

19. Il peso della patologia oncologica

a cura di P. Contiero – AIRTUM, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori

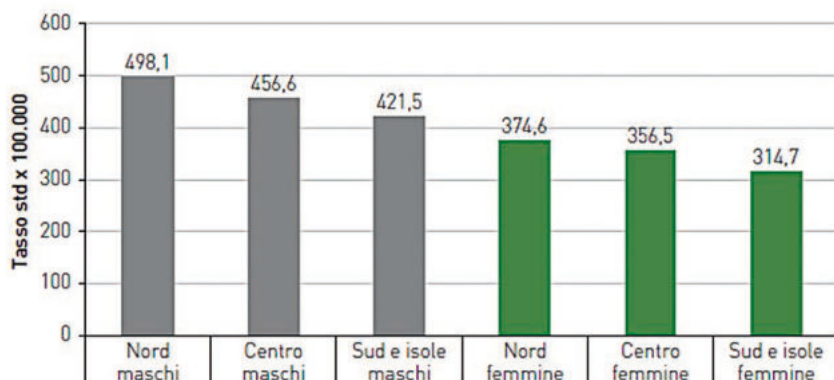
Incidenza

Con il termine incidenza si indica il numero di nuovi casi diagnosticati in un arco temporale definito, usualmente l'anno. Nel 2016 si stima¹ che in Italia siano stati diagnosticati circa 365.000 nuovi casi di tumore maligno, 190.000 (54%) negli uomini, 175.000 (46%) nelle donne. Ogni giorno si manifestano circa 1.000 nuovi casi di tumore maligno. I dati di incidenza sono prodotti in Italia da AIRTUM (Associazione Nazionale Registri Tumori) che assieme a questo indicatore calcola anche sopravvivenza e prevalenza delle neoplasie. Non essendo al momento tutto il territorio nazionale coperto da registrazione, i dati di incidenza per l'Italia sono ottenuti stimando il numero di nuovi casi per aree scoperte utilizzando come riferimento i casi identificati nelle aree ove i registri sono presenti. Nella popolazione maschile i tumori più frequenti sono la prostata (19%), il polmone (15%), il colon-retto (13%) e la vescica (11%). Nella popolazione femminile sono la mammella (30%), il colon-retto (13%) e il polmone (6%).

Il numero di casi che si manifestano in una popolazione è fortemente dipendente dalla struttura per età della popolazione stessa, visto che la probabilità di contrarre una neoplasia aumenta con l'età. Per evitare che il confronto tra popolazioni con diverse strutture per età sia viziato da questo fattore, gli epidemiologi sono soliti misurare l'incidenza con il tasso standardizzato per età facendo riferimento a una popolazione standard, quella mondiale oppure quella europea.

In Figura 1 è rappresentato il confronto tra i tassi di incidenza nelle aree geografiche del Nord, Centro e Sud.

FIGURA 1. AIRTUM 2008-2012. TUTTI I TUMORI, ESCLUSI I TUMORI DELLA CUTE NON MELANOMI. TASSI DI INCIDENZA STANDARDIZZATI SULLA POPOLAZIONE EUROPEA PER AREA GEOGRAFICA E SESSO



I tassi presentano ancora differenze marcate che si stanno però riducendo nel tempo. Nella Tabella 1 sono riportate le differenze percentuali dei tassi di incidenza delle aree del Centro e del Sud rispetto al Nord, per sede di insorgenza delle neoplasie. Il tasso di incidenza standardizzato sulla popolazione europea per tutti i tumori negli uomini è più basso dell'8% al Centro e del 15% al Sud rispetto al Nord, per le donne è più basso rispettivamente del 5% e del 16%. Queste differenze potrebbero essere spiegate dalla minor esposizione nelle aree del Centro e del Sud a inquinanti ambientali e all'abitudine al fumo e dalla protezione derivante da differenti abitudini alimentari, fattori riproduttivi e minor propensione all'uso di alcol. Da osservare che per il tumore della mammella il Sud presenta nella popolazione femminile tassi più bassi del 22%, per il tumore del polmone più bassi del 38%. Per il tumore del colon i tassi di incidenza sono più bassi del 15% per la popolazione femminile e del 19% per quella maschile. Nel Centro Italia il tumore del retto risulta più alto rispetto al Nord Italia del 24% e del 15% per maschi e femmine rispettivamente. Per alcuni tumori (esofago, melanoma) il Nord presenta tassi di

incidenza doppi rispetto al Sud. Il tumore della prostata presenta tassi marcatamente più alti al Nord rispetto al Sud (+45%) in relazione alla diffusione del dosaggio dell'antigene prostatico specifico (PSA). Nella popolazione femminile il tasso di incidenza del tumore del fegato è più alto del 19% al Sud rispetto al Nord e probabilmente legato alla maggior prevalenza di infezioni da virus dell'epatite B e C in alcune aree del Sud Italia.

