

I tumori

Con i termini “cancro”, “neoplasia” o il più generico “tumore” ci si riferisce a un insieme molto eterogeneo di circa duecento malattie caratterizzate da fattori eziopatogenetici, periodi di latenza e sopravvivenze anche molto diversi tra loro.

Il cancro ha tra le sue cause fattori interni propri delle cellule dell’organismo e, in alcuni casi, trasmissibili geneticamente (ad esempio mutazioni genetiche, ormoni, funzionalità dell’apparato immunitario) e fattori esterni, legati sia all’ambiente (ad esempio agenti infettivi, prodotti chimici, radiazioni) sia allo stile di vita del soggetto (ad esempio alimentazione, livello di attività fisica, fumo).

Per le diverse lesioni che compongono il variegato quadro della patologia neoplastica, la medicina ha via via individuato armi e percorsi sempre più efficaci e mirati alla specificità dei diversi casi. Tali percorsi vanno dalla prevenzione, alla diagnosi precoce, alla terapia, con lo scopo di migliorare la prognosi di ogni paziente in termini di durata e qualità della vita.

L’incidenza

Si stima che nel 2012, in Italia, si siano verificati circa 364.000 nuove diagnosi per

tumore maligno (dati che escludono i carcinomi della cute, stimati separatamente in circa 67.000 casi), con un’incidenza maggiore tra la popolazione maschile (56%) rispetto a quella femminile (44%).

In provincia di Trento ogni anno si ammalano di tumore maligno (esclusi i carcinomi della cute) circa 2.600 persone, più di sette persone al giorno. Per oltre la metà si tratta di casi maschili (54%).

Sia in Italia che in Trentino, escludendo i carcinomi della cute, i tumori più frequenti sono quelli del polmone, della mammella, del colon-retto e della prostata [figura 1].

La frequenza con cui ogni anno in Italia vengono diagnosticati i tumori (escludendo i carcinomi della cute) è in media di 7 nuovi casi ogni 1.000 uomini (690 casi ogni 100.000 abitanti/anno) e di circa 6 casi ogni 1.000 donne (554 casi ogni 100.000 abitanti /anno); leggermente più bassi sono i dati trentini: meno di 6 nuovi casi ogni 1.000 uomini (585 casi ogni 100.000 abitanti/anno) e meno di 5 nuovi casi ogni 1.000 donne (479 casi ogni 100.000 abitanti/anno).

I tassi di incidenza, in entrambi i generi, non evidenziano differenze territoriali [figura 2].

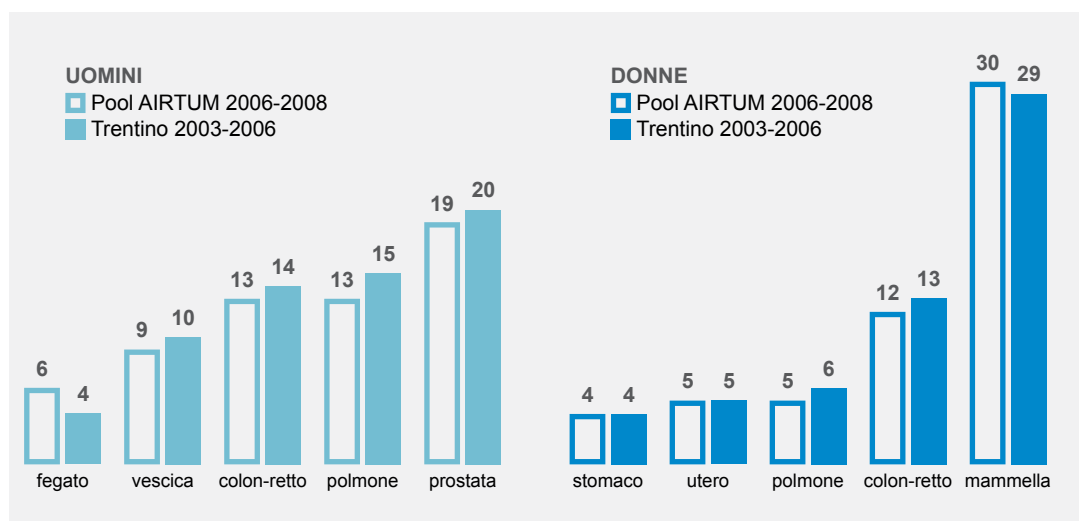
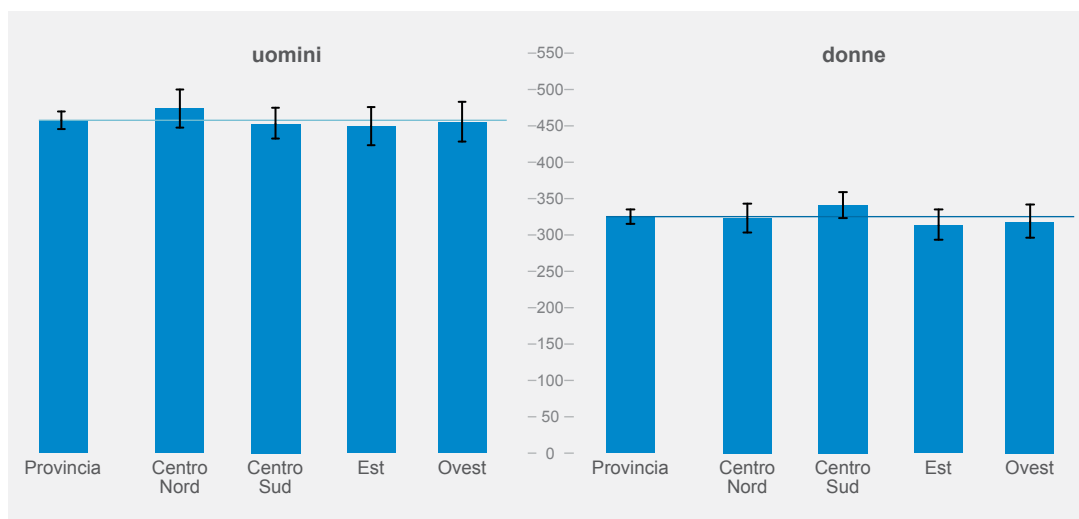


Figura 1
Primi cinque tumori più frequentemente diagnosticati (proporzione sul totale dei tumori, esclusi i carcinomi della cute) per genere e residenza.

ASSOCIAZIONE ITALIANA REGISTRI TUMORE (AIRTUM)

Figura 2
Tasso standardizzato (pop. europea, per 100.000 abitanti) di incidenza per tutti i tumori, esclusi i tumori della cute, per genere e distretto.

REGISTRO TUMORI DI POPOLAZIONE DELLA PROVINCIA DI TRENTO, 2003-2006



Il *rischio cumulato* di avere una diagnosi di tumore nel corso della vita (per convenzione nell'intervallo di tempo che va dalla nascita agli 84 anni) è una misura ipotetica che esprime la frequenza del tumore sotto forma di numero di persone che è necessario seguire perché una di queste, durante la sua vita, ne riceva la diagnosi.

Considerando il rischio cumulato di avere una diagnosi di qualunque tumore, questa probabilità riguarda 1 uomo ogni 2 e 1 donna ogni 3 nel corso della loro vita, in Italia e in Trentino.

Stratificando per genere e per tipologia di tumore, si osserva come probabilmente nella nostra provincia ogni 9 donne una si ammalerà di un tumore della mammella e un uomo ogni 8 di un tumore della prostata, un uomo ogni 12 e una donna ogni 48 svilupperanno un tumore del polmone, un uomo ogni 11 e una donna ogni 20 un tumore del colon-retto.

L'andamento temporale dell'incidenza dei tumori osservato negli ultimi anni presenta importanti differenze rispetto al genere.

