il ricorso allo screening spontaneo: questo è chiaro nelle Regioni centro-settentrionali ma non nelle Regioni del meridione, dove lo screening organizzato è ancora molto basso e il ricorso allo screening spontaneo ancora in crescita (Figura 63).



**FIGURA 63. Copertura Screening Organizzato e Spontaneo: trend temporali 2010-2018**

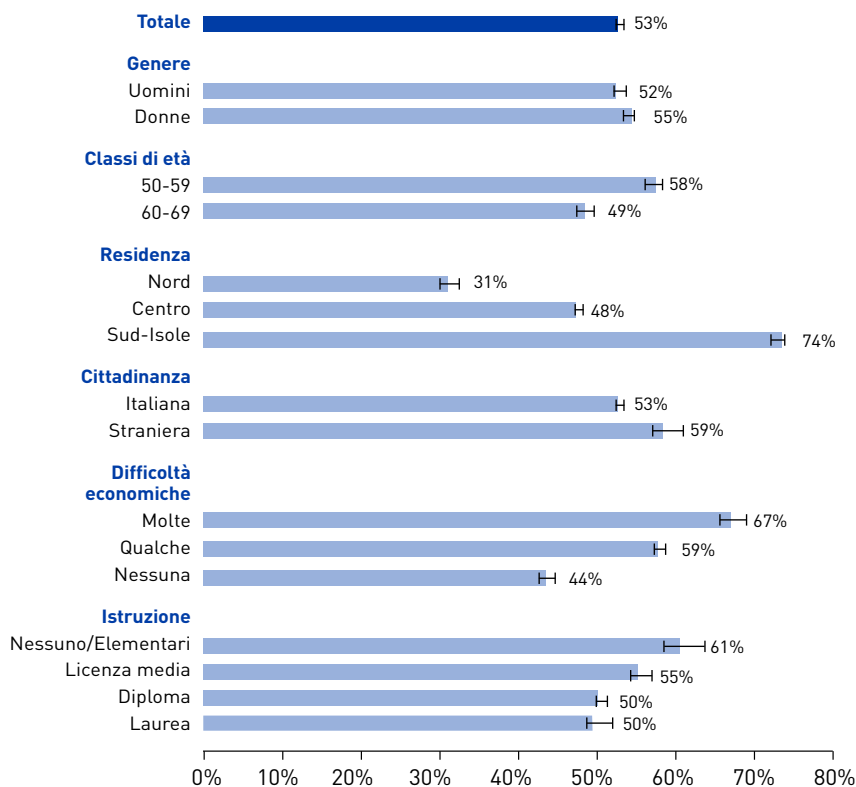
Persone 50-69enni che hanno riferito di aver eseguito un esame preventivo per la diagnosi precoce dei tumori colorettali, entro i tempi raccomandati (SOF negli ultimi 2 anni o colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi 5 anni), nell'ambito di programmi Organizzati o per iniziativa Spontanea. Prevalenze mensili stimate da modelli di serie storiche (LOWESS – locallyweightedscatterplotsmoothing).

\*p 0.5 Cochrane-Orcutt test

**Quali persone non si sottopongono allo screening? Quali le loro caratteristiche, le loro abitudini di vita, le loro motivazioni a non farlo?**

Il sistema di sorveglianza PASSI può contribuire a rispondere, almeno in parte, a queste domande.

Dalla Figura 64 emerge il profilo delle persone 50-69enni (uomini e donne) che hanno riferito di **non** aver eseguito nessun esame per la diagnosi precoce del carcino-



**FIGURA 64. Fattori predittivi per la non esecuzione degli esami preventivi PASSI 2015-2018**

Persone 50-69enni che hanno riferito di NON aver eseguito nessun esame preventivo per la diagnosi precoce dei tumori colorettali, o di averlo fatto oltre i tempi raccomandati, per caratteristiche individuali