TABELLA 1. AIRTUM 2008-2012. TASSI DI INCIDENZA STANDARDIZZATI SULLA POPOLAZIONE EUROPEA PER AREA GEOGRAFICA E SESSO (X 100.000). DIFFERENZE PERCENTUALI RISPETTO AL NORD

Incidenza	Maschi		Femmine	
	Centro	Sud e isole	Centro	Sud e isole
Vie aero-digestive superiori*	-25%	-13%	-22%	-31%
Esofago	-49%	-51%	-33%	-50%
Stomaco	8,70%	-28%	14%	-25%
Colon-retto	10%	-15%	1%	-12%
Colon	3%	-19%	-5%	-15%
Retto	24%	-3%	15%	-5%
Fegato	-33%	-5%	-25%	19%
Colecisti e vie biliari	-11%	18%	0%	23%
Pancreas	-18%	-22%	-17%	-26%
Polmone	-6%	-4%	-9%	-38%
Osso	8%	0%	0%	-11%
Cute (melanomi)	-6%	-48%	-3%	-46%
Mesotelioma	-38%	-31%	-70%	-50%
Sarcoma di Kaposi	-53%	20%	-67%	67%
Tessuti molli	-10%	-16%	-36%	-18%
Mammella	-17%	-17%	-12%	-22%
Utero cervice			-1%	-10%
Utero corpo			11%	-3%
Ovaio			-5%	-8%
Prostata	-14%	-32%		
Testicolo	-5%	-10%		
Rene, vie urinarie**	-1%	-41%	-2%	-35%
Parenchima	0%	-44%	0%	-36%
Pelvi e vie urinarie	-10%	-17%	-10%	-30%
Vescica***	-17%	10%	-24%	-13%
Sistema nervoso centrale	2%	-6%	3%	2%
Tiroide	25%	12%	31%	20%
Linfoma di Hodgkin	13%	-5%	12%	-6%
Linfoma non-Hodgkin	-6%	-19%	-7%	-20%
Mieloma	1%	-4%	-9%	-4%
Leucemie	1%	3%	12%	5%
Tutti i tumori, esclusi carcinomi della cute	-8%	-15%	-5%	-16%

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

**Comprende rene, pelvi e uretere

***Comprende sia tumori infiltranti sia non infiltranti

Per quanto riguarda gli andamenti temporali, nella popolazione maschile si osserva un calo nel periodo 2006-2016 del 2,5% del tasso di incidenza standardizzato (Figura 2) dovuto principalmente alla diminuzione di incidenza per i tumori del polmone e della prostata. Il calo osservato nel polmone si ipotizza legato alla riduzione dell'abitudine al fumo nella popolazione maschile mentre il calo di incidenza del tumore della prostata si attribuisce alla diminuzione di dosaggi del PSA. Il tasso di incidenza standardizzato rimane costante nello stesso periodo per la popolazione femminile (Figura 3), in aumento del 2,6% l'incidenza di neoplasie del polmone.

Negli uomini risultano in diminuzione i tassi di incidenza dei tumori delle vie aero-digestive superiori, esofago, stomaco, colon-retto, fegato, polmone, prostata e vescica, nelle donne invece in calo stomaco, colon-retto, vie biliari, cervice uterina e ovaio.