Nella popolazione maschile il tasso di incidenza generale appare in diminuzione, per effetto della riduzione dell'incidenza di alcune delle patologie tumorali più letali degli scorsi decenni come il tumore del polmone e il tumore dello stomaco.

Per le donne l'incidenza del complesso dei tumori è ancora in crescita, sebbene per specifiche sedi tumorali come lo stomaco e la mammella si registrino tassi rispettivamente in diminuzione e in via di stabilizzazione.

La mortalità e la sopravvivenza

Il cancro rappresenta la seconda causa di morte in Italia (30%) dopo le patologie cardiovascolari (38% – dati ISTAT 2009). Anche in provincia di Trento i tumori sono la seconda causa di morte (nel 2011 rappresentano il 33% di tutti i decessi) considerando la popolazione generale, ma diventano la prima per gli uomini (38%) e per le persone di età compresa tra i 35 e i 74 anni, età in cui oltre una persona su due muore per tumore (57%).

La prima causa di morte oncologica è il tumore del polmone per gli uomini e quello della mammella per le donne.

I tumori rappresentano anche la parte più consistente della mortalità evitabile.

A livello nazionale, il tumore polmonare e quello del colon-retto risultano rispettivamente al terzo e al quarto posto nella classifica delle cause di morte precoce, costando agli italiani 553.000 anni di vita (tumore del polmone) e 339.000 anni di vita (tumore del colon-retto). Il tumore della mammella è al sesto posto, con 237.000 anni di vita persi.

Nel 2011 in provincia di Trento di tutti i decessi evitabili, il 50% di quelli maschili e ben il 67% di quelli femminili sono dovuti a cause tumorali, per un totale di 8.652 anni di vita persi: 19 anni a decesso per gli uomini, 25 anni per le donne.

I dati relativi agli ultimi anni hanno mostrato una riduzione della mortalità per tu-

more in tutte le aree del paese, sebbene più marcata nel Centro Nord rispetto al Sud. Questa tendenza è il risultato del miglioramento della sopravvivenza dei malati, che in Italia ha raggiunto, a 5 anni dalla diagnosi, per le donne il 61% e per gli uomini il 52%. Percentuali analoghe sono state stimate anche per la provincia di Trento con una sopravvivenza a 5 anni pari al 60% per le donne e al 50% per gli uomini.

Sono risultati importanti, che dipendono dal miglioramento della diagnostica e dell'efficacia delle terapie a disposizione, come anche dalla maggiore precocità delle diagnosi grazie ad attività di screening organizzate o spontanee.

Un ruolo importante va riconosciuto anche alla maggiore attenzione culturale alla salute, diffusasi nella popolazione. Si stima, infatti, che sulla base delle conoscenze attuali, circa l'80% dei tumori possa essere prevenuto.

La maggior parte dei tumori causati dal fumo di sigarette, da errata alimentazione, dal consumo di alcool, dall'obesità e dall'inattività fisica, potrebbero essere prevenuti. Altri tumori correlati ad agenti infettivi,

quali il virus dell'epatite B (HBV), il virus dell'epatite C (HCV), il virus del papilloma umano (HPV), il virus dell'immunodeficienza (HIV), il batterio *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), potrebbero essere prevenuti cambiando stile di vita e debellando l'agente infettivo tramite vaccini o antibiotici.

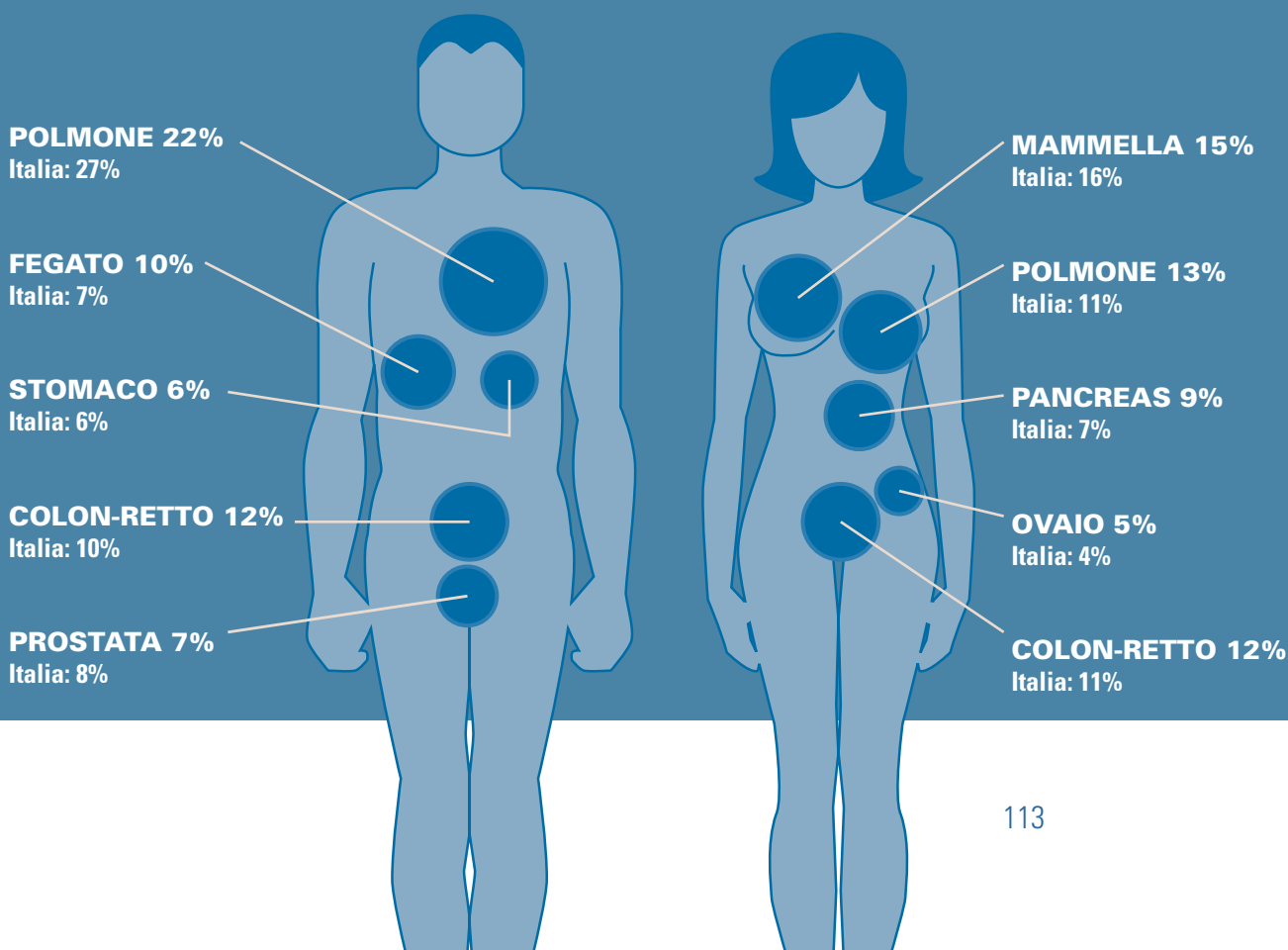
Inoltre, per alcuni tumori la partecipazione ai programmi di screening di riconosciuta efficacia rende possibile la diagnosi e la rimozione di lesioni invasive in stadio precoce o in fase premaligna.

I ricoveri

Nel corso del 2011 i ricoveri per tumore sono stati per i trentini 8.449 (pari al 9% di tutti i ricoveri) per un totale di circa 58.000 giorni di ricovero e quasi 9.300 accessi in day hospital (tasso grezzo di ospedalizzazione per tumori: 16 per 1.000 abitanti). Si tratta quasi esclusivamente di ricoveri per acuti (97%).