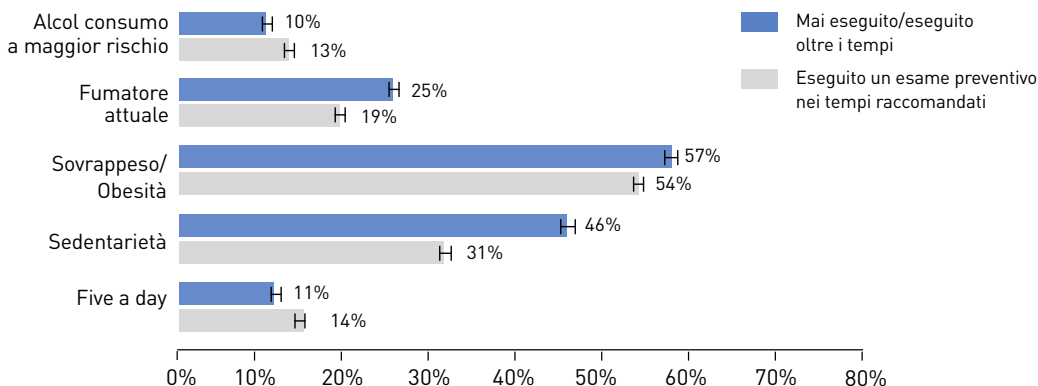
ma del colon-retto oppure di averlo fatto OLTRE i tempi raccomandati: complessivamente pari al 53% della popolazione target, questa quota aumenta fra le persone 50-60 anni (58%), fra i residenti al Sud-Issole (74%), fra le persone socialmente più svantaggiate per difficoltà economiche (67%) o basso livello di istruzione (61%). L'analisi multivariata conferma queste associazioni come statisticamente significative.

Queste persone sono anche più esposte ad altri fattori di rischio comportamentali associati all'insorgenza di tumori. Infatti, ad eccezione del consumo di alcol che resta una prerogativa delle classi socialmente più agiate, fra le persone che non si sottopongono a screening colorettale è più alta la prevalenza di fumatori, sedentari (anche a parità di altre caratteristiche a queste associate) e comunque fra loro è più alto l'eccesso ponderale e lo scarso consumo di frutta e verdura (Figura 65).

L'analisi multivariata conferma l'associazione fra la non esecuzione dello screening e fumo e sedentarietà, anche a parità di caratteristiche socio-demografiche.

### Quali possono essere le modalità per aumentare la copertura dello screening per la diagnosi precoce del colon-retto?

Nelle interviste PASSI, ai rispondenti si chiede se, oltre all'invito attivo con lettera



**FIGURA 65. Fattori di rischio comportamentali** PASSI 2015-2018

Prevalenza dei fattori di rischio comportamentali fra chi riferisce di aver fatto uno dei due esami preventivi nei tempi raccomandati e fra chi riferisce di non averlo mai eseguito o averlo fatto oltre i tempi.

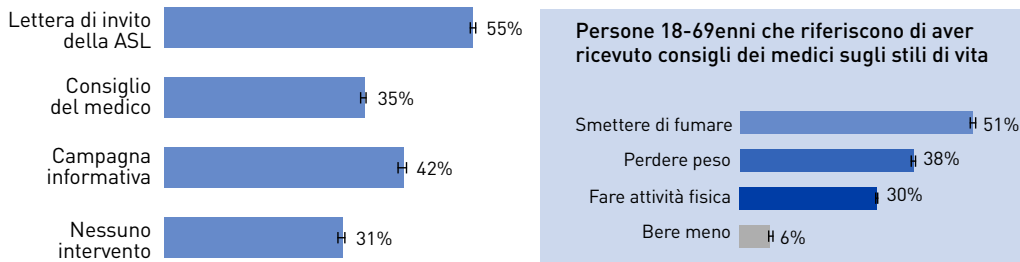
**Consumo alcolico a maggior rischio** include una o più fra le modalità di consumo:

- **Consumo abituale elevato** (3 o più UA medie giornaliere per gli uomini e 2 o più UA per le donne)
- **Binge Drinking** (consumo di 5 o più UA in un'unica occasione per gli uomini e 4 o più UA per le donne)
- **Prevalentemente o esclusivamente fuori pasto**

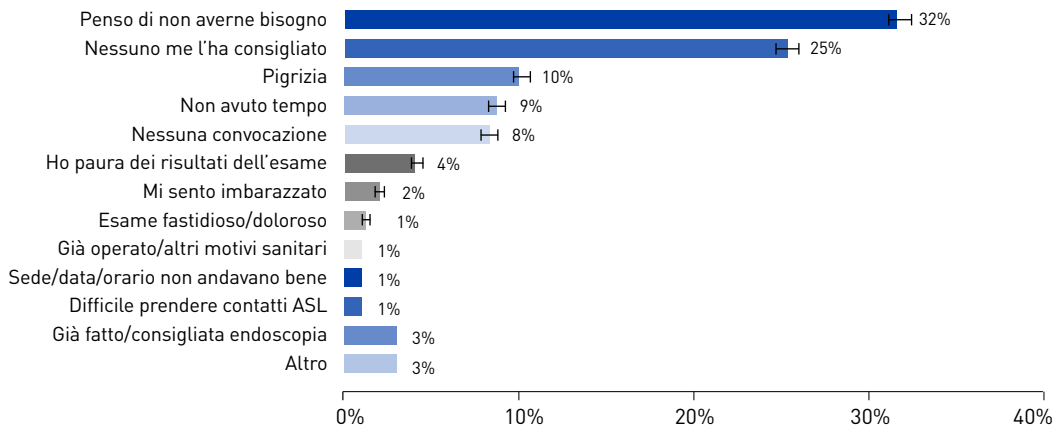
**Five a day:** quota di persone che abitualmente consuma almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno

della ASL, abbiano ricevuto il consiglio del medico di fare una ricerca del Sangue Occulto nelle Feci (SOF) o se hanno letto/visto campagne informative.