FIGURA 2. TUTTI I TUMORI, ESCLUSI CARCINOMI DELLA CUTE, MASCHI. AIRTUM: STIMA DEI TREND TUMORALI DI INCIDENZA E MORTALITÀ 1999-2016. TASSI STANDARDIZZATI POPOLAZIONE EUROPEA. APC = ANNUAL PERCENT CHANGE (VARIAZIONE PERCENTUALE MEDIA ANNUA), I = INCIDENZA, M = MORTALITÀ

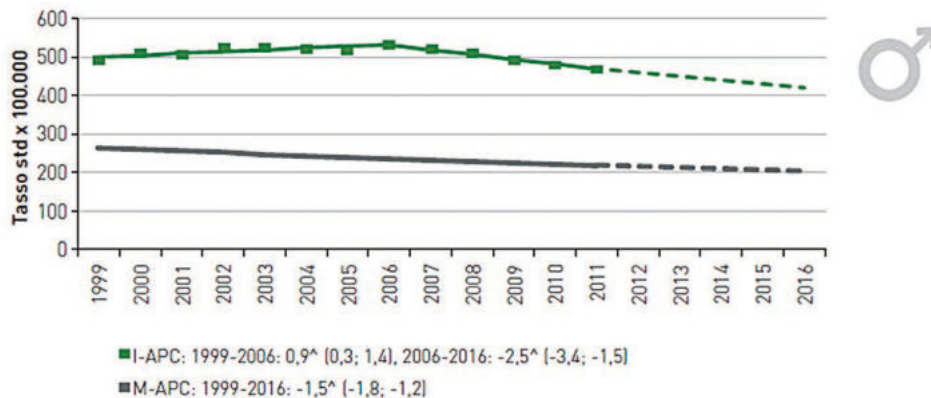
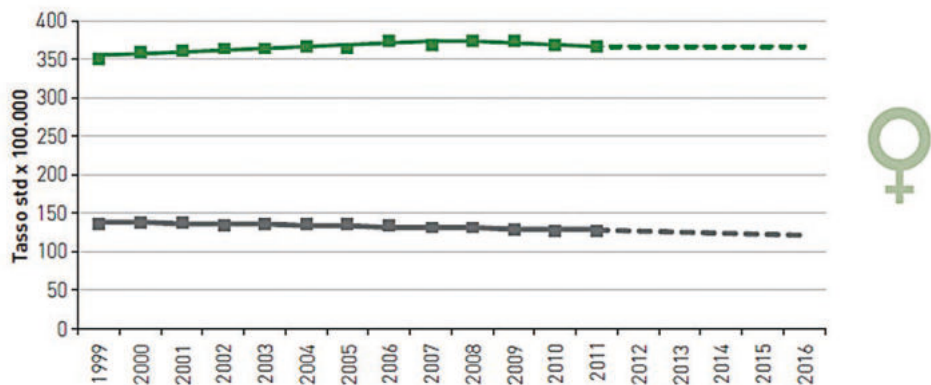


FIGURA 3. TUTTI I TUMORI, ESCLUSI CARCINOMI DELLA CUTE, FEMMINE. AIRTUM: STIMA DEI TREND TUMORALI DI INCIDENZA E MORTALITÀ 1999-2016. TASSI STANDARDIZZATI POPOLAZIONE EUROPEA. APC = ANNUAL PERCENT CHANGE (VARIAZIONE PERCENTUALE MEDIA ANNUA), I = INCIDENZA, M = MORTALITÀ



Per quanto riguarda le sedi oggetto di screening, si evidenzia un calo netto dell'incidenza per il colon-retto (-6,8% per anno negli uomini e -3,6% nelle donne) e per la cervice uterina (-2,2% per anno), mentre è stabile l'incidenza dei tumori della mammella.

Negli uomini è da segnalare l'aumento dei tumori del pancreas, melanomi, testicolo e rene, nelle donne aumentano i tumori del polmone, melanoma, corpo dell'utero, rene e tiroide.

In ultimo, i dati sui confronti internazionali. IARC (International Agency for the Research on Cancer) nella decima edizione del volume Cancer Incidence in Five Continents² ha presentato i dati di incidenza dei casi diagnosticati nel periodo 2003-2007. Si evidenzia che per la popolazione femminile si sono registrati tassi tra i più alti al mondo in alcune aree geografiche per talune sedi. Cinque registri del Nord Italia sono tra i primi 20 (in ordine decrescente per tasso standardizzato) per il tumore della mammella, 10 registri sui primi 20 per il mesotelioma. In Europa i 10 registri con tassi più alti per il fegato sono italiani. Sempre in Europa, su tutti i tumori maligni (esclusa pelle non melanomatosi), tra i primi 10 registri per incidenza, 7 sono di aree del Nord Italia. Nella popolazione maschile in Europa tra i primi 10 registri per tasso di incidenza su tutti i tumori, tre sono di aree italiane del Nord.