I ricoveri riguardano maggiormente le donne (54%) e, sebbene siano ricoverate di più

LE PRIME CINQUE CAUSE DI MORTE PER TUMORE IN TRENTO



le persone anziane (a partire dai 65 anni), il fenomeno è presente in una certa misura anche nelle età più giovani, in particolare a partire dai 40-45 anni [figura 3].

Negli uomini i ricoveri più frequenti, tra quelli per tumore, sono dovuti ai cosiddetti “tumori maschili”, prostata e vescica (19,2%), nelle donne un ricovero ogni 5 è dovuto a tumori della mammella (20,8%). I tassi grezzi di ospedalizzazione, sia per l'insieme dei tumori sia per le principali sedi, sono simili nei quattro distretti della provincia [figura 4].

Secondo i criteri metodologici applicati dallo studio ERA - Epidemiologia e Ricerca Applicata, che si è proposto di analizzare l'appropriatezza dell'ospedalizzazione, tutti i ricoveri per tumore sono considerati per definizione appropriati tranne quelli per tumore maligno delle labbra, della cavità orale,

della faringe e dell'esofago, per tumore maligno della trachea, dei bronchi e dei polmoni e per tumore maligno della vescica, che sono classificati come “evitabili” attraverso interventi di prevenzione primaria.

Nel 2011 i ricoveri (per acuti) di trentini a causa di tumori sono stati più di 8.000, di questi circa 700 (8,6%) sono potenzialmente prevenibili. Così come avviene per le malattie cardiovascolari, si tratta prevalentemente (76%) di ricoveri di uomini. La maggior parte dei ricoveri potenzialmente prevenibili avviene per tumore della vescica [tabella 1].

Le giornate trascorse in ospedale (ricoveri per acuti) dai residenti trentini per tumori sono oltre 54.000: sono poco meno di 6.000 (pari all'11% del totale) le giornate di degenza che avrebbero potuto essere evitate per mezzo di una migliore e più attenta prevenzione primaria [tabella 2].

Figura 3
Tasso età specifico di ospedalizzazione per tumori (per 1.000 abitanti) in provincia di Trento. Anno 2011.

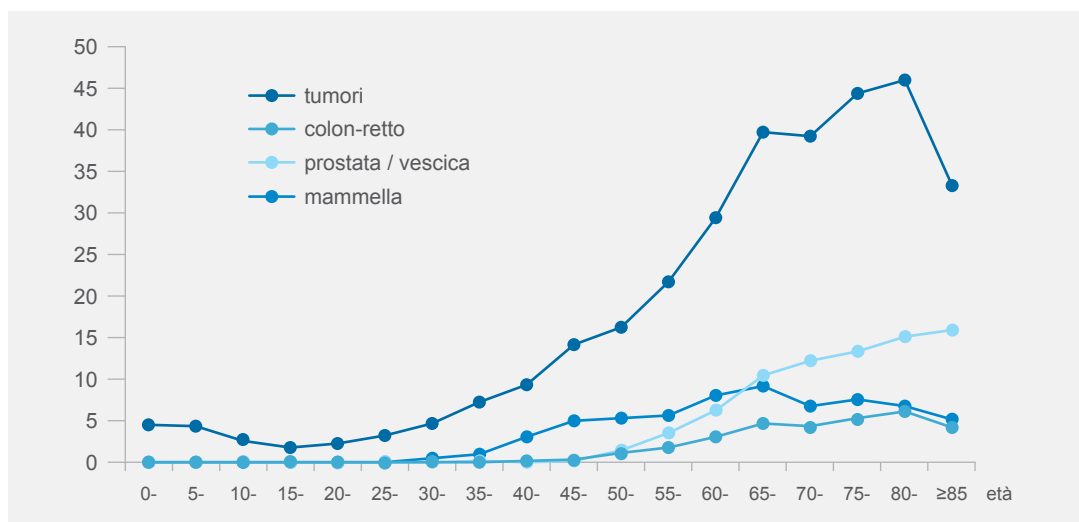
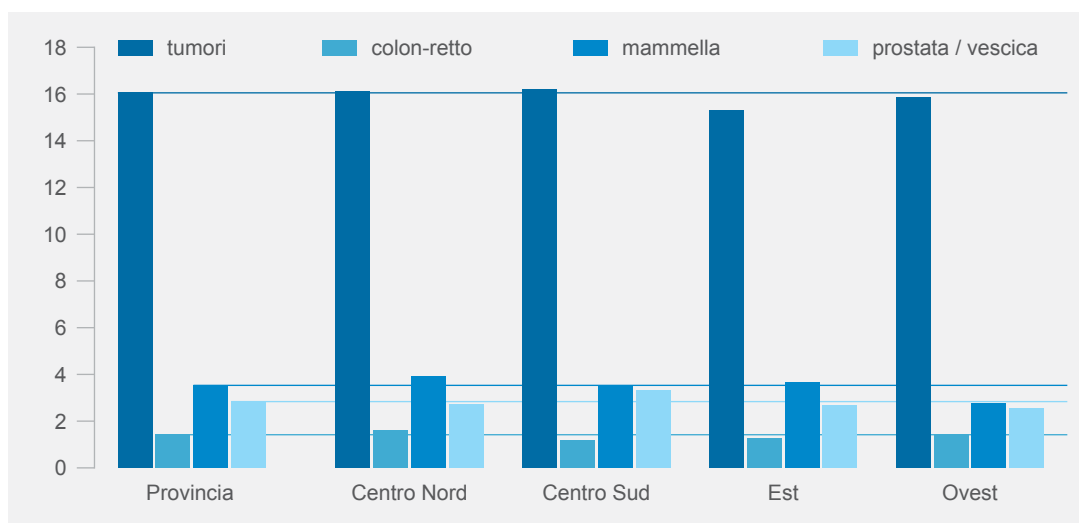


Figura 4
Tasso grezzo di ospedalizzazione per tumori (per 1.000 abitanti) in provincia di Trento per distretto. Anno 2011.



Ospedalizzazione per tumori, per genere. Anno 2011				
	uomini		donne	
	ricoveri totali	giorni di degenza	ricoveri totali	giorni di degenza
Ospedalizzazione totale	3.753	29.328	4.450	25.113
di cui potenzialmente inappropriata	—	—	—	—
%	—	—	—	—
di cui potenzialmente prevenibile	537	4.235	169	1.633
%	14,3	14,4	3,8	6,5

Ospedalizzazione per tumori, per classi d'età. Anno 2011				
	fino a 14 anni	15-74 anni	75 anni e oltre	totale
	Ospedalizzazione totale	1.051	34.566	18.824
di cui potenzialmente inappropriata	—	—	—	—
%	—	—	—	—
di cui potenzialmente prevenibile	8	5.859	—	5.867
%	0,8	17,0	—	10,8

Tabella 1

Ospedalizzazione per tumori. Ricoveri e giornate di degenza totali e potenzialmente prevenibili di residenti in provincia di Trento, per genere. Anno 2011.

Tabella 2

Ospedalizzazione per tumori. Giornate di degenza totali e potenzialmente prevenibili di residenti in provincia di Trento, per classi d'età. Anno 2011.

Come il numero di ricoveri anche le giornate di degenza sono prevalentemente a carico degli uomini (72%), tuttavia la durata media del ricovero potenzialmente prevenibile è sfavorevole per le donne (10 giorni vs. 8 giorni per gli uomini).

La pressoché totalità dei ricoveri prevenibili è concentrata nell'età adulta; per quest'età risulta che una giornata di degenza ogni 6 è potenzialmente prevenibile con adeguati programmi di prevenzione e di sanità pubblica [tabella 2].