Solo il 35% di queste persone riferisce di aver ricevuto il consiglio del medico (Figura 66), sebbene il *counselling* sanitario sia strumento di provata efficacia nel favorire l'adesione ai programmi di prevenzione e in generale nella promozione della salute, visto lo speciale rapporto di fiducia che si crea fra medico e assistito. I dati dimostrano invece che è strumento ancora poco utilizzato, anche per quanto riguarda i consigli sugli stili di vita. Valutando i consigli riferiti all'intero campione, solo un fumatore su 2 dichiara di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare, solo uno su 3 di essere stato invitato a fare attività fisica e davvero molto scarsa l'attenzione prestata al consumo di alcol.



**FIGURA 66. Gli interventi di promozione (SOF)** PASSI 2015-2018



**FIGURA 67. Motivi di non esecuzione della ricerca del SOF PASSI 2015-2018**

La partecipazione allo screening per la diagnosi precoce del carcinoma del colon-retto aumenta con l'aumentare degli input ricevuti.

La percentuale di persone 50-69enni che riferiscono di aver eseguito a scopo preventivo la ricerca di Sangue Occulto nelle Feci (SOF) negli ultimi 2 anni è stata, in totale, del 40%. Il 55% aveva ricevuto solo la lettera di invito da parte della ASL, il 43% solo il consiglio del medico, il 72% il consiglio del medico associato alla lettera della ASL.

Si ribadisce quindi l'importanza **anche** del consiglio del medico per aumentare la partecipazione dei cittadini agli screening organizzati.

Tra i motivi addotti alla non esecuzione della ricerca del Sangue Occulto nelle Feci da parte di chi non l'ha mai eseguito o lo ha fatto oltre i tempi raccomandati, emerge che la maggior parte pensa di non averne bisogno (32%) o riferisce di non averne mai ricevuto suggerimento (25%) (Figura 67). Questi dati evidenziano da una parte una scarsa consapevolezza, dall'altra sottolineano ancora una volta l'importanza del consiglio del medico.

## Conclusioni

Sebbene la copertura totale dello screening per la diagnosi precoce del tumore del colon-retto sia ancora lontana dall'atteso, è ovunque in crescita, con un aumento del ricorso allo screening organizzato. Persiste tuttavia un chiaro gradiente tra Nord e Sud-Isole.

Dai dati PASSI 2015-2018, si evidenziano, tra le persone 50-69enni che non accedono agli esami di diagnosi precoce per il tumore del colon-retto, differenziali sociali: le persone meno istruite, con molte difficoltà economiche, cittadini stranieri o residenti nel Sud-Isole si sottopongono meno delle altre agli esami preventivi. Queste persone sono anche più esposte ai fattori di rischio come l'abitudine tabagica o la sedentarietà.

Emerge inoltre dai dati PASSI 2015-2018 come l'invito attivo da parte della ASL non sia sufficiente da solo a garantire l'adesione dei cittadini: il consiglio del medico contribuisce infatti significativamente ad aumentare il ricorso agli esami preventivi.



# 11 Fonti e metodologia AIRTUM

Sabrina Fabiano<sup>1</sup>, Paolo Contiero<sup>1</sup>, Andrea Tittarelli<sup>1</sup>, Stefano Guzzinati<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Fondazione IRCCS, Istituto Nazionale Tumori, Milano