Mortalità

Come si può vedere in Tabella 2, in Italia ci sono stati nel 2013 (dati ISTAT, Istituto nazionale di statistica) circa 176.000 decessi attribuibili a tumore, 1.000 in meno rispetto al 2012, su un totale di oltre 600.000 decessi verificatisi in quell'anno. I tumori rappresentano la seconda causa di morte (29% di tutti i decessi), dopo le malattie cardio-circolatorie (37%).

TABELLA 2. NUMERO DI DECESSI PER CAUSA E PER SESSO OSSERVATI IN ITALIA DURANTE L'ANNO 2013.

Cause di morte	Maschi	Femmine	Totale
TUMORE	98.833	77.384	176.217
Tumori maligni	94.445	73.692	168.137
Tumori maligni di labbra, cavità orale e faringe	1.938	882	2.820
Tumori maligni dell'esofago	1.356	449	1.815
Tumori maligni dello stomaco	5.534	4.061	9.595
Tumori maligni del colon-retto e dell'ano	10.146	8.610	18.756
Tumori maligni del fegato e dei dotti biliari intraepatici	6.417	3.344	9.761
Tumori maligni del pancreas	5.482	5.719	11.201
Tumori maligni della laringe	1.392	156	1.548
Tumori maligni di trachea/bronchi/polmoni	24.599	8.884	33.483
Melanomi maligni della cute	1.111	837	1.948
Tumori maligni del seno	133	11.939	12.072
Tumori maligni della cervice uterina		437	437
Tumori maligni di altre parti dell'utero		2.515	2.515
Tumori maligni dell'ovaio		3.302	3.302
Tumori maligni della prostata	7.203		7.203
Tumori maligni del rene	2.120	1.302	3.422
Tumori maligni della vescica	4.374	1.227	5.601
Tumori maligni dell'encefalo e alto SNC	2.152	1.837	3.989
Tumori maligni della tiroide	215	339	554
Linfomi	2.714	2.324	5.038
Leucemie	3.393	2.690	6.086
Altri tumori maligni del tessuto linfatico/ematopoietico	1.798	1.754	3.552
Altri tumori maligni	12.365	11.084	23.449
Tumori non maligni (benigni o a comportamento incerto)	4.388	3.692	8.080

ISTAT 2013

Nel sesso maschile, tumori e malattie cardio-circolatorie causano approssimativamente lo stesso numero di decessi (34%) mentre nel sesso femminile il peso delle malattie cardio-circolatorie è più rilevante rispetto ai tumori (40% vs 25%). Ogni giorno oltre 480 persone muoiono in Italia a causa di un tumore, ma la mortalità per tutti i tumori appare in calo sia negli uomini (-1,5% per anno) sia nelle donne (-0,7% per anno).

Sopravvivenza

La sopravvivenza, ovvero la distanza nel tempo dalla diagnosi, è la principale misura di esito utilizzata in campo oncologico e permette la valutazione dell'efficacia dei sistemi sanitari. Gli studi di sopravvivenza basati sui dati dei registri tumori di popolazione producono una misura chiamata sopravvivenza relativa standardizzata, la sopravvivenza al netto dell'effetto delle altre patologie, non neoplastiche. L'indicatore più utilizzato è la sopravvivenza relativa standardizzata a cinque anni, uguale alla percentuale di pazienti ancora vivi a cinque anni dalla diagnosi.

Le differenze di sopravvivenza tra Centro-Nord e Sud si sono ridotte nel tempo, ma permangono di una certa entità, la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi per la popolazione maschile risulta essere del 52% al Nord, del 51% al Centro e del 49% al Sud. Per la popolazione femminile risulta essere del 61% al Nord e al Centro e del 57% per il Sud. Le differenze più consistenti tra aree si manifestano nei maschi per la prostata, 91% al Nord-Ovest rispetto al 78% nel Sud e per la tiroide nei maschi, 89% al Nord rispetto al 78% del Sud. Le differenze di sopravvivenza tra Nord e Sud sono addebitabili principalmente all'anticipazione diagnostica e alla sovradiagnosi indotta dal dosaggio del PSA per la prostata e all'aumentata pressione diagnostica per la tiroide. Per quanto riguarda i confronti di sopravvivenza tra paesi europei, si riportano i dati prodotti dallo studio italiano Eurocare³, basato sui dati di 29 paesi, 7,5 milioni di casi di neoplasia, 87 registri. L'Italia ha mostrato un valore di sopravvivenza pari al 52,9% per i maschi su tutte le sedi, per le donne del 60,2% rispetto a una media europea rispet-