Riassumendo, si riscontra che tra la popolazione trentina:

- i tumori sono la seconda causa di morte (33% dei decessi totali) e tra le principali cause di ricovero (9%) che contano un consistente numero sia di giornate di degenza (10%) che di accessi in day hospital (10%)
- il 27% dei decessi per tumori sono evitabili; di questi, il 49% grazie alla prevenzione primaria, il 34% con la diagnosi precoce e il restante 17% grazie all'assistenza propriamente detta
- il 9% dei ricoveri e l'11% delle giornate di degenza per tumori sono potenzialmente evitabili attraverso la prevenzione primaria. In termini assoluti questi numeri dicono che, a causa dei tumori, ogni anno circa 200 decessi, 700 ricoveri e 6.000 giornate di degen-

za di persone potenzialmente sane potrebbero essere sensibilmente ridotti da interventi preventivi di sanità pubblica volti a contrastare i principali fattori di rischio.

Altri 140 decessi potrebbero essere evitati grazie a interventi di diagnosi precoce.

È dunque fondamentale ridurre i fattori che espongono maggiormente le persone al rischio di ammalarsi e rafforzare quelli che hanno un ruolo protettivo. È altresì fondamentale garantire l'accessibilità ai programmi organizzati di screening per la diagnosi precoce.

I programmi di screening

Lo screening è un esame sistematico della popolazione generale o di un suo sottogruppo, condotto con mezzi clinici, strumentali o di laboratorio per individuare una malattia in una fase preclinica oppure precursori o indicatori della malattia.

Si tratta di un processo complesso che normalmente prevede un test che suddivide i soggetti esaminati in positivi e negativi e una serie di esami successivi di approfondimento per chi è risultato positivo al primo livello. Nel programma di screening *organizzato* si agisce su una popolazione che non presenta sintomi e che viene invitata attivamente a

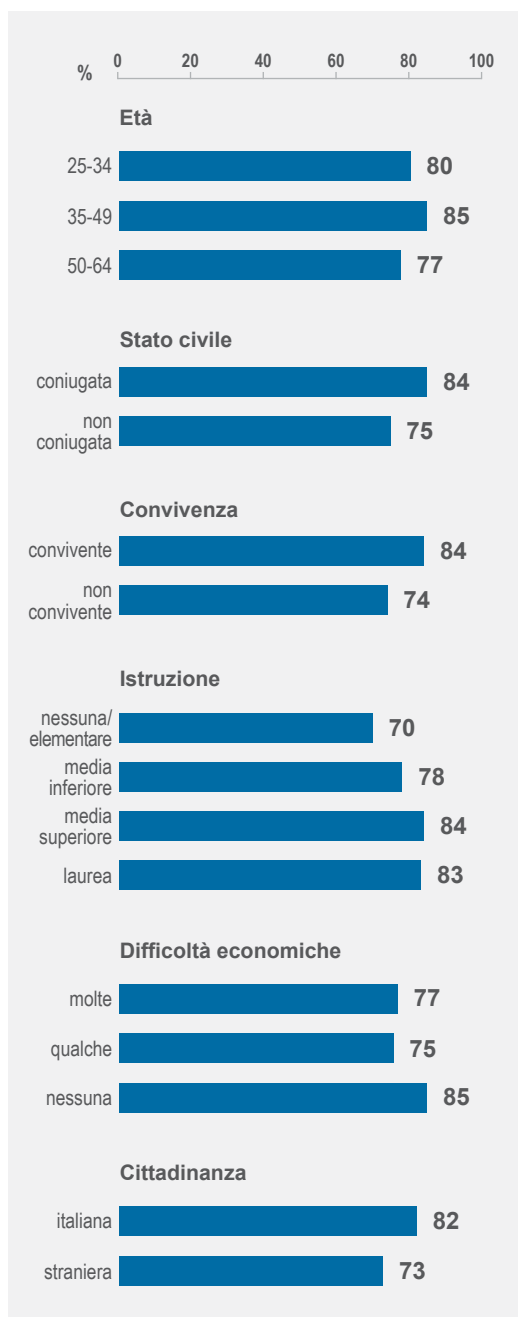


Figura 5

Pap-test eseguito negli ultimi tre anni in provincia di Trento: copertura per caratteristiche socio-demografiche. PASSI, 2008-2011

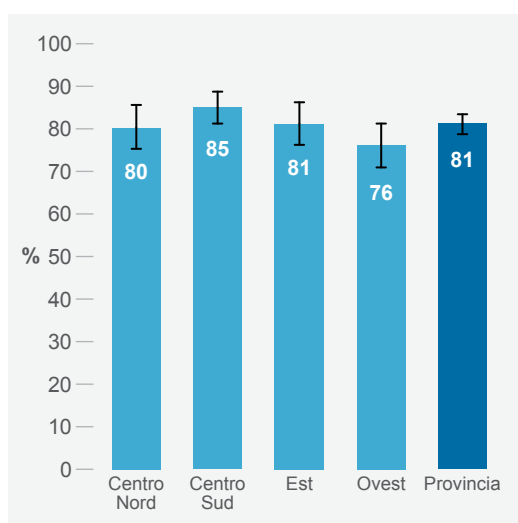


Figura 6

Pap-test eseguito negli ultimi tre anni in provincia di Trento: copertura per distretto di residenza. PASSI, 2008-2011

sottoporsi al test, a differenza della diagnosi precoce su presentazione *spontanea* dove si agisce sul singolo individuo asintomatico che si sottopone a un esame preventivo. Il programma di screening deve quindi prevedere un'organizzazione dotata di regole e comportamenti standardizzati.

Lo screening si propone di ridurre la mortalità e, in alcuni casi, l'incidenza della patologia oggetto di intervento: in questo modo si può ridurre l'impatto della malattia sulla popolazione che si sottopone regolarmente a controlli per la diagnosi precoce di neoplasie o di lesioni precancerose.

L'efficacia dello screening deve essere bilanciata con i possibili effetti negativi. Come ogni esame diagnostico, i test di screening possono dare risultati falsi negativi in soggetti che invece sono affetti dalla malattia; in questo caso l'utente è danneggiato in quanto riceve una rassicurazione ingiustificata riguardo al proprio stato di salute e perché il referto negativo potrebbe ritardare l'effettiva diagnosi della malattia. Inoltre, lo screening determina una diagnosi anticipata di malattia in fase asintomatica: questo può tradursi in un prolungamento della fase clinica della malattia senza che vi corrispondano cambiamenti significativi della sua storia naturale.

I test di screening possono anche portare a risultati falsi positivi che provocano interventi non necessari, quindi preoccupazioni e costi inutili, sia individuali, sia sociali. Infine, in ogni processo di diagnosi precoce è insito il rischio di individuare e trattare lesioni che non si sarebbero mai manifestate clinicamente, determinando sovradiagnosi e sovratrattamento. Molti degli effetti negativi dello screening non sono eliminabili completamente: è necessario mettere in atto tutti i controlli di qualità disponibili per ridurre al minimo gli effetti indesiderati ed è doveroso chiarirli, insieme ai vantaggi, all'utente.

Lo screening del tumore del collo dell'utero

Lo screening cervicale si è dimostrato uno strumento in grado di ridurre sia la mortalità per carcinoma, favorendone la diagnosi in cui il trattamento può essere efficace, sia l'incidenza della neoplasia, grazie alla capacità di identificare le lesioni pretumorali.

In provincia di Trento sono diagnosticati ogni anno circa 14 nuovi casi di tumore del-

la cervice uterina (tasso grezzo: 5,7 casi ogni 100.000 donne). L'incidenza in provincia di Trento è inferiore rispetto al dato medio nazionale. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è del 66%, in linea con i valori medi italiani.