<sup>2</sup> Registro Tumori del Veneto, Azienda Zero, Padova

## I Registri Tumori in Italia

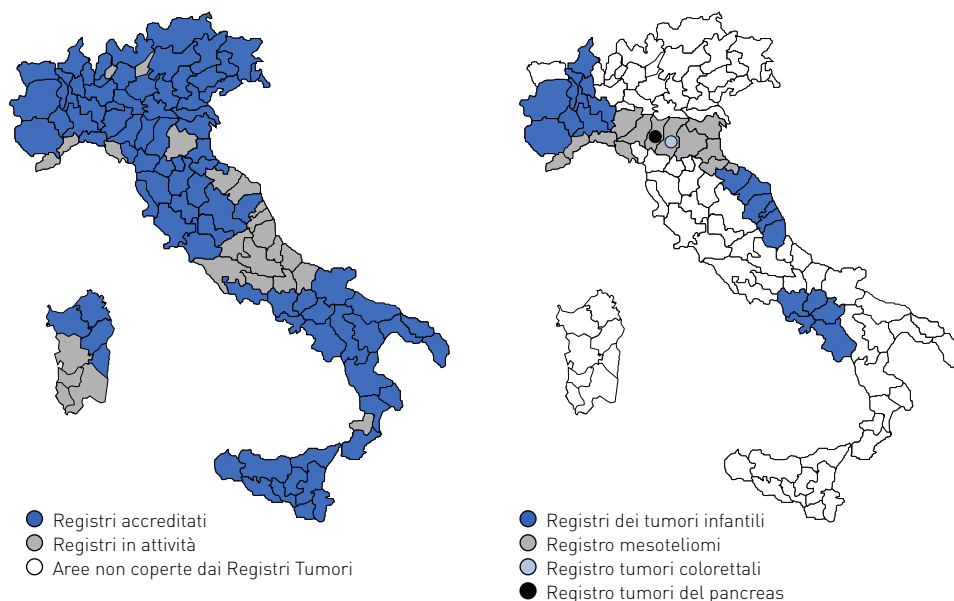
I Registri Tumori di popolazione sono strutture impegnate nella raccolta di informazioni sui malati di cancro residenti in un determinato territorio. Sono necessari perché in nessuna struttura ospedaliera italiana, pubblica o privata, c'è l'obbligo di archiviare i dati relativi alla diagnosi e alla cura dei tumori. Se si vuole sorvegliare l'andamento della patologia oncologica occorre quindi che qualcuno si assuma il compito di andare a ricercare attivamente le informazioni, le codifiche, le archivi e le renda disponibili per studi e ricerche. I Registri Tumori italiani si sono assunti questo compito.

I Registri Tumori (RT) sono nati in Italia alla fine degli anni '60, sulla scia di precedenti esperienze a livello internazionale e si sono sviluppati nel nostro Paese per iniziativa di singoli gruppi di ricerca. Lo scopo era di fornire dati utili per la valutazione del rischio oncologico e dell'impatto delle strategie di prevenzione e cura e per sostenere l'attività di ricerca e di governo attraverso la produzione di dati rappresentativi di tutti i tipi di tumore insorgenti nel territorio di competenza.

Nel 1996 è stata costituita l'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM; [www.registri-tumori.it](http://www.registri-tumori.it)), un'associazione scientifica con il compito di promuovere, coordinare e sostenere l'attività di registrazione dei tumori in Italia. Tutti i Registri Tumori accreditati presso AIRTUM hanno dimostrato di seguire procedure operative in accordo con le regole di registrazione e gli standard qualitativi richiesti a livello internazionale.

Attualmente la rete dei Registri Tumori dell'AIRTUM è costituita da 50 Registri di popolazione e 7 Registri specializzati accreditati, che sorvegliano complessivamente il 70% della popolazione italiana. Altri Registri hanno già avviato le attività di registrazione, soprattutto nelle aree del Centro Italia (Figura 68).

La rete dei Registri Tumori italiani ha organizzato i suoi dati in una banca dati nazionale, contenente dati di oltre tre milioni di malati di tumore e oltre un milione di deceduti per tumore. Periodicamente vengono prodotti report di approfondimento sui dati epidemiologici salienti relativi alla diffusione del cancro in Italia, anche attraverso collaborazioni con altre Associazioni scientifiche, prima di tutto con AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica). I dati prodotti dai Registri Tumori servono per epidemiologia descrittiva (costituzione di banche dati e divulgazione dati), valutazione



**FIGURA 68. Aree italiane coperte dalla registrazione dei tumori su base di popolazione**

di impatto degli screening oncologici, programmazione sanitaria (pianificazione di interventi), epidemiologia clinica (supporto alla ricerca) ed epidemiologia ambientale (valutazione del rischio).

### Metodologia statistica

Per stimare i casi di tumore attesi nell'anno 2020 a livello nazionale è stata utilizzata una metodologia basata sul calcolo dei trend per i periodi disponibili all'interno della Banca Dati AIRTUM.

Il territorio italiano è stato suddiviso in 4 Macroaree in base ai criteri definiti da ISTAT:

- Nord-ovest (Valle d'Aosta, Piemonte, Liguria, Lombardia);
- Nord-est (Trentino Alto Adige, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna);
- Centro (Toscana, Marche, Umbria, Lazio);
- Sud e isole (Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna).