tivamente del 50,3% e del 57,1% (pazienti con diagnosi tra il 2000 e il 2007). Il Regno Unito, la Danimarca e i paesi dell'Est sono risultate le aree con le percentuali di sopravvivenza più basse. In Inghilterra la sopravvivenza è stata pari al 46,9% per i maschi e del 53,2% per le femmine. Il dato europeo è condizionato dalla presenza dei paesi dell'Est che presentano percentuali di sopravvivenza generalmente sensibilmente inferiori a quelle degli altri paesi europei. Nella Tabella 3 sono presentati i dati di sopravvivenza relativa a cinque anni dalla diagnosi, standardizzata per età, per i pazienti con diagnosi nel periodo 2000-2007, di Italia ed Europa per sedi di insorgenza della neoplasia. Per nessuna neoplasia la sopravvivenza in Italia è risultata significativamente inferiore alla media europea. Per molte sedi neoplastiche quali testa e collo, stomaco, fegato, colon, retto, laringe, polmone, melanoma cutaneo, mammella femminile, cervice uterina, prostata, vescica, rene e linfomi non-Hodgkin, i valori riguardanti l'Italia sono superiori alla media europea.

TABELLA 3. CONFRONTO FRA LA SOPRAVVIVENZA RELATIVA A 5 ANNI DALLA DIAGNOSI, STANDARDIZZATA PER ETÀ, NEGLI ADULTI AFFETTI DA TUMORE SIA IN ITALIA CHE NELLA MEDIA EUROPEA

Tumore	Europa	Italia	Italia vs Europa
Testa e collo	39,9 (39,4-40,4)	44,1 (43,0-45,3)	↑
Esofago	12,4 (12,2-12,6)	11,7 (10,7-12,8)	=
Stomaco	25,1 (24,8-25,4)	32,4 (31,7-33,0)	↑
Fegato	11,7 (11,5-11,8)	16,1 (15,5-16,8)	↑
Colecisti	16,6 (16,1-17,2)	16,8 (15,7-17,9)	=
Pancreas	6,9 (6,8-7,0)	7,2 (6,7-7,7)	=
Intestino tenue	47,9 (46,7-49,1)	49 (46,7-51,6)	=
Colon	57 (56,8-57,3)	60,8 (60,4-61,3)	↑
Retto	55,8 (55,5-56,1)	58,3 (57,6-59,0)	↑
Laringe	58,9 (58,2-59,6)	68,9 (67,7-70,2)	↑
Polmone	13 (12,9-13,1)	14,3 (14,0-14,6)	↑
Pleura	7,2 (6,9-7,5)	7,2 (6,0-8,4)	=
Melanoma	83,2 (82,9-83,6)	85,4 (84,7-86,1)	↑
Mammella femminile	81,8 (81,6-82,0)	85,5 (85,1-85,8)	↑
Cervice uterina	62,4 (61,8-62,9)	67,5 (66,2-66,9)	↑
Corpo dell'utero	76,2 (75,8-76,6)	76,1 (75,1-76,9)	=
Ovaio	37,6 (37,1-38,0)	38,1 (37,2-39,1)	=
Vagina e vulva	56,6 (55,5-57,6)	59,3 (57,2-59,5)	=
Prostata	83,4 (83,1-83,6)	88,6 (88,1-89,0)	↑
Testicolo	88,6 (87,4-89,8)	90,2 (87,9-92,7)	=
Pene	68,4 (66,6-70,3)	72,3 (68,6-76,3)	=
Rene	60,6 (60,2-61,0)	67,1 (66,4-67,9)	↑
Vescica	68,6 (68,3-68,9)	78 (77,6-78,5)	↑
Cervello	20,3 (19,7-21,0)	22,3 (20,1-24,7)	=
Linfoma di Hodgkin	80,8 (80,2-81,5)	81,9 (80,2-81,2)	=
Linfoma non-Hodgkin	59,4 (59,0-59,7)	61,6 (61,0-62,3)	↑
Leucemia mieloide acuta	17,1 (16,6-17,7)	16,5 (15,4-17,6)	=
Leucemia mieloide cronica	52,9 (51,6-54,2)	53 (50,5-55,6)	=
Leucemia linfatica cronica	70,4 (67,0-71,0)	71,1 (69,8-72,4)	=