In Trentino il programma di screening, che è stato attivato nel 1993, risulta efficiente e consolidato sul territorio. Lo screening è rivolto a tutte le donne di età compresa tra i 25 e i 65 anni residenti in provincia, che sono invitate con lettera personalizzata. Lo screening si articola in due livelli diagnostici. Il primo livello prevede l'esecuzione del Pap-test ogni tre anni in presenza di test negativo (per alcune donne a rischio possono essere previsti intervalli più ravvicinati), il secondo livello, da attuarsi in caso di Pap-test positivo, è costituito dalla biopsia del collo dell'utero sotto guida colposcopia.

Nel triennio (round di screening) 2008-2010 sono state invitate a eseguire il Pap-test circa 96.000 donne trentine, per un'estensione dell'67%. L'adesione all'invito è risultata piuttosto contenuta: circa una donna su due (55%) esegue il Pap-test all'interno del programma di screening dopo aver ricevuto l'invito. Questa percentuale però sale notevolmente se si considera la *copertura* (cioè le donne che eseguono almeno un Pap-test entro l'intervallo raccomandato di tre anni, indipendentemente se all'interno o al di fuori del programma di screening) che raggiunge l'81%, a conferma di una consistente attività spontanea da parte delle donne trentine.

Il sottoporsi al test di screening, secondo quanto raccomandato dalle linee guida, è più frequente nelle donne di 35-49 anni, in quelle coniugate o conviventi, con un livello di istruzione elevato e senza difficoltà economiche. La copertura è, inoltre, più elevata nelle italiane rispetto alle straniere [figura 5]. Analizzando, attraverso un'analisi multivariata, tutte queste caratteristiche assieme, ciò che resta associato in maniera significativa al fatto di eseguire il test di screening è l'istruzione: l'esecuzione del Pap-test è maggiore in donne con alti livelli di istruzione rispetto a donne senza o con scarsa istruzione.

La partecipazione allo screening appare più contenuta per le donne residenti nel distret-

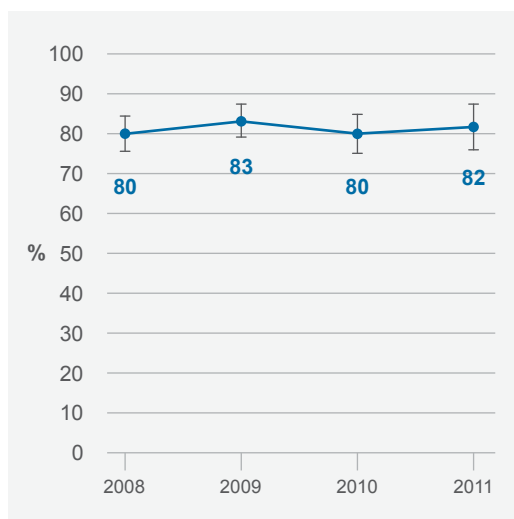


Figura 7

Copertura del Pap-test eseguito negli ultimi tre anni in provincia di Trento.

PASSI, 2008-2011

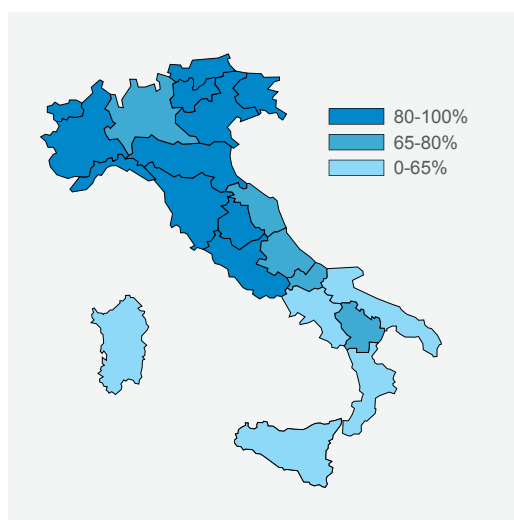


Figura 8

Pap-test eseguito negli ultimi tre anni in Italia: copertura per regione di residenza.

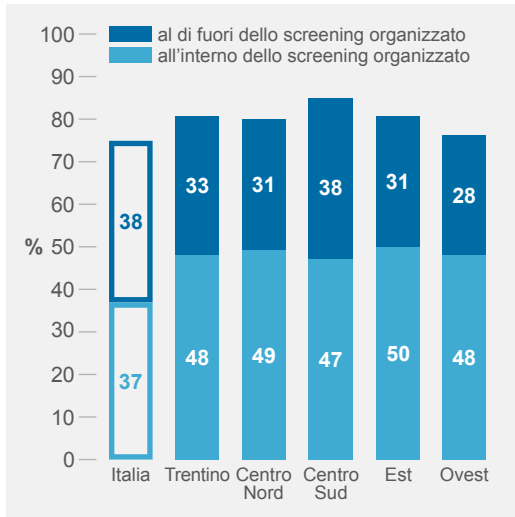
PASSI, 2008-2011

to Ovest, anche se non significativamente diversa rispetto alla media provinciale. Tuttavia si osserva una significativa differenza di comportamento tra le donne del distretto Ovest e le donne residenti nel distretto Centro Sud che più numerose eseguono il test di screening [figura 6].

Nel periodo 2008-2011 non ci sono differenze temporali nella percentuale di donne che eseguono il test di screening [figura 7].

A livello nazionale, il 75% delle donne di 25-64 anni ha effettuato il test di screening negli ultimi 3 anni, con un'evidente variabilità regionale e con un chiaro gradiente nord-sud, a sfavore delle regioni meridionali [figura 8]. La provincia di Bolzano presenta la percentuale significativamente più alta (89%), mentre in Calabria e Sardegna si registra la percentuale significativamente più bassa (56%).

Figura 9
Pap-test eseguito negli ultimi tre anni: copertura per tipologia di adesione e residenza.
PASSI, 2008-2011



La copertura dello screening è fortemente caratterizzata dall'adesione spontanea delle donne: a livello nazionale si stima che quasi quattro donne su dieci (38%) abbiano eseguito il test di screening al di fuori del programma organizzato e altrettante (37%) abbiano deciso di aderire agli screening offerti dalle ASL.

In provincia di Trento la situazione è leggermente a favore dello screening organizzato: circa una donna su due risponde all'offerta dell'azienda sanitaria provinciale, mentre tre donne su dieci richiedono attivamente il test di screening.

Interessante notare come le differenze di copertura sul territorio provinciale non siano tanto da attribuirsi alla quota di screening organizzato, quanto piuttosto a quella dell'adesione spontanea [figura 9].

Confrontando le caratteristiche socio-demografiche delle donne che aderiscono al programma provinciale organizzato con quelle delle donne che si sottopongono al test di screening come iniziativa individuale preventiva, si nota che:

- la percentuale di donne che fanno il test all'interno della campagne di screening organizzate è maggiore nella classe d'età 50-64 anni e nelle donne coniugate
- gli screening organizzati riducono le differenze di adesione per quanto riguarda l'istruzione
- le donne italiane privilegiano lo screening organizzato, mentre per le straniere non sembra esserci una scelta preferenziale.

Figura 10
Mammografia eseguita negli ultimi due anni in provincia di Trento: copertura per caratteristiche socio-demografiche.
PASSI, 2008-2011



Riassumendo, lo screening provinciale del tumore della cervice uterina è da considerarsi nel complesso buono.

Si dovrebbe però cercare di migliorare i livelli di adesione, da un lato spostando all'interno del programma provinciale organizzato (in grado di garantire percorsi validati e standardizzati) quel 30% di donne che scelgono percorsi di prevenzione individuale, dall'altro cercando di "catturare", attraverso interventi mirati, quel 20% di donne che non scelgono nessun tipo di percorso preventivo.

Lo screening del tumore della mammella

L'obiettivo principale dei programmi di screening mammografico è diminuire la mortalità specifica per cancro della mammella nella

popolazione invitata a effettuare controlli periodici. Grazie all'anticipazione diagnostica non solo si possono ridurre i tassi di malattia diagnosticata in stadio avanzato, ma si può decisamente migliorare la qualità di vita delle pazienti, favorendo la diffusione di trattamenti di tipo conservativo.