Per ciascuna di queste 4 Macroaree sono stati calcolati i tassi di incidenza standardizzati sulla popolazione Europea 2013 distinti per anno di diagnosi, sede tumorale, sesso e fasce di età (0-49 anni, 50-69 anni, 70+). Gli anni considerati per il calcolo dei tassi sono definiti per macroarea in base alle percentuali di copertura della popolazione coperta dai RT presenti nella Banca Dati aggiornata al 2020, come riportato nella Tabella 26.

% popolazione coperta dai RT	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Periodo considerato
Nord-Est	73%	73%	74%	73%	73%	91%	93%	93%	79%	2008-2016
Nord-Ovest	80%	80%	80%	78%	78%	30%	16%	12%	5%	2008-2013
Centro	26%	26%	26%	26%	15%	23%	18%	18%	0%	2008-2015
Sud e isole	70%	65%	66%	63%	61%	43%	21%	21%	16%	2008-2015
Italia	65%	63%	63%	62%	59%	45%	33%	32%	22%	2008-2016

**TABELLA 26. Percentuale della popolazione italiana coperta dai Registri Tumori per area e anno di registrazione**

I tassi così calcolati sono stati forniti in input al programma Joinpoint (versione 4.7.0.0, <https://surveillance.cancer.gov/joinpoint/>) per la stima dei trend. In caso di presenza di un trend significativo ( $p < 0,05$ ), è stata utilizzata la variazione annuale percentuale media (AAPC, Average Annual Percent Change) per stimare i tassi degli anni successivi rispetto all'ultimo disponibile, fino all'anno 2020. L'AAPC calcolata è stata applicata se non superiore al valore di 2,5 in valore assoluto; nei casi in cui risultasse  $> 2,5$  (oppure  $< -2,5$ ) è stata ricondotta al valore massimo di 2,5 se positiva (oppure -2,5 se negativa). Nei casi in cui invece non è stata riscontrata la presenza di un trend significativo ( $p > 0,05$ ), l'assunzione è stata quella di un tasso costante nel tempo, per cui quello dell'ultimo anno disponibile è stato esteso agli anni successivi fino al 2020.

Applicando i tassi calcolati al 2020, alle popolazioni per ciascuna area, genere e fascia di età, è stato possibile stimare il numero di casi attesi per il 2020.

Infine, sommando per le tre fasce di età e le quattro aree, sono stati ottenuti i casi attesi per il complesso della popolazione italiana, totali e per i due sessi, per tutti i tumori e per ciascuna delle sedi considerate.

Da notare che i valori delle stime per il totale dei tumori non corrispondono alla somma delle stime per le singole sedi, in quanto il numero totale dei casi è stato stimato applicando la stessa metodologia, ovvero: a) calcolo dei tassi per sesso, macroarea e fascia di età; b) stima dei trend tramite joinpoint; c) stima dei casi attesi per il 2020.

Tutti i calcoli dei tassi e dei casi stimati sono stati effettuati per mezzo del programma statistico R, versione 3.6.3 (<https://rstudio.com/> © 2009-2019 RStudio).



# Fonti e metodologia PASSI e PASSI d'Argento

## Gruppo tecnico nazionale PASSI e PASSI d'Argento

Maria Masocco Istituto Superiore di Sanità – Roma

Valentina Minardi Istituto Superiore di Sanità – Roma

Benedetta Contoli Istituto Superiore di Sanità – Roma

Nicoletta Bertozzi Dipartimento di Sanità pubblica Ausl Romagna, Cesena

Stefano Campostrini Dipartimento di economia, Università Ca' Foscari, Venezia

Giuliano Carrozzi Dipartimento di sanità pubblica, Ausl Modena

Marco Cristofori Unità operativa sorveglianza e promozione della salute, Ausl Umbria 2, Orvieto

Angelo D'Argenzio Dipartimento di Prevenzione, Asl Caserta, Caserta

Amalia Maria Carmela De Luca Direzione sanitaria, Asp Catanzaro, Catanzaro

Pirous Fateh-Moghadam Osservatorio per la salute, Provincia autonoma di Trento

Mauro Ramigni Dipartimento di Prevenzione, Aulss 2 Marca Trevigiana, Treviso

Massimo Oddone Trinito Dipartimento di Prevenzione, Asl Roma 2

Stefania Vasselli Ministero della Salute, Roma

## Il razionale e la cornice istituzionale

L'allungamento della vita media e il progressivo invecchiamento della popolazione rappresentano un successo della scienza e della medicina, ma allo stesso tempo una sfida per l'intera società poichè si accompagnano ad un aumento del peso delle malattie croniche degenerative.

La prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili è tuttavia possibile attraverso il contrasto, sin dalla giovane età, dei fattori modificabili connessi alla loro insorgenza (fumo, alcol, sedentarietà, basso consumo di frutta e verdura, eccesso ponderale), attraverso l'offerta di programmi per la diagnosi precoce delle malattie e attraverso la promozione di azioni volte al rafforzamento delle condizioni per un "invecchiamento attivo e in salute" secondo le indicazioni della strategia dell'OMS "Active and healthy aging".<sup>1</sup>

Dal 2004 il Ministero della Salute e il CCM, in collaborazione con le Regioni, promuove la progettazione, sperimentazione e l'implementazione di sistemi di sorveglianza di popolazione, dedicati a diverse fasce di età, per raccogliere informazioni sullo stato di salute della popolazione e sui fattori di rischio modificabili e associati all'insorgenza di malattie croniche, al fine di guidare a livello locale le azioni di prevenzione e valutarne l'efficacia nel tempo verso gli obiettivi di salute fissati nei Piani Nazionali e Regionali della Prevenzione. Nascono così, fra gli altri, la sorveglianza PASSI<sup>2</sup> dedicata alla popolazione adulta di 18-69 anni di età e la sorveglianza PASSI d'Argento<sup>3</sup> dedicata alla popolazione anziana di 65 anni e più, coordinati dall'Istituto Superiore di Sanità.

A distanza di oltre 10 anni dal loro avvio i sistemi di sorveglianze di popolazione su malattie croniche e stili di vita ad essi connessi sono inseriti come un LEA (Livello Essenziale di Assistenza) nell'area prevenzione collettiva e sanità pubblica<sup>4</sup> e PASSI e PASSI d'Argento riconosciuti come sistemi a rilevanza nazionale<sup>5</sup>.

## Il sistema di sorveglianza PASSI

Il sistema di 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), che dal 2008 raccoglie in continuo informazioni sugli stili di vita e fattori di rischio comportamentali, della popolazione adulta di 18-69 anni residente in Italia, 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.

Strumento necessario alla costruzione dei profili di salute per le Regioni, PASSI, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, 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 al fine di guidare a livello locale le azioni di prevenzione e valutarne l'efficacia nel tempo verso gli obiettivi di salute fissati nei Piani Nazionali e Regionali della Prevenzione.

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 (*Patient Health Questionnaire-2*)<sup>6,7</sup>, la qualità della vita connessa alla salute (*unhealthy days*), i sintomi di depressione, la presenza di patologie croniche.

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 effettuate, 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.

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 supera il 10%.

Il sistema è stato 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. Un website dedicato a PASSI <http://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.

### La sorveglianza PASSI d'Argento

PASSI d'Argento è un sistema di sorveglianza dedicato alla popolazione anziana, di 65 anni e più, che completa il quadro offerto dalla sorveglianza PASSI dedicata agli adulti.

Anche PASSI d'Argento si caratterizza come una sorveglianza in Sanità Pubblica che raccoglie informazioni, dalla popolazione generale residente in Italia, su salute e fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza o alle complicanze delle malattie croniche non trasmissibili.

PASSI d'Argento raccoglie anche informazioni su alcune condizioni peculiari della popolazione ultra65enne volte a descrivere la qualità di vita e i bisogni di cura e assistenza delle persone di questa fascia di età, ma con uno sguardo nuovo al fenomeno dell'invecchiamento, a partire dalla definizione di "invecchiamento sano e attivo" voluta dall'OMS.

Con PASSI d'Argento si "misura" infatti anche il contributo che gli anziani offrono alla società, attraverso lavoro retribuito o fornendo sostegno all'interno del proprio contesto familiare e della comunità ("anziano risorsa") con attività di volontariato per i quali sono centrali non solo la salute fisica, l'autosufficienza, ma anche il benessere psicologico e sociale della persona. Questo sistema è dunque in grado di fornire informazioni utili alla programmazione di azioni e interventi per le scelte di politiche sanitarie volte a migliorare la qualità di vita degli anziani e a rafforzare le condizioni alla base di un "invecchiamento sano e attivo".

Sperimentato per la prima volta nel 2009, realizzato nel 2012 come indagine trasversale, PASSI d'Argento è stato avviato come indagine in continuo dal 2016. Anch'esso disegnato come strumento interno al Sistema Sanitario Nazionale è coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità e portato avanti da ASL e dalle Regioni ed è in grado di restituire informazioni utili a livello territoriale per guidare le azioni di prevenzione e valutarne l'efficacia nel tempo.