Casi diagnosticati nel periodo 2000-2007

La sopravvivenza per tumore è migliorata nel tempo. Il miglioramento della sopravvivenza è stato particolarmente consistente per la prostata, con un guadagno dell'8,5%. Come già evidenziato, è in gran parte da attribuirsi all'incremento nell'utilizzo del test per la ricerca dell'antigene prostatico specifico (PSA) che ha portato all'identificazione di forme neoplastiche in fase clinica precoce e suscettibili di interventi terapeutici efficaci. D'altra parte, l'aumentata pressione diagnostica ha indotto l'identificazione di neoplasie indolenti che se non ricercate non sarebbero mai giunte a manifestazione clinica. In questi casi, il miglioramento di sopravvivenza osservato può essere artificiale, la diagnosi precoce invece che spostare in avanti nel tempo l'eventuale decesso del paziente, sposta all'indietro la diagnosi, non arrecando quindi nessun beneficio al paziente stesso, anzi pro-

tabilmente peggiorando la qualità di vita con la diagnosi anticipata di una malattia importante. Nel Sud Europa (che include l'Italia) c'è stato per i casi diagnosticati nel 2005-2007 rispetto a quelli del 1999-2001 un incremento consistente di sopravvivenza sia per i tumori del fegato (+5%) e del retto (+5,8%), che del colon (+4,3%) e della cervice uterina (+5%) osservato, ma in misura minore, anche a livello europeo. Questo miglioramento è presumibilmente dovuto a un incremento della quota di pazienti che hanno ricevuto un trattamento più efficace, in termini sia di chirurgia curativa sia di terapia integrata neoadiuvante e adiuvante.

Un ruolo lo ha anche avuto il diffondersi delle pratiche di screening (ricerca del sangue occulto, esami endoscopici preventivi). Anche il miglioramento della sopravvivenza per i linfomi non-Hodgkin (+3,7%), anche se minore rispetto alla media europea o nord-europea, è presumibilmente legato al miglioramento terapeutico, sia chemioterapico che basato sull'uso di anticorpi monoclonali anti-CD20.

Per quanto riguarda i confronti di sopravvivenza a livello globale, lo studio Concord⁴, che ha visto la partecipazione di molti registri italiani, riporta per l'Italia valori percentuali di sopravvivenza relativa a cinque anni per i pazienti con diagnosi tra il 2005 e il 2009 del 63,2% per il colon, 59,5% per il retto, 17,9% per il fegato, 14,7% per il polmone, 86,2% per la mammella, 87,7% per la leucemia linfoblastica acuta nei bambini. I dati dei registri statunitensi riportano valori per le sedi sopra elencate rispettivamente del 64,7%, 64%, 15,2%, 18,7%, 88,6%, 87,7%. Questi dati evidenziano un buon livello di cura dei pazienti neoplastici nel nostro paese rispetto a quello degli Stati Uniti.