Come nelle altre parti d'Italia, anche in Trentino il cancro della mammella è la neoplasia più frequente, rappresentando circa un quarto dei tumori femminili.

In provincia di Trento sono diagnosticati ogni anno circa 370 nuovi casi di tumore della mammella (tasso grezzo: 146 casi ogni 100.000 donne).

La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è dell'87% circa, valore che non si discosta dal dato medio italiano.

In Trentino il programma di screening è attivo dal 2001.

È indirizzato alle residenti di età tra i 50 e i 69 anni che, tramite lettera, sono invitate ogni due anni a sottoporsi a mammografia.

Nel caso in cui si rendano necessari esami di approfondimento, la donna è avvisata telefonicamente ed è concordato l'appuntamento per ulteriori accertamenti nel centro di secondo livello.

Nel biennio (round di screening) 2009-2010 sono state invitate a eseguire una mammografia di screening circa 60.700 trentine, per un'estensione pari al 96%, vale a dire che praticamente tutta la popolazione target ha ricevuto una lettera d'invito.

La rispondenza all'invito è molto buona poiché ogni 100 donne invitate 79 si sono presentate a fare la mammografia. La copertura è di poco superiore e pari all'80%, a indicare come poche donne prediligano il percorso preventivo individuale e privato.

L'effettuazione di una mammografia preventiva è più frequente nelle donne di 50-59 anni, nelle donne coniugate o conviventi, nelle donne senza difficoltà economiche e nelle donne straniere. Tuttavia, analizzando attraverso un'analisi multivariata tutte queste caratteristiche assieme, le differenze emerse non risultano significative [figura 10].

La partecipazione allo screening mammografico è simile nei distretti della provincia [figura 11].

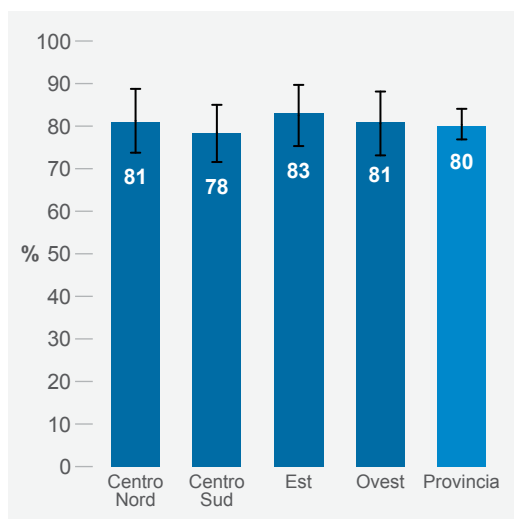


Figura 11
Mammografia eseguita negli ultimi due anni in provincia di Trento: copertura per distretto di residenza.
PASSI, 2008-2011

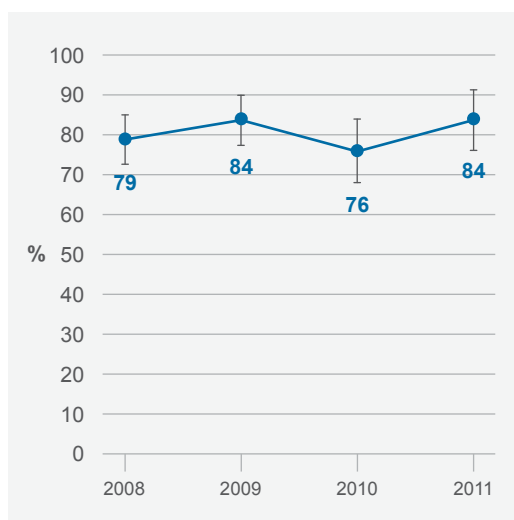


Figura 12
Copertura della mammografia eseguita negli ultimi due anni in provincia di Trento.
PASSI, 2008-2011

Nel periodo 2008-2011 non ci sono differenze temporali nella percentuale di donne che eseguono il test di screening [figura 12].

Significativa risulta la variabilità regionale nella prevalenza di donne 50-69enni che effettua il test di screening mammografico nei tempi raccomandati (nell'ambito di programmi organizzati o su iniziativa personale) con un chiaro gradiente nord-sud, a sfavore delle regioni meridionali. L'Emilia-Romagna presenta la percentuale significativamente più alta di donne che si sottopongono a una mammografia preventiva (85%), mentre in Campania si registra la percentuale più bassa (44%) [figura 13].

A differenza di quanto succede per lo screening della cervice uterina, l'attività spontanea nello screening mammografico in provincia di Trento è molto ridotta: sette donne

su dieci rispondono all'offerta dell'azienda sanitaria provinciale, mentre una donna su dieci richiede attivamente la mammografia. La situazione territoriale appare abbastanza omogenea, con una propensione un po' più

elevata per l'attività spontanea nel distretto Centro Sud [figura 14].

Riassumendo, l'attività svolta in provincia di Trento nell'ambito dello screening organizzato si può considerare molto buona. Il programma è esteso alla quasi totalità delle donne candidate e ottiene un'ottima adesione, questo fa sì che gli esami mammografici siano quasi interamente all'interno del programma di screening organizzato. Resta da capire chi sono le donne che sembra abbiano deciso di non fare attività preventiva (né organizzata, né spontanea) poiché non appaiono caratterizzate da particolari aspetti socio-demografici.

Lo screening del tumore del colon-retto

Il programma di screening organizzato rappresenta un efficace strumento per ridurre incidenza e mortalità delle neoplasie coloretali.

Obiettivo dello screening coloretale è, infatti, identificare precocemente le forme invasive di tumore del colon-retto, ma anche individuare e rimuovere eventuali precursori, interrompendo la storia naturale della malattia e la possibile progressione verso forme cancerose.

In Trentino, come in Italia, i tumori del colon-retto si collocano al terzo posto per incidenza negli uomini e al secondo nelle donne. In provincia di Trento sono diagnosticati ogni anno, complessivamente per uomini e donne, circa 330 nuovi casi di tumore del colon-retto (tasso grezzo: 78 casi ogni 100.000 uomini e 56 casi ogni 100.000 donne). La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è circa del 60% sia per gli uomini che per le donne, valori del tutto analoghi a quelli italiani.

In Trentino il programma di screening è di recente avvio. Partito come fase pilota alla fine del 2007, si rivolge a donne e uomini di età compresa tra i 50 e i 69 anni, e prevede una lettera d'invito a eseguire, con periodicità biennale, il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci (SOF). In caso di positività del test, il secondo livello di approfondimento prevede l'effettuazione di una colonscopia, previo appuntamento di

Figura 13

Mammografia eseguita negli ultimi due anni in Italia: copertura per regione di residenza.

PASSI, 2008-2011

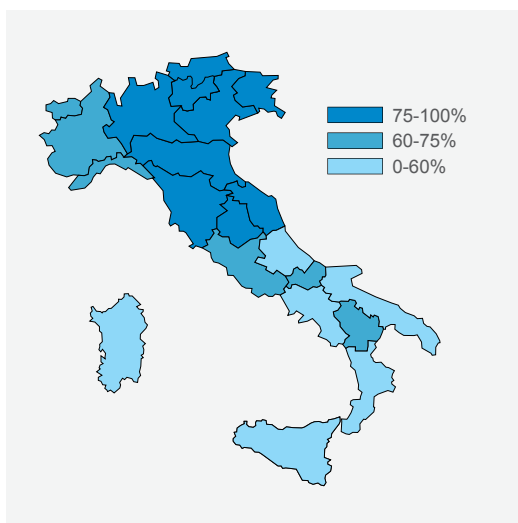


Figura 14

Mammografia eseguita negli ultimi due anni: copertura per tipologia di adesione e residenza.