I temi indagati in PASSI d'Argento sono molteplici e consentono di disegnare il profilo della popolazione ultra65enne centrato sui tre pilastri dell'invecchiamento attivo, individuati dalla strategia *Active Ageing* dell'OMS: salute, partecipazione e sicurezza. Sulla salute e prevenzione vengono raccolte informazioni inerenti: la salute percepita, la soddisfazione per la propria vita, la qualità della vita connessa alla salute (*unhealthy days*), i sintomi di depressione (*Patient Health Questionnaire-2*)<sup>6,7</sup> la presenza di patologie croniche e l'autonomia nelle attività funzionali e strumentali della vita quotidiana (ADL<sup>8</sup> e IADL<sup>9</sup>), la presenza di problemi sensoriali (di vista, udito, masticazione), le cadute, l'uso dei farmaci, la vaccinazione antiinfluenzale e fattori di rischio comportamentali (fumo, alcol, consumo di frutta/verdura, eccesso ponderale o perdita di peso involontaria, attività fisica (con lo strumento specifico PASE<sup>10,11</sup>).

Nell'ambito della partecipazione vengono raccolte informazioni sullo svolgimento di attività lavorative retribuite, sul supporto fornito alla famiglia o alla collettività e sulla partecipazione a eventi sociali o a corsi di formazione. Infine sul tema della tutela vengono indagati aspetti inerenti all'accessibilità ai servizi socio-sanitari, alla qualità dell'ambiente di vita e alla sicurezza domestica, alla sicurezza del quartiere. L'ulteriore ricchezza di informazioni socio-anagrafiche raccolte consente di far emergere e analiz-

zare le disuguaglianze sociali nella salute, nella qualità della vita e nei bisogni di tutela e assistenza delle persone anziane.

Le informazioni vengono raccolte attraverso interviste telefoniche o *vis a vis* a campioni mensili rappresentativi per sesso ed età della popolazione ultra65enne afferente al bacino di utenza delle ASL. Le interviste vengono effettuate, attraverso l'uso di un questionario standardizzato, da operatori socio-sanitari opportunamente formati. Dall'indagine sono esclusi gli anziani istituzionalizzati, ospedalizzati o residenti in RSA, RSSA o Case di riposo.

I dati raccolti dalle ASL 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. Un website dedicato a PASSI d'Argento (La sorveglianza PASSI d'Argento <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/>) ospita i principali risultati a livello nazionale e regionale, commentati con grafici e tabelle.

Anche questo sistema è progettato per essere flessibile e adattabile a rispondere a esigenze locali e nazionali. Il questionario è sottoposto a revisione ogni anno e si integra di moduli regionali che rispondono a particolari esigenze conoscitive utili per pianificare, monitorare o valutare specifiche azioni sul territorio.

Nel triennio 2016-2018, cui si riferiscono i dati più aggiornati presentati in questa monografia, hanno partecipato tutte le Regioni e P.A. ad eccezione di Lombardia e Val d'Aosta. Il tasso di risposta supera l'85% del campione e il tasso di rifiuto è pari all'11%.

### Ringraziamenti

Si ringraziano tutti gli Intervistatori, Coordinatori e Referenti locali, a livello aziendale e regionale, delle reti PASSI e PASSI d'Argento che con il loro impegno rendono possibile la disponibilità di queste informazioni.

Le reti dei Coordinatori e Referenti locali sono disponibili sui website dedicati:

PASSI: <https://www.epicentro.iss.it/passi/network/rete>

PASSI d'Argento: <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/network/rete>

### BIBLIOGRAFIA

- WHO.ACTIVE AGEING: A Policy Framework [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf;jsessionid=5EA11DE9E5B8545D-3C579225C3189C85?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf;jsessionid=5EA11DE9E5B8545D-3C579225C3189C85?sequence=1) [ultimo accesso marzo 2020]
- 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.
- Contoli B, Carrieri P, Masocco M, et al. PASSI d'Argento (Silver Steps): the main features of the new nationwide surveillance system for the ageing Italian population, Italy 2013-2014. *Ann Ist Super Sanita*. 2016 Oct-Dec;52(4):536-542.
- DPCM del 12 gennaio 2017 sui nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (GU Serie Generale n.65 del 18-03-2017 - Suppl. Ordinario n. 15 - Prevenzione collettiva e sanità pubblica - programma F2)
- DPCM del 3 marzo 2017 sui Registri e sorveglianze (GU Serie Generale n.109 del 12-05-2017 - All.A).
- 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.
- 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-analysis. *Syst Rev* 2014;3(1):124. 10.1186/2046-4053-3-124
- Wallace M, Shelkey M, Hartford Institute for Geriatric Nursing. Katz index of independence in activities of daily living (ADL). *Urol Nurs* 2007;27(1):93-4.15
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people. Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9(3):179-86.
- Washburn RA, Smith KW, Jette AM, Janney CA. The physical activity scale for the elderly (PASE): Development and evaluation. *J Clin Epidemiol* 1993;46(2):153-62.17
- Washburn RA, McAuley E, Katula J, Mihalko SL, Boileau RA. The physical activity scale for the elderly (PASE): Evidence for validity. *J Clin Epidemiol* 1999;52(7):643-51