Prevalenza

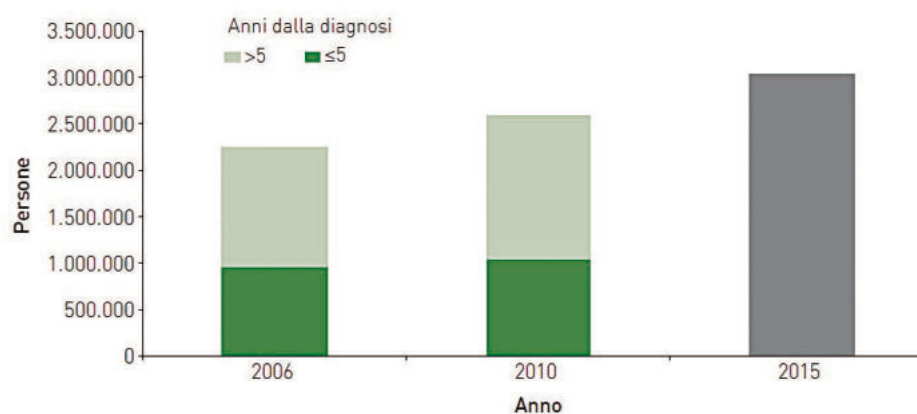
Con il termine prevalenza indichiamo il numero di persone viventi dopo una diagnosi di tumore, in un determinato istante. Il numero di casi prevalenti dipende sia da quanti casi sono stati diagnosticati (incidenza) che quanti di questi sono tuttora viventi (sopravvivenza). Questo indicatore è particolarmente importante per la pianificazione dei servizi sanitari in quanto dà un'indicazione delle risorse sanitarie necessarie per la gestione dei pazienti. Il Rapporto AIRTUM 2014⁵ ha avuto come obiettivo proprio la descrizione della prevalenza. Per la costruzione di questo rapporto sono state utilizzate le informazioni raccolte su 1,6 milioni di casi di tumore diagnosticati tra il 1976 e il 2009 e seguite per follow-up fino al 2012 al fine di identificare i sopravvissuti. Lo studio ha incluso tutti i tumori maligni esclusi quelli della pelle non melanomatosi. Sono state calcolate stime per 50 tipi o raggruppamenti di tumore, per sesso, classe di età, area di residenza e anni trascorsi dalla diagnosi. Nel 2015, le persone vive dopo diagnosi di tumore erano più di tre milioni, 46% di maschi e 54% di femmine, il 4,9% della popolazione nazionale. Nella Tabella 4 è indicato il numero di persone con diagnosi pregressa di neoplasia per sede neoplastica. Da osservare che ci sono circa 692.000 donne che hanno avuto una diagnosi di tumore della mammella, dovuto all'alta incidenza di neoplasie della mammella e alla buona sopravvivenza. Rilevanti le differenze tra diverse aree geografiche, la prevalenza è del 4-5% al Centro-Nord e 2-3% al Sud. Le differenze più consistenti si evidenziano per il tumore della mammella, del colon e della prostata, con proporzione di casi prevalenti per 100.000 abitanti rispettivamente del 2% al Centro-Nord rispetto all'1,2% al Sud, 0,6% al Centro-Nord rispetto allo 0,3% al Sud, 1% Centro-Nord verso 0,4% al Sud. Queste differenze sono ascrivibili più alle differenze in termini di incidenza che di sopravvivenza nelle diverse popolazioni. In Figura 4 sono rappresentati i valori della prevalenza di neoplasie in Italia per gli anni 2006, 2010 e 2015. L'incremento della prevalenza è costante e rilevante e se da un lato è determinato da un fattore positivo come l'incremento della sopravvivenza, dall'altro è determinato da un fattore negativo come gli alti valori di incidenza soprattutto al Nord. Il numero di casi prevalenti, circa tre milioni, assieme alla consistente quota di questi casi che si possono considerare guariti (27%), impone importanti riflessioni in termini di sanità pubblica, sia per l'impegno di risorse sanitarie ma anche per la necessità di predisporre piani di riabilitazione oncologica che coinvolgano tutti gli aspetti della persona, psicologici, sociali, clinici e nutrizionali.

TABELLA 4. NUMERO DI PERSONE CHE VIVEVANO NEL 2015 DOPO UNA DIAGNOSI DI TUMORE NELLE REGIONI ITALIANE PER ALCUNI DEI TIPI DI TUMORE PIÙ FREQUENTI

	Tutti i tumori	Mammella	Colon-retto	Prostata	Vescica	Linfoma non-Hodgkin	Testa e collo	Corpo dell'utero	Polmone
ITALIA	3.036.741	692.955	427.562	398.708	253.853	130.563	113.165	109.981	87.641
Piemonte	274.103	64.700	38.237	40.637	22.614	11.572	10.739	9.426	8.123
Valle D'Aosta	7.504	1.768	1.032	1.095	606	322	292	255	221
Lombardia	564.723	134.187	77.051	80.737	45.117	24.290	21.816	19.361	16.474
Liguria	107.962	25.913	15.375	16.042	9.038	4.482	4.223	3.811	3.210
Trentino Alto Adige	56.259	13.315	7.680	8.196	4.228	2.512	2.014	1.874	1.511
Veneto	280.871	66.863	38.756	41.231	21.316	12.451	10.074	9.499	7.601
Friuli Venezia Giulia	77.186	18.494	10.894	11.578	5.991	3.368	2.785	2.687	2.125
Emilia Romagna	269.199	63.539	37.925	40.671	21.132	11.780	9.756	9.121	7.422
Toscana	190.562	41.567	31.644	24.080	12.951	8.093	5.629	7.400	5.913
Umbria	45.632	9.923	7.581	5.775	3.108	1.937	1.350	1.764	1.414
Marche	77.722	16.751	12.906	9.892	5.324	3.316	2.307	2.970	2.409
Lazio	265.401	58.940	42.512	31.707	17.193	11.454	7.630	10.233	8.083
Abruzzo	58.022	12.486	7.695	6.423	6.240	2.432	2.487	2.252	1.670
Molise	13.962	3.000	1.874	1.570	1.522	581	602	544	405
Campania	212.211	46.133	26.811	21.493	21.315	9.222	8.794	8.116	5.853
Puglia	162.526	35.090	21.085	17.386	16.971	6.914	6.864	6.293	4.607
Basilicata	24.443	5.207	3.241	2.743	2.655	1.025	1.054	935	707
Calabria	80.292	17.111	10.483	8.805	8.541	3.404	3.429	3.054	2.301
Sicilia	197.812	42.773	25.583	21.072	20.603	8.416	8.319	7.647	5.578
Sardegna	70.349	15.197	9.196	7.574	7.389	2.992	3.001	2.740	2.015

Stime regionali ottenute dalle stime per macro-area eccetto per le Regioni interamente coperte da registrazione dei tumori

FIGURA 4. NUMERO DI PERSONE CHE VIVEVANO DOPO UNA DIAGNOSI DI TUMORE NEL 2006 E NEL 2010, E PROIEZIONI PER IL 2015 IN ITALIA PER TEMPO DALLA DIAGNOSI, ENTRAMBI I SESSI



La conferma che un pieno recupero è possibile ha importanti ricadute in molti aspetti della vita delle persone che hanno avuto una diagnosi di tumore e apre loro le porte alla possibilità di un completo reinserimento lavorativo e sociale. Importante è anche il supporto delle istituzioni sanitarie nella fase di malattia dei pazienti neoplastici. È stato realizzato uno studio sui dati dei registri tumori⁶ per la stima del carico economico dovuto ai costi indiretti che gravano sui pazienti neoplastici ad esempio per trasporti e alloggi verso gli ospedali di cura. Questi costi sono risultati di una certa entità con importanti differenze territoriali, 69 euro al mese per i pazienti del Nord, 244 euro al mese per i pazienti del Sud.

Bibliografia

- 1) I numeri del cancro in Italia 2016. AIOM, AIRTUM Working Group. Il Pensiero Scientifico Editore. <http://registri-tumori.it/cms/it/node/4572>

- 2) Cancer Incidence in Five Continents, Vol. X. Forman D, Bray F, Brewster DH, Gombe Mbalawa C, Kohler B, Piñeros M, Steliarova-Foucher E, Swaminathan R and Ferlay J, editors (2013). Lyon: International Agency for Research on Cancer. <http://ci5.iarc.fr/CI5-X/Default.aspx>
- 3) The EURO CARE-5 study on cancer survival in Europe 1999-2007: database, quality checks and statistical analysis methods. Rossi S, Baili P, Capocaccia R, Caldora M, Carrani E, Minicozzi P, Pierannunzio D, Santquilani M, Trama A, Allemani C, Belot A, Buzzoni C, Lorez M, De Angelis R; EURO CARE-5 Working Group. *Eur J Cancer*. 2015 Sep 6
- 4) Global surveillance of cancer survival 1995-2009: analysis of individual data for 25,676,887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2). Allemani C, Weir HK, Carreira H, Harewood R, Spika D, Wang XS, Bannon F, Ahn JV, Johnson CJ, Bonaventure A, Marcos-Gragera R, Stiller C, Azevedo e Silva G, Chen WQ, Ogunbiyi OJ, Rachet B, Soeberg MJ, You H, Matsuda T, Bielska-Lasota M, Storm H, Tucker TC, Coleman MP; CONCORD Working Group. *Lancet*. 2015 Mar 14;385(9972):977-1010
- 5) I numeri del cancro in Italia 2014. AIOM, AIRTUM Working Group. Intermedia Editore, Brescia <http://registri-tumori.it/cms/it/Rapp2014>
- 6) Out-of-pocket costs for cancer survivors between 5 and 10 years from diagnosis: an Italian population-based study. Baili P, Di Salvo F, de Lorenzo F, Maietta F, Pinto C, Rizzotto V, Vicentini M, Giorgi Rossi P, Tumino R, Rollo PC, Tagliabue G, Contiero P, Candela P, Scuderi T, Iannelli E, Cascinu S, Aurora F, Agresti R, Turco A, Sant M, Meneghini E, Micheli A. *Support Care Cancer*. 2016 May;24(5):2225-33