PASSI, 2008-2011

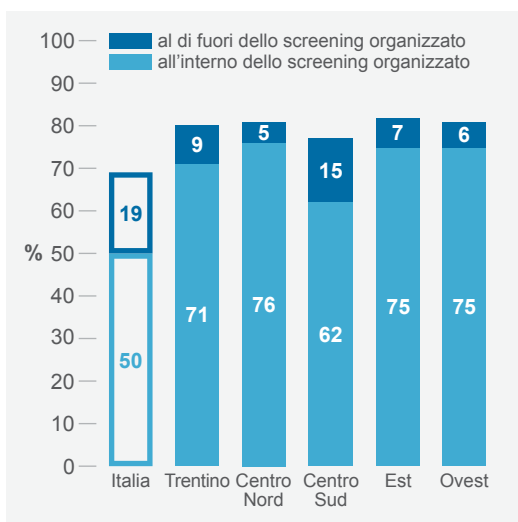
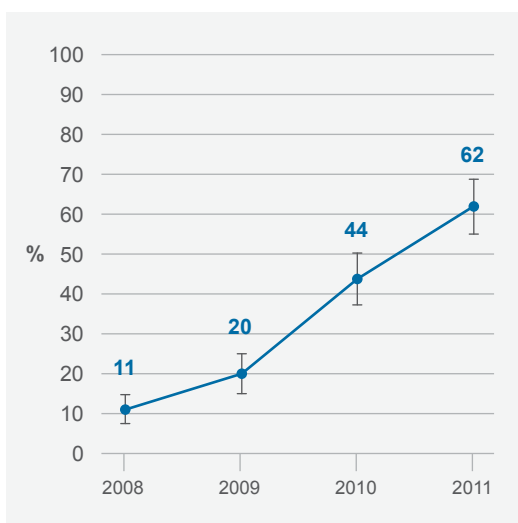


Figura 15

Copertura del SOF eseguito negli ultimi due anni in provincia di Trento.

PASSI, 2008-2011



counselling su chiamata telefonica da parte di un operatore sanitario.

Per completare l'estensione degli inviti su tutta la popolazione sono state necessarie tempistiche più lunghe rispetto al classico round biennale previsto per questo tipo di screening. I primi inviti alla popolazione sono partiti a novembre del 2007 e solo nel corso del 2011 sono stati completati gli ultimi invii. Questa dilatazione temporale però ha garantito la massima estensione dello screening: è stata infatti invitata tutta la popolazione provinciale target.

Data anche la recente introduzione di questo screening, la rispondenza all'invito è soddisfacente ed è pari, per l'intero periodo, al 58% delle persone invitate.

Come atteso, sia per la novità dello screening, sia per l'ampiezza non ordinaria del round, la copertura mostra una notevole crescita nel quadriennio 2008-2011, fino ad arrivare al 62% dei trentini che hanno eseguito il test di screening nell'intervallo raccomandato [figura 15].

La partecipazione allo screening coloretale è simile nei distretti della provincia [figura 16].

In Italia, nel biennio 2010-2011, le differenze territoriali nella copertura dello screening coloretale risultano significative, con un chiaro gradiente nord-sud a netto sfavore delle regioni meridionali [figura 17]. L'Emilia-Romagna presenta la percentuale significativamente più alta di persone 50-69enni che effettuano il SOF a scopo preventivo e nei tempi raccomandati (pari al 64% della popolazione target), mentre in Sicilia si registra la prevalenza significativamente più bassa (pari al 6%).

Nell'analisi per caratteristiche socio-demografiche la copertura presa in considerazione è data dal valore registrato sull'intero quadriennio 2008-2011. Risente quindi dei bassi valori di inizio periodo, cresciuti successivamente grazie alla progressiva implementazione del programma di screening.

L'effettuazione del test del sangue occulto nelle feci, eseguito a scopo preventivo e

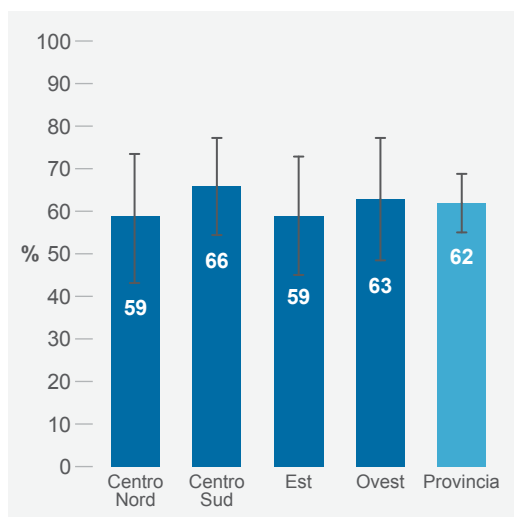


Figura 16

SOF eseguito negli ultimi due anni in provincia di Trento: copertura per distretto di residenza.

PASSI, 2011

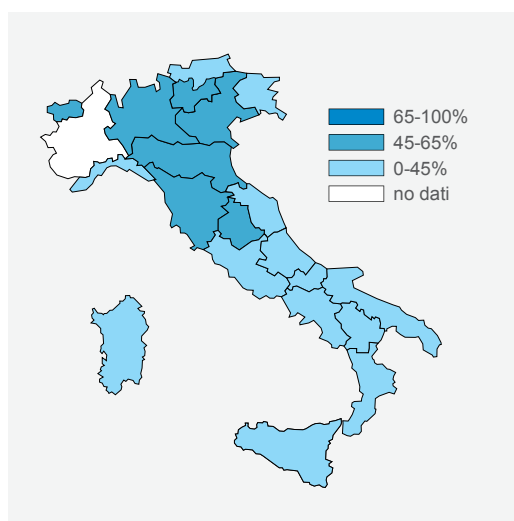


Figura 17

SOF eseguito negli ultimi due anni in Italia: copertura per regione di residenza.

PASSI, 2010-2011

secondo quanto raccomandato dalle linee guida, è più alta nelle persone 60-69enni, in quelle con poche difficoltà economiche e in quelle con titoli di studio intermedi. Analizzando, separatamente per genere, attraverso un'analisi multivariata, tutte queste caratteristiche insieme, mentre per gli uomini vengono confermate queste associazioni, per le donne resta valida solo l'associazione con l'età anziana [figura 18].

Riassumendo (e considerando che in provincia di Trento lo screening del colon-retto ha una storia molto recente), l'attività svolta si può considerare buona. Il programma è stato esteso a tutta la popolazione e ha raggiunto in poco tempo adesioni soddisfacenti. Particolare attenzione ora deve essere posta al rispetto dei tempi raccomandati per il round dello screening, cercando di contrarre progressivamente i ritardi accumulati nel corso di questo primo round.