**INFORMAZIONI  
PER I PAZIENTI**

Quaderni Informativi per i pazienti sono scaricabili in formato pdf dal sito di Fondazione AIOM

[www.fondazioneaiom.it](http://www.fondazioneaiom.it)

Tutte le informazioni sono già facilmente accessibili anche su smartphone e tablet attraverso l'app PINO (**Pazienti Informati Notizie Oncologia**), disponibile sia in versione Android che iOS, scaricabile dai relativi App Store.

Sono disponibili per le seguenti tematiche:

- ASSISTENZA PSICO-SOCIALE
- ATTIVITÀ FISICA E TUMORI – 2020
- BIOPSIA LIQUIDA
- CARCINOMA A CELLULE DI MERKEL-2020
- CARCINOMA CUTANEO A CELLULE SQUAMOSE – 2020
- CARCINOMA CUTANEO BASOCELLULARE – 2020
- CARCINOMA OVARICO – 2020
- CARCINOMA DEL PANCREAS ESOCRINO
- CARCINOMA DELLA PROSTATA – 2020
- CARCINOMA GASTRICO – 2020
- CARCINOMA MAMMARIO IN FASE INIZIALE – 2020
- CARCINOMA MAMMARIO METASTATICO – 2020
- SARCOMI DEI TESSUTI MOLLI – 2020
- CAREGIVER IN ONCOLOGIA – 2017
- CONOSCERE IL GLIOBLASTOMA
- DOLORE ONCOLOGICO
- EPATOCARCINOMA
- FARMACI BIOSIMILARI IN ONCOLOGIA
- IMMUNONCOLOGIA
- MELANOMA – 2020
- MESOTELIOMA PLEURICO
- MIELOMA MULTIPO
- NEOPLASIE CEREBRALI
- ONCOLOGIA DI PRECISIONE
- PRESERVAZIONE DELLA FERTILITÀ NEI PAZIENTI ONCOLOGICI
- SOLE CON AMORE: COME PROTEGGERSI DURANTE I MESI PIÙ CALDI DELL'ANNO
- TEST BRCA E PREVENZIONE DEL CARCINOMA OVARICO
- TEST GENOMICI E CARCINOMA MAMMARIO – 2020
- TRATTAMENTO DELLE METASTASI OSSEE
- TRATTAMENTO E PREVENZIONE DELLA CACHESSIA NEOPLASTICA
- TROMBOEMBOLISMO VENOSO NEI PAZIENTI CON TUMORI SOLIDI
- TUMORE DEL COLON-RETTO
- TUMORE DEL POLMONE
- TUMORI A PARTENZA SCONOSCIUTA
- TUMORI DEL RENE
- TUMORE DEL TESTICOLO-2020
- TUMORI DELL'ESOFAGO
- TUMORI DELL'INTESTINO
- TUMORI DELL'UTERO
- TUMORI DELLA MAMMELLA E DELL'OVAIO: IL RUOLO DEL TEST BRCA
- TUTELA E OPPORTUNITÀ PREVIDENZIALI DEL PAZIENTE ONCOLOGICO



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**



# I NUMERI DEL CANCRO IN ITALIA 2020

Per cittadini e pazienti a cura di Fondazione AIOM



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



Associazione Italiana Registri Tumori  
via Enrico Nöe, 23  
(c/o AIOM) – 20133 Milano  
tel. 049 8778130  
segreteria.airtum@registri-tumori.it



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 quarto anno una versione de *I numeri del cancro in Italia* dedicata a cittadini, pazienti e quanti vogliono conoscere e approfondire i temi legati a incidenza, mortalità, sopravvivenza, rendendo semplificata la lettura dei dati forniti da AIRTUM.

Insieme a PASSI e PASSI d'Argento abbiamo voluto inoltre continuare un percorso di approfondimento sui fattori di rischio comportamentali per diffondere la consapevolezza che un cambiamento dei nostri stili di vita errati può contribuire a ridurre i tumori».

Stefania Gori  
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**