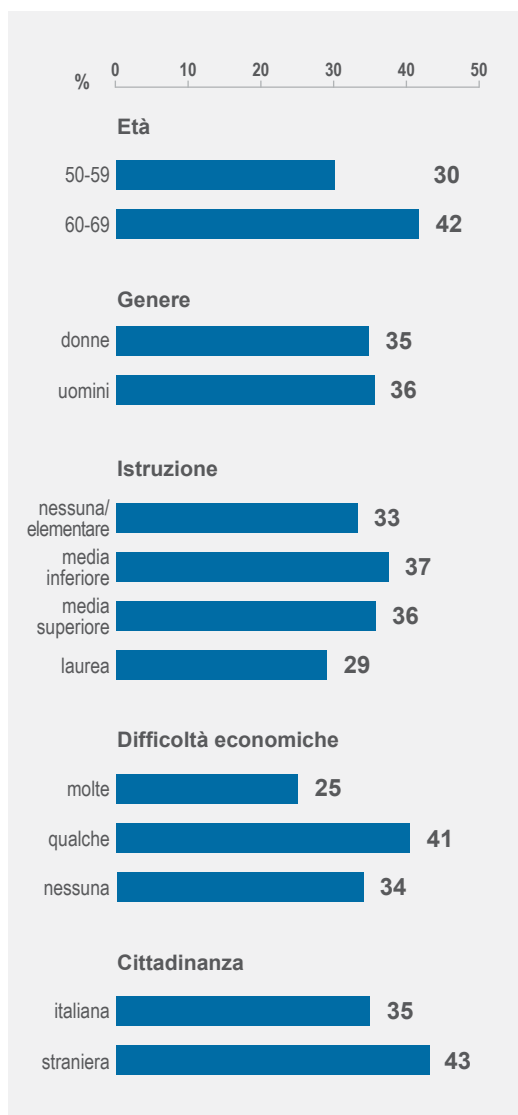


Figura 18
SOF eseguito negli ultimi due anni in provincia di Trento: copertura per caratteristiche socio-demografiche. PASSI, 2008-2011

Commento

La lotta contro il cancro ha l'obiettivo di ridurre l'incidenza della malattia e di conseguenza morbosit  e mortalit  che le sono associate, cos  come di migliorare la qualit  di vita dei pazienti e dei loro familiari.

L'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro (IARC) ritiene che, a livello globale, nel prossimo futuro la met  della riduzione potenziale dei decessi dovuti ai tumori   legata alla prevenzione, una proporzione assai minore agli screening e a trattamenti pi  efficaci. Quindi   indispensabile dare la priorit  alla prevenzione se si vuole ottenere una consistente riduzione dell'incidenza dei tumori. La IARC suggerisce inoltre, di integrare la prevenzione del cancro a quella dell'insieme delle malattie non trasmissibili con cui i fattori di rischio sono in comune. La prevenzione primaria del cancro ha lo

scopo d'impedirne lo sviluppo evitando o riducendo l'esposizione a fattori di rischio, come cancerogeni ambientali e stili di vita.

A livello provinciale, polmone, mammella e colon-retto sono le sedi anatomiche in cui si verifica il maggior numero di casi incidenti e di decessi.

La principale causa del *tumore del polmone*   il fumo di tabacco: per un fumatore il rischio di sviluppare un tumore del polmone   oltre 20 volte quello di un non fumatore. L'entit  di tale rischio dipende dalla quantit  quotidiana di tabacco fumato, dall'intensit  dell'inalazione e da quanto tempo una persona fuma. Il fumo di tabacco   responsabile anche del tumore della laringe, del pancreas, dei reni e della vescica; associato al consumo di alcol aumenta il rischio di sviluppare un tumore della cavit  orale e dell'esofago (il consumo di alcol, tra l'altro, pu  aumentare il rischio di sviluppare un tumore della faringe, della laringe e del fegato).

I fattori di rischio del *tumore della mammella* sono specificamente legati alla vita riproduttiva (precoce et  al menarca, menopausa tardiva, et  avanzata al primo parto, fattori ormonali, ecc.). Altri fattori di rischio sono l'eccesso ponderale, la sedentariet  e un'alimentazione caratterizzata da apporto calorico elevato, consumo elevato di grassi animali, dieta povera di frutta e verdura e ricca di carne e di alcol (il rischio aumenta anche con piccole quantit  di alcol, non   quindi possibile individuare una soglia di sicurezza).

Il *tumore coloretale*   fortemente associato al tipo di alimentazione: si stima che circa il 70% dei tumori del colon-retto possano essere prevenuti attraverso una corretta alimentazione. Un regime alimentare povero di verdure e di fibre, molto calorico e ricco di grassi animali   associato a un aumento del rischio di cancro coloretale: un consumo di 80 gr al giorno di carne rossa aumenta il rischio di cancro del colon-retto del 25%, un consumo di 80 gr al giorno di insaccati lo aumenta del 67%. Anche alcol e fumo aumentano questo rischio. Al contrario, una dieta con pochi grassi, molta

verdura e ricca di fibre ha un effetto protettivo. Anche l'attività fisica risulta avere un ruolo protettivo.

All'alimentazione sono legati molti tipi di tumori. I regimi alimentari occidentali (altamente calorici, ricchi di grassi e di proteine animali) spesso combinati a vita sedentaria, e quindi a disequilibrio energetico, aumentano il rischio di cancro, non solo del colon-retto e della mammella, ma anche della prostata, dell'endometrio, dell'apparato genitale maschile. Elevati consumi di frutta e verdura hanno un ruolo protettivo, oltre che per il tumore del colon-retto, anche per i tumore della faringe, laringe, polmoni, esofago, stomaco e collo dell'utero.

È evidente che la prevenzione al cancro si deve basare su politiche di lotta al fumo, di contrasto al consumo di alcol, di incoraggiamento a una corretta alimentazione e di promozione dell'attività fisica.

Allo stesso tempo, nello stabilire azioni di prevenzione e di promozione non si può prescindere dai determinanti sociali e dall'importanza che essi hanno nell'influenzare la salute della popolazione. Esistono sia caratteristiche socio-demografiche specifiche correlate con i diversi comportamenti a rischio (ad esempio sono più sedentarie le donne, hanno un consumo eccessivo di alcol i più giovani), sia caratteristiche comuni (bassa istruzione e difficoltà economiche).

Interventi efficaci e costo-efficaci sono quelli volti a modificare l'influenza sociale. Per limitare il consumo di fumo, alcol e cibo spazzatura: riduzione della disponibilità, limiti di vendita per età, orario, luoghi, aumenti del costo (tassazione), strumenti normativi che intervengono sulla commercializzazione, regolamentazione di pubblicità/media, ecc.

Per contrastare la sedentarietà si dovrebbe incoraggiare il trasporto attivo, disincentivando l'uso della macchina (car sharing, agevolazioni per lavoratori che vanno in bici o con mezzi pubblici al lavoro, piste ciclabili, ecc.), sensibilizzare maggiormente sull'efficacia dell'attività fisica sia la popolazione, sia il mondo clinico.

Per approfondire

- AIRTUM, <http://www.registri-tumori.it/cms/>
- ONS, <http://www.osservatorionazionale-screening.it/>
- ITACAN, <http://itacan.ispo.toscana.it/italian/itacan.htm>
- ERA - EPIDEMIOLOGIA E RICERCA APPLICATA, <http://www.atlantesanitario.it>
- SERVIZIO EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, *L'incidenza dei tumori in provincia di Trento. Dati del Registro tumori di popolazione. Anni 2003-2006.* http://www.apss.tn.it/Public/allegati/DOC_651667_0.pdf
- AIOM, CCM, AIRTUM, *I numeri del cancro in Italia 2012*, http://www.registri-tumori.it/PDF/AIOM2012/I_numeri_del_cancro_2012.pdf
- Supplemento n. 3 del n. 3 di *APSS notizie* / Anno 2011. Servizio Epidemiologia Clinica e Valutativa, *Gli screening oncologici in provincia di Trento*, <http://www.asl.tn.it/public/allegati/GLI%20SCREENING%20ONCOLOGICI%20supplemento%20del%20periodico%20di%20informazione%20APSS%20NOTIZIE%20numero%2003-2012.pdf>
- SERVIZIO EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, *Relazioni di attività dei programmi di screening oncologici della provincia di Trento*, http://www.apss.tn.it/Public/allegati/DOC_656599_0.pdf, http://www.apss.tn.it/Public/allegati/DOC_648795_0.pdf, http://www.apss.tn.it/Public/allegati/DOC_655250_0.pdf
- B.W. STEWART, P. KLEIHUS, *Le cancer dans le monde*, IARC Press, 2005
- INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION, *Global Burden of Diseases (2010)*, <http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd>