

I tumori negli adolescenti e nei giovani adulti

A cura di: Alessandra Burgio e Roberta Crialesi (ISTAT)

La ricerca è stata condotta da: Andrea Tavilla (Istituto Superiore di Sanità)

Hanno collaborato: Antonio M. Alberti (ALTEG - Associazione per la lotta ai tumori nelle età giovanili);
Riccardo Capocaccia (Istituto Superiore di Sanità);
Nicola Piciocchi (ISTAT) per la progettazione grafica e l'impostazione delle tavole

Ringraziamenti : A Giorgio Ratti e all'Associazione ALTEG per aver promosso la ricerca
ad Arduino Verdecchia e a Daniele Lisi per le consulenze prestate

Per chiarimenti sul contenuto
della pubblicazione rivolgersi a:
Istat Servizio 'Sanità e Assistenza'
Tel. 068522.7388 - 7395

I tumori negli adolescenti e nei giovani adulti

Istituto Nazionale di Statistica
Via Cesare Balbo, 16 - Roma

Coordinamento:
Servizio produzione editoriale
Via Tuscolana, 1788 - Roma

Stampa:
Poligrafica Ruggiero Srl
Zona Industriale Pianodardine - Avellino

Si autorizza la riproduzione a fini non
Commerciali e con citazione della fonte

Indice

	Pagina
Premessa	7
I tumori nei giovani: un problema trascurato	9
1. Le fonti disponibili	10
2. Metodi di misurazione	12
2.1. Tassi e proporzioni	12
2.2. La sopravvivenza dei malati	13
3. Uno sguardo di insieme: i tumori giovanili nel complesso	13
4. La gravità dei tumori secondo diversi approcci di misurazione	15
4.1. Quali tumori?	15
4.2. Incidenza	16
4.3. Mortalità	18
4.4. Sopravvivenza	20
4.5. Prevalenza	24
4.6. Morbosità ospedaliera	25
5. Le tipologie di tumore negli adolescenti e nei giovani adulti	28
5.1. Tumori maligni del colon-retto	28
5.2. Tumori maligni del polmone, dei bronchi e della trachea	29
5.3. Melanomi della pelle	31
5.4. Tumori maligni della mammella nelle donne	32
5.5. Tumori maligni del collo dell'utero	33
5.6. Tumori maligni delle ovaie	35
5.7. Tumori maligni del testicolo	36
5.8. Tumori maligni dell'encefalo e del sistema nervoso centrale	37
5.9. Tumori maligni della tiroide	38
5.10. Linfomi di Hodgkin	40
5.11. Linfomi non-Hodgkin	40
5.12. Leucemie	41
6. Problemi emergenti e prospettive di analisi	44
Riferimenti bibliografici	47

Premessa

I tumori in età giovanile occupano attualmente un posto marginale sia negli obiettivi di salute pubblica sia negli obiettivi della ricerca scientifica. Proprio alla ricerca scientifica spetta la funzione più importante nel quadro della salute intesa come problema generale. In quest'ambito la raccolta di dati epidemiologici è uno degli aspetti pratici di maggior rilevanza di cui la ricerca deve necessariamente farsi carico insieme alla valutazione delle tecniche di prevenzione e dei risultati terapeutici. Qualsiasi intervento non può prescindere da una solida base conoscitiva sul fenomeno. Allo stato attuale la fascia di età 15-39 anni presenta le più forti carenze informative.

In tale fascia di età la patologia neoplastica è relativamente meno frequente e i dati di sopravvivenza disponibili testimoniano che, in molti casi, non è una malattia inesorabilmente fatale. Resta però una malattia grave, con forti implicazioni sul piano psicologico, destinate a sconvolgere la vita dei giovani proprio mentre cercano nuovi equilibri negli studi, nel lavoro, negli affetti, nella famiglia. Lo sviluppo della malattia è inoltre molto rapido in queste età e pertanto la diagnosi precoce è uno dei fattori prognostici di maggiore importanza.

In assenza di un quadro di riferimento organico per lo studio dei tumori giovanili, l'ISTAT, l'Istituto Superiore di Sanità e l'ALTEG (Associazione per la Lotta ai Tumori nelle Età Giovanili) hanno avviato un progetto di ricerca congiunto con l'obiettivo generale di colmare una lacuna informativa su un tema di così grande rilevanza sociale, andando incontro ad esigenze di natura scientifica e di natura conoscitiva ai fini di una più mirata programmazione sanitaria.

Il lavoro presentato in questo volume testimonia il primo sforzo di ricostruire un quadro epidemiologico, scientificamente documentato, relativamente ai principali tumori che insorgono negli adolescenti e nei giovani adulti.

La ricognizione delle fonti bibliografiche e statistiche esistenti, la raccolta di materiale informativo sullo stato di avanzamento della ricerca sul fenomeno, sia in ambito nazionale che internazionale, hanno costituito un primo passo della ricerca.

Obiettivo principale è stato quello di un utilizzo integrato delle fonti relative a morbosità, mortalità, incidenza e prevalenza, per la costruzione di una base informativa il più possibile completa.

L'interpretazione dei risultati ha coinvolto un team multidisciplinare costituito da statistici, epidemiologi e medici, testimoniando che importanti risultati possono essere raggiunti grazie all'integrazione delle competenze e ad una attiva collaborazione non solo tra enti di ricerca pubblici, ma anche con altri soggetti e associazioni attivi in questo campo.

Le prospettive future sono orientate alla costruzione di un sistema informativo che costituisca uno strumento utile per gli organi di governo, centrali e periferici, al fine di predisporre programmi di intervento, per il mondo scientifico e a supporto dello sviluppo dell'attività di ricerca in campo medico.

Un ringraziamento particolare è rivolto all'ALTEG, che ha promosso lo studio, e alla Compagnia San Paolo di Torino che ha contribuito con un sostegno finanziario al conseguimento di questo primo risultato.

Viviana Egidi

I tumori nei giovani: un problema trascurato

L'epidemiologia descrittiva dei tumori rappresenta un campo di largo interesse pubblico, in quanto costituisce un supporto informativo imprescindibile nella definizione e valutazione di piani di intervento rivolti alla prevenzione, alla diagnosi precoce e al miglioramento delle terapie.

E' ben noto come i tumori insorgano maggiormente nelle età avanzate della vita. Attualmente nelle zone del mondo più sviluppate, a seguito del processo di invecchiamento della popolazione, i tumori costituiscono una delle principali cause di decesso, insieme alle malattie dell'apparato cardio-circolatorio. Da un punto di vista strettamente quantitativo, si spiega quindi perché la maggioranza degli studi si sia sinora concentrata su queste classi di età.

Anche i soggetti in età infantile fanno parte di categorie ampiamente studiate, sia per la specificità delle neoplasie in questa fascia di età, sia per l'elevato impatto sociale.

Lo studio dei tumori negli adolescenti e nei giovani adulti è invece generalmente trascurato. E' questa infatti la fascia di età in cui la salute è dominante. In base ai risultati della recente indagine ISTAT sulle condizioni di salute (1999-2000), la maggior parte degli individui di 15-39 anni dichiara di sentirsi in buone condizioni di salute e la prevalenza di malattie croniche comincia ad assumere valori significativi solo dopo i 40 anni.

Per quanto riguarda i problemi di salute si tende a porre l'accento solo sugli aspetti maggiormente legati al disagio giovanile (AIDS e incidenti).

La diffusione dei tumori invece non risulta essere stata esaminata in maniera approfondita. Negli Stati Uniti, ad esempio, il coinvolgimento dei giovani nei *trials* clinici è decisamente inferiore a quanto accade per le classi di età contigue.

La conoscenza eziologica delle neoplasie in tale fascia di età è inoltre molto scarsa. Mentre i tumori dopo i 40 anni sono conseguenza della prevalenza di fattori di rischio del lontano passato, che non hanno più rilevanza preventiva, nei giovani potrebbero riflettere cause ambientali relativamente recenti. E' probabile inoltre che le cause emergenti, siano esse nuove abitudini di vita o nuove professioni o nuove condizioni ambientali, siano adottate e manifestino i loro effetti prima nei giovani che nei vecchi. E' anche ragionevole ipotizzare una maggiore sensibilità biologica dei giovani a stimoli cancerogeni ambientali a cui sia esposta tutta la popolazione. Valga come esempio l'aumento di incidenza dei tumori dopo l'esplosione atomica in Giappone: con l'esclusione delle leucemie l'effetto è rimasto praticamente confinato a chi aveva meno di 40 anni al momento della bomba (Berrino F., pag. 63, ISTAT - Istituto Superiore di Sanità, 1999). Riportare l'attenzione allo studio dei tumori anche in questa fascia di età consente quindi di far luce su aspetti ancora scarsamente esplorati.

Anche la sopravvivenza dei giovani-adulti alla diagnosi di tumore sembra avere caratteristiche peculiari. La prognosi tra i 15 ed i 39 anni per alcune sedi sembra essere peggiore di quella nelle età contigue (per esempio per il seno nella donna e per la prostata negli uomini). In altri casi invece la neoplasia presenta una curabilità¹ maggiore rispetto a quella riscontrata nelle altre età. Tuttavia, se si effettua a priori un distinguo tra i casi fatali e non, nei primi si osserva una peggiore sopravvivenza al tumore in età 15-39 anni rispetto a quanto avviene nelle età più avanzate (per esempio per i tumori del colon-retto, Verdecchia A. e altri, 1998); questo lascia pensare alla presenza di forme tumorali precoci come malattie diverse per aggressività e forse per tipo morfologico, probabilmente relazionate a fattori di rischio diversi da quelli generalmente noti.

Dal punto di vista della cura dei tumori, l'introduzione di terapie efficaci può inoltre riflettersi in una diminuzione della mortalità prima nei giovani che negli anziani, in quanto il quadro morboso degli anziani è generalmente più complesso.

¹ I concetti di caso "fatale" e di caso "guarito" possono essere chiariti facendo riferimento al confronto delle curve di sopravvivenza tra coloro ai quali è stata diagnosticata una neoplasia e la popolazione nel suo complesso (considerata omogenea rispetto alle altre variabili). I soggetti malati hanno nel complesso una *sopravvivenza media* inferiore a quella della popolazione. Nel caso in cui una parte di questi venga sottoposta ad adeguate cure si vedrebbe, da un certo istante in poi, la mortalità di tale porzione equivalere a quella della popolazione di riferimento e il rapporto tra la curva di sopravvivenza di tutti i malati e quella della popolazione divenire costante. In tal caso ai soggetti appena considerati viene attribuita la denominazione di caso "guarito" o "non-fatale". La sopravvivenza dei soli casi "fatali" continuerebbe ad essere ovviamente inferiore, ma all'interno di questo sottogruppo si possono ancora fare distinzioni in base ad uno o più caratteri specifici per i propri obiettivi d'analisi (ad esempio secondo la fascia di età) e valutare il *tempo medio di sopravvivenza* per ciascun collettivo differenziato secondo tale/i carattere/i.

In sostanza quello che serve è produrre un quadro informativo che consenta di distinguere l'effetto del miglioramento delle terapie da quello della frequenza e dell'evoluzione della malattia. Ciò vuol dire in prima analisi rendere disponibile per il sistema sanitario e per tutta l'opinione pubblica un quadro di riferimento sui tumori con incidenza, prevalenza, sopravvivenza e mortalità per questo gruppo di popolazione, come punto di partenza per favorire lo sviluppo della prevenzione oncologica per questi individui.

Principale obiettivo del lavoro è quindi quello di costituire un raccordo tra le differenti misure epidemiologiche relative al cancro in Italia, in Europa e negli Stati Uniti nella prima metà degli anni '90 per le classi di età relative alla tarda adolescenza ed ai giovani-adulti (15-39 anni).

Le misure relative ai soggetti con più di 40 anni sono riportate come elemento di confronto per valutare il peso con cui le neoplasie, caratteristiche delle età adulte, inizino ad emergere nelle età considerate.

1. Le fonti disponibili

I dati utilizzati nel presente lavoro derivano da fonti differenti, secondo la misura presa in considerazione, il periodo in esame e l'ambito geografico. Ciascuna fonte, nonostante le differenze informative e di dettaglio riscontrate, è stata accuratamente selezionata allo scopo di rendere quanto più ampia possibile la disponibilità dei dati.

Nello studio dei tumori la principale fonte di dati è costituita dai Registri, in cui si raccolgono molteplici informazioni, di natura socio-demografica, epidemiologica, sanitaria relativamente ai pazienti affetti da neoplasie.

I registri italiani, che hanno una copertura territoriale parziale (10-15% della popolazione totale), hanno fornito all'Istituto Superiore di Sanità dati di incidenza relativi a periodi che non superano la prima metà degli anni '90, con differenziazioni degli anni coperti a seconda del registro in esame. Allo scopo di avere un'informazione quanto più consistente possibile è stato necessario restringere il periodo di osservazione agli anni 1988-1992. Questo è infatti il periodo più recente che offre maggiori garanzie di copertura territoriale.

I dati di incidenza per questi anni sono costituiti da stime effettuate dall'Istituto Superiore di Sanità sui dati dei seguenti registri tumori: Piemonte, Liguria, Lombardia, Veneto, Romagna, Toscana e province di Parma, Modena, Latina e Ragusa. Questi dati sono attualmente disponibili nell'archivio informatico EUROCIM e, parzialmente, nel volume 'Il cancro in Italia' (Zanetti R. e altri, 1997).

Per la mortalità sono stati invece utilizzati i dati relativi al 1992 di fonte ISTAT.

Al fine di poter effettuare dei confronti a livello internazionale sono stati utilizzati inoltre i dati forniti dallo IARC (International Agency for Research on Cancer), relativamente ai casi di incidenza e mortalità per il 1995 riguardanti l'Italia, i paesi dell'Unione Europea e l'Unione Europa nel suo complesso. Anche in questo caso, nei paesi in cui la raccolta di informazioni è organizzata sulla base di registri con copertura parziale del territorio nazionale, l'incidenza è stata valutata sulla base di stime.

I confronti sono stati estesi anche agli Stati Uniti. In questo caso le misure di incidenza e mortalità sono state estratte rispettivamente dalla banca dati informatica SEER*STAT, facente parte del progetto SEER (Surveillance, Epidemiology and End Results) dell'istituto nazionale dei tumori statunitense (NCI - National Cancer Institute), e dalla banca dati dell'Istituto Superiore di Sanità, che ha raccolto ed elaborato le informazioni messe a disposizione dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (Zappone A., 2000).

Per i confronti geografici e temporali, i tassi di incidenza e di mortalità per le classi di età 15-39 anni e 40 anni e oltre sono stati standardizzati con la popolazione mondiale, la cui struttura viene riportata nella tabella 1.

Tabella 1 - Popolazione standard mondiale

CLASSI DI ETÀ	Numerosità
0-4	12.000
5-9	10.000
10-14	9.000
15-19	9.000
20-24	8.000
25-29	8.000
30-34	6.000
35-39	6.000
40-44	6.000
45-49	6.000
50-54	5.000
55-59	4.000
60-64	4.000
65-69	3.000
70-74	2.000
75+	2.000
Totale	100.000

Per quanto riguarda i dati di incidenza, la diversità di metodologie e di fonti adottate per le stime relative ai periodi 1988-1992 e 1995, non consente di valutare le misure in termini di trends temporali. Per il periodo 1988-92 i tassi sono stati stimati facendo uso dei registri indicati in precedenza, mentre per il 1995 lo IARC ha fatto uso dei registri delle provincie di Ferrara, Firenze, Genova, Latina, Macerata, Modena, Parma, Perugia, Ragusa, Sassari, Torino, Trieste e Varese, nonché di quelli della Romagna e del Veneto (per alcuni dei quali gli anni considerati vanno oltre il lasso temporale 1988-1992). Inoltre, nel primo caso il numero di casi incidenti sul territorio nazionale è stato stimato con un riproporzionamento basato sul prodotto tra i tassi e la popolazione nazionale, mentre nel secondo caso la stima si basa sul rapporto tra i tassi di incidenza e i tassi di mortalità.

Pertanto i dati relativi al 1988-1992 sono stati utilizzati per l'individuazione delle sedi e tipologie tumorali caratteristiche della classe di età 15-39 anni (vedi paragrafo 4.1) e come valori di controllo-comparazione rispetto a quelli più recenti di fonte IARC. Questi ultimi, anche per la possibilità di confronto con i dati internazionali, sono stati privilegiati nella presentazione dei principali risultati dello studio.

Le misure di sopravvivenza si basano sui casi diagnosticati nei registri tumori locali o nazionali, dove presenti. Nel caso dell'Italia, essendo i registri a copertura parziale, vengono presentate misure non sempre significative, in quanto il numero dei casi diagnosticati per alcune sedi è particolarmente basso.

Per gli Stati Uniti le misure di sopravvivenza provengono dal National Cancer Institute, mentre quelle relative al territorio europeo provengono dal progetto EURO CARE. Tale progetto rappresenta l'unico studio sistematico effettuato in comune su un vasto gruppo di paesi europei, con lo scopo di fornire un'unica fonte informativa sui dati di sopravvivenza in Europa (Capocaccia R. e altri, 1999). In mancanza di un dato complessivo a livello europeo, i dati di EURO CARE presentati in questo lavoro si riferiscono a quei paesi europei per cui la copertura territoriale dei registri era più elevata.

Le misure di prevalenza sono disponibili solamente per il territorio italiano e provengono dai risultati del progetto ITAPREVAL (Micheli A. e altri, 1999).

Per completare il quadro epidemiologico è stata considerata un'ulteriore fonte informativa generalmente poco esplorata per tali scopi. Si tratta delle schede di dimissione ospedaliera², che consentono di avere informazioni relativamente alle diagnosi di tumore dei ricoveri per acuti in regime di degenza ordinaria.

² Raccolte dal Ministero della Sanità ed elaborate dall'ISTAT.

2. Metodi di misurazione

2.1. Tassi e proporzioni

Un tasso è il rapporto tra la frequenza (numero) degli eventi che si verificano in un determinato periodo di tempo in una popolazione e la popolazione a rischio.

Dal momento che la popolazione a metà periodo può essere considerata una buona stima della popolazione media a rischio per un dato evento durante un determinato periodo di tempo, essa è spesso usata come denominatore del tasso. In formule:

$$\text{Tasso} = \frac{N_{\delta i}}{P_{\delta i}}$$

dove $N_{\delta i}$ rappresenta il numero di casi colpiti dall'evento (nel luogo δ e nel periodo di tempo i) e $P_{\delta i}$ rappresenta la popolazione nella quale si sono verificati i casi colpiti dall'evento (nello stesso luogo e periodo di tempo). Un tasso può essere interpretato come la rappresentazione istantanea di un evento; pertanto viene chiamato frequentemente tasso puntuale.

Dalle definizioni precedenti risulta che il tasso di **incidenza (mortalità o morbosità)** è calcolato come il rapporto tra il numero di casi incidenti (decessi o numero di degenze) in un determinato periodo di osservazione e la popolazione a rischio a metà del periodo di osservazione.

Nel caso della **prevalenza** il tasso è invece una proporzione piuttosto che un tasso. Il numeratore (numero di casi prevalenti) è costituito sia dai soggetti che nel periodo in esame vengono colpiti dalla patologia (casi incidenti), sia da coloro che sono stati interessati dallo stesso evento in un qualsiasi periodo precedente e sono ancora in vita nel periodo esaminato.

Più specificamente le misure utilizzate possono descriversi come segue:

- Per ciascuna classe di età il tasso specifico per età è dato da:

$$\text{Tasso} = \frac{N_{[x, x+k)\delta i}}{P_{[x, x+k)\delta i}} = m_{[x, x+k)\delta i} \quad (1)$$

dove $[x, x+k)$ indica la classe d'età di ampiezza pari a k anni;

- Nel caso in cui ci interessino misure in intervalli d'età maggiori di k anni la formula diviene:

$$\text{Tasso} = \frac{\sum_{x=\alpha}^{\beta} N_{[x, x+k)\delta i}}{\sum_{x=\alpha}^{\beta} P_{[x, x+k)\delta i}} \quad (2).$$

In questo ultimo caso le misure risentono fortemente della composizione per età della popolazione esaminata e influenzano il confronto geografico tra diversi paesi o il confronto temporale per lo stesso paese in diversi istanti di tempo.

Al fine di rendere confrontabili le misure è necessario adottare una distribuzione per età della popolazione che sia uguale per tutti (popolazione standard) e che costituisca i pesi di ciascuna classe quinquennale. In formule:

$$\sum_{x=\alpha}^{\beta} m_{[x, x+k)\delta i} \cdot \frac{P_{[x, x+k)S}}{\sum_{x=\alpha}^{\beta} P_{[x, x+k)S}}$$

dove $P_{[x, x+k)S}$ rappresenta la numerosità della popolazione standard presa a riferimento nella classe d'età $[x, x+k)$ ed $m_{[x, x+k)\delta i}$ è la misura di cui alla (1).

2.2. La sopravvivenza dei malati

L'istante di tempo in cui avviene il decesso del paziente malato di tumore viene preso a riferimento come informazione basilare nell'analisi di sopravvivenza.

Sia T l'istante di tempo in cui avviene il decesso di un individuo per cancro in una popolazione omogenea; la funzione di sopravvivenza è definita come la probabilità che la variabile T sia posteriore ad un prefissato istante di tempo.

Il tempo di sopravvivenza viene generalmente valutato rispetto al decesso senza tenere conto del motivo del decesso.

Tuttavia, le morti derivanti da cause differenti dalla patologia in esame possono influenzare la sopravvivenza osservata. Allo scopo di eliminare l'effetto mortalità dovuto alle altre cause sui tassi di sopravvivenza, viene introdotto il concetto di sopravvivenza relativa. Essa è definita come il rapporto tra il tasso di sopravvivenza osservata nel gruppo di pazienti e quello della sopravvivenza attesa in un sottoinsieme di popolazione generale con le caratteristiche dei pazienti riguardo tutti i possibili fattori che influenzano la sopravvivenza all'inizio del periodo di *follow-up*, ad eccezione della patologia oggetto di studio.

La sopravvivenza relativa dall'inizio del *follow-up* alla fine dell' i -esimo sotto-intervallo (ossia la sopravvivenza cumulata) è quindi espressa dalla seguente relazione:

$$R_i = \frac{S_i}{S_i^*}$$

dove S_i rappresenta il tasso di sopravvivenza osservato e S_i^* è la corrispondente sopravvivenza attesa.

3. Uno sguardo di insieme: i tumori giovanili nel complesso

La popolazione italiana compresa tra i 15 e i 39 anni di età nel 1995 ammontava a circa 21 milioni di individui, il 24% del totale costituito da un 12,3% di uomini e da un 11,9% di donne (tabella 2).

Tabella 2 – Popolazione residente italiana per classe di età e sesso - Anno 1995

CLASSI DI ETA'	Maschi	Femmine
0-4	1.402.435	1.326.500
5-9	1.452.124	1.373.302
10-14	1.549.947	1.474.525
15-19	1.804.556	1.717.674
20-24	2.193.522	2.107.558
25-29	2.315.080	2.255.759
30-34	2.326.167	2.283.621
35-39	2.046.675	2.028.596
40-44	1.884.828	1.890.603
45-49	1.997.191	2.019.459
50-54	1.643.461	1.693.467
55-59	1.744.609	1.852.398
60-64	1.558.034	1.735.811
65-69	1.404.180	1.687.529
70-74	1.124.596	1.547.013
75+	1.370.014	2.521.762
Totale	27.817.419	29.515.577

Fonte: ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica)

Ogni anno in Italia circa 11.000 giovani adulti (50 ogni 100.000 persone della stessa età) si ammalano di tumore e circa 2.600 (12 ogni 100.000) sono i deceduti.

Nel 1995 si stima che siano circa 4.700, in tale fascia di età, i soggetti di sesso maschile cui è

stata diagnosticata una neoplasia, mentre 1.255 circa sono stati i decessi. I valori corrispondenti per le donne sono pari a 6.100 e a 1.335 (tabella 3).

Tabella 3 – Incidenza e mortalità dei tumori in Italia, Europa e Stati Uniti per sesso e classe di età - Anno 1995 (valori assoluti e tassi standardizzati per 100.000)

NAZIONE	CLASSI DI ETA'						CLASSI DI ETA'											
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40+	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40+	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40+
	VALORI ASSOLUTI						TASSI PER 100.000											
	INCIDENZA MASCHI																	
Italia	401	548	867	1.317	1.621	4.754	136.461	21,80	24,43	36,73	57,58	80,79	40,97	881,08				
Europa	2.366	3.978	5.965	7.959	10.859	31.127	754.666	19,75	29,54	39,57	52,24	78,83	41,00	809,62				
USA	1.789	2.575	4.294	6.520	8.545	23.871	297.714	19,30	28,33	45,05	59,80	77,18	42,77	562,35				
	INCIDENZA FEMMINE																	
Italia	277	368	912	1.575	3.014	6.146	107.828	15,69	16,99	39,51	69,43	150,16	51,64	575,22				
Europa	1.573	2.716	5.617	10.069	18.564	38.539	655.778	13,78	20,97	38,72	68,16	137,28	49,57	563,02				
USA	1.693	3.047	6.007	10.169	16.090	37.006	458.331	19,23	34,64	63,39	92,73	143,94	64,25	707,14				
	MORTALITA' MASCHI																	
Italia	123	169	180	282	501	1.255	84.544	6,52	7,48	7,59	12,49	25,20	10,96	523,23				
Europa	637	862	1.268	1.980	3.519	8.266	509.648	5,32	6,40	8,41	13,00	25,55	11,89	647,98				
USA	427	578	829	1.526	2.701	6.061	273.248	4,61	6,36	8,70	14,00	24,40	10,60	472,83				
	MORTALITA' FEMMINE																	
Italia	74	99	174	366	622	1.335	59.701	4,19	4,57	7,54	16,13	30,99	11,28	270,43				
Europa	413	555	1.106	2.346	4.398	8.818	401.877	3,62	4,28	7,62	15,88	32,52	11,30	294,52				
USA	263	370	755	1.733	3.586	6.707	248.770	2,99	4,21	7,97	15,80	32,08	11,12	326,88				

Fonti: ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica) per l'Italia; IARC (International Agency for Cancer Research) per l'Europa; OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) per gli Stati Uniti.

I tassi di incidenza tra i 15 ed i 39 anni ammontano a 40,97 casi ogni 100.000 maschi e a 51,64 casi ogni 100.000 femmine. Quindi le donne appaiono relativamente svantaggiate rispetto agli uomini, e per entrambi i sessi l'incidenza, aumenta al crescere dell'età.

Per quanto riguarda l'incidenza maschile e la mortalità per ambo i sessi, la situazione italiana appare sostanzialmente simile a quella europea e statunitense. Da notare invece per l'incidenza femminile come il quadro italiano sia leggermente svantaggiato se confrontato con quello europeo, ma nettamente migliore di quello degli USA: sono circa 52 i nuovi soggetti malati ogni 100.000 donne all'anno in Italia contro i 64 degli Stati Uniti. Il divario con gli Stati Uniti si presenta marcato soprattutto tra i 20 ed i 34 anni, in particolare il massimo si ha nella classe di età 20-24 anni dove i tassi di incidenza italiani sono circa la metà di quelli degli USA (16,99 contro 34,64).

Coerentemente con il quadro internazionale, i tassi di incidenza femminili sono per tutti i paesi più elevati di quelli maschili, in particolare dopo i 25 anni di età. Al contrario è dopo i 40 anni che si configura uno svantaggio maschile in termini di incidenza. Solo negli Stati Uniti lo svantaggio femminile persiste anche dopo i 40 anni di età.

Per quanto riguarda la mortalità i valori nelle età giovanili risultano invece più omogenei. Le donne di 30-39 anni occupano una posizione di svantaggio nei confronti dell'altro sesso. Dopo i 40 anni i tassi di mortalità sono invece sensibilmente più alti negli uomini.

4. La gravità dei tumori secondo diversi approcci di misurazione

4.1. Quali tumori?

Dopo aver descritto il quadro generale del complesso dei tumori, si considera ora il dettaglio dei diversi tipi di neoplasie.

Le sedi e le tipologie tumorali sono state selezionate considerando, in riferimento alla ICD-9³, i casi in cui i tassi di incidenza raggiungevano almeno il 3 per 100.000 nella classe di età 15-39 anni (tabella 4).

Tabella 4 - Dati di incidenza osservati nella fascia d'età 15-39 anni nei Registri Tumori italiani per sesso e tipo di tumore - Anni 1988-1992 (valori assoluti e tassi per 100.000 residenti)

CODICI ICD-9	MASCHI			CODICI ICD-9	FEMMINE		
	Tumori (a)	Casi	Tassi (x 100.000)		Tumori (a)	Casi	Tassi (x 100.000)
140	Labbro	4	0,060	140	labbro	2	0,031
141	Lingua	24	0,361	141	lingua	9	0,140
142	ghiandole salivari	13	0,195	142	ghiandole salivari	11	0,171
145-146	Bocca	18	0,271	145-146	bocca	5	0,078
146	Orofaringe	4	0,060	146	orofaringe	4	0,062
147	Rinofaringe	29	0,436	147	rinofaringe	12	0,186
148	Ipfaringe	4	0,060	148	ipofaringe	4	0,062
149	faringe,n.a.s.	2	0,030	149	faringe,n.a.s.	1	0,016
150	Esofago	8	0,120	150	esofago	0	0,000
151	<u>Stomaco</u>	173	1,434	151	<u>stomaco</u>	145	1,220
153	<u>colon - retto</u>	228	1,918	153 - 154	<u>colon - retto</u>	254	2,143
155	Fegato	32	0,481	155	fegato	19	0,295
156	vie biliari	5	0,075	156	vie biliari	2	0,031
157	Pancreas	25	0,376	157	pancreas	21	0,326
160	cavità nasali	10	0,150	160	cavità nasali	7	0,109
161	Laringe	23	0,346	161	laringe	7	0,109
162	<u>Polmone</u>	206	1,716	162	<u>polmone</u>	88	0,732
163-164	altri organi toracici	25	0,376	163-164	altri organi toracici	13	0,202
170	osso *	97	0,994	170	osso *	70	0,66
171	tessuti molli *	93	0,845	171	tessuti molli *	100	0,90
MES	Mesoteliomi	1	0,015	KAP	sarcoma di Kaposi *	21	0,17
KAP	sarcoma di Kaposi *	141	1,179	MES	mesoteliomi	1	0,016
172	pelle, melanomi *	312	2,666	172	pelle, melanomi *	430	3,77
173	pelle, non melanomi	452	6,796	173	pelle, non melanomi	478	7,43
175	Mammella	6	0,090	174	<u>mammella</u>	1.664	13,935
185	Prostata	2	0,030	179	utero, n.a.s.	18	0,280
186	testicolo *	698	6,173	180	<u>utero collo</u>	417	3,506
187,1-4	Pene	4	0,060	181	placenta	5	0,078
188	<u>Vescica</u>	191	1,606	182	<u>utero corpo</u>	89	0,739
189	<u>rene e altre vie urinarie</u>	125	1,038	183	ovaie *	306	2,70
190	Occhio	5	0,075	188	<u>vescica</u>	76	0,688
191-192	encefalo ed altro SNC *	303	2,712	189	<u>rene e altre vie urinarie</u>	87	0,752
193	tiroide *	199	1,754	190	occhio	5	0,078
194	altre gh. Endocrine	5	0,075	191-192	encefalo ed altro SNC *	203	1,90
201	linfoma di Hodgkin *	472	4,353	193	tiroide *	546	4,83
200/ 202	linfoma non Hodgkin *	319	2,840	194	altre gh. Endocrine	5	0,078
203	mieloma *	15	0,117	201	linfoma di Hodgkin *	469	4,48
204.0	leucemia linfatiche acute *	135	1,305	200/ 202	linfoma non Hodgkin *	212	1,91
204.0-208.9	leucemie *	330	3,056	203	mieloma *	9	0,07
				204.0	leucemia linfatiche acute *	74	0,71
				204.0-208.9	leucemie *	243	2,26

Fonte: ISS (Istituto Superiore di Sanità)

(a) Quelli caratteristici delle età giovanili sono contrassegnati da asterisco; quelli non tipicamente giovanili, ma inclusi per la rilevanza dei tassi, sono contrassegnati da sottolineatura.

³ International Classification of Diseases (ICD) basata sulle raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità presentate nella IX Conferenza di revisione tenutasi a Ginevra nel 1975. Rappresenta lo strumento fondamentale per la codifica degli eventi morbosi.

Sono state inoltre incluse quelle che, dai dati di letteratura clinica, sono ritenute importanti nell'analisi della fascia d'età considerata⁴.

Lo studio che segue si riferisce a suddetta casistica, fornendo una descrizione delle diverse misure epidemiologiche distintamente per il sesso maschile e per quello femminile. Il periodo di osservazione è riferito ai primi anni '90 per le motivazioni già illustrate nel paragrafo 1.

4.2. Incidenza

A metà degli anni '90 in Italia, nella fascia di età 15-39 anni, il peso maggiore tra i tumori maschili risulta a carico del testicolo (tabella 5): 910 sono i nuovi casi stimati tra la popolazione giovanile, ovvero il 19% di tutti i nuovi casi di tumore.

Tabella 5 – Numero di casi incidenti stimati e tassi di incidenza standardizzati in Italia per sesso, classe di età e tipo di tumore – Anno 1995

CODICI ICD9	TUMORI	NUMERO DI CASI				TASSI PER 100,000			
		MASCHI		FEMMINE		MASCHI		FEMMINE	
		15-39	40+	15-39	40+	15-39	40+	15-39	40+
(151)	Stomaco	145	10.392	183	7.046	1,15	64,72	1,47	29,74
(153-154)	Colon-retto	309	16.078	332	14.096	2,49	101,98	2,68	66,43
(162)	Trachea, bronchi e polmone	227	30.003	104	5.331	1,81	197,26	0,85	26,48
(170)	Osso	-	-	-	-	-	-	-	-
(171)	Tessuti molli	-	-	-	-	-	-	-	-
(172)	Melanoma della pelle	258	1.395	317	1.642	2,12	10,41	2,67	9,84
(174)	Mammella	-	-	1.931	29.037	-	-	15,35	179,52
(180)	Collo utero	-	-	767	3.188	-	-	6,14	21,04
(182)	Corpo utero	-	-	68	8.431	-	-	0,56	51,85
(183)	Ovaio	-	-	270	4.151	-	-	2,33	23,82
(186)	Testicolo	910	441	-	-	7,91	3,76	-	-
(188)	Vescica	115	15.764	61	3.625	0,92	100,55	0,54	15,99
(189)	Rene	116	5.049	81	2.406	0,94	34,14	0,69	12,26
(191-192)	Encefalo	315	2.049	225	1.719	2,80	14,79	2,10	9,76
(193)	Tiroide	146	505	366	1.324	1,25	4,00	3,13	8,30
(200-202)	Linfomi non-Hodgkin	554	4.601	342	3.756	4,83	31,87	3,00	19,59
(201)	Linfomi Hodgkin	328	469	299	381	3,01	3,59	2,85	2,32
(203)	Mieloma multiplo	15	1.675	6	1.590	0,12	10,39	0,04	7,26
(204.0)	Leucemie linfatiche acute	-	-	-	-	-	-	-	-
(204.1-208.9)	Leucemie	341	3.121	233	2.532	3,17	19,56	2,22	12,13
	Tutte le sedi selezionate	3.779	91.542	5.585	90.255	32,52	597,02	46,62	496,33
	Tutti i tumori tranne "pelle, non melanomi"	4.754	136.461	6.146	107.828	40,97	881,08	51,64	575,22

Fonte: ISS (Istituto Superiore di Sanità)

Il tumore al testicolo caratterizza i maschi di questa fascia di età: i tassi di incidenza dopo i 40 anni sono difatti più bassi rispetto a quelli in età 15-39 anni (3,76 contro 7,91 nuovi casi ogni 100.000).

⁴ Nel seguito del lavoro le sedi del colon e del retto saranno considerate congiuntamente.

In base ai dati disponibili⁵ è possibile osservare un aumento dell'incidenza di questo tumore, che solo 5 anni prima presentava un valore pari a 5,5 nuovi casi ogni 100.000 uomini (tabella 6).

Tale aumento tuttavia è da considerarsi con estrema cautela in quanto non si dispone di dati negli anni intermedi. Non è da escludersi quindi la possibilità di oscillazioni delle misure in tali anni, che inducono a ritenere altrettanto verosimile un andamento più instabile nei primi anni '90. L'ipotesi di incremento dell'incidenza risulterebbe comunque confermata da una stima per il 1996 pari a 11,15 nuovi casi ogni 100.000 uomini.

Tabella 6 - Tassi di incidenza standardizzati per tipo di tumore – Maschi – Anni 1990, 1995

CODICI ICD-9	TUMORI	1990	1995
151	Stomaco	1,12	1,15
153-154	Colon-retto	2,29	2,49
162	Trachea, bronchi e polmone	1,59	1,81
172	Melanomi della pelle	3,24	2,12
186	Testicolo	5,41	7,91
188	Vescica	0,85	0,92
189	Rene	0,57	0,94
191-192	Encefalo ed altri SNC	2,15	2,80
193	Tiroide	0,21	1,25
200-202	Linfomi non-Hodgkin	6,44	4,83
201	Linfomi Hodgkin	3,53	3,01
203	Mieloma multiplo	0,03	0,12
204-208	Leucemia	2,95	3,17
	Tutti i tumori tranne ICD9-173 (a)	36,77	40,97

Fonte: Progetto EUCAN (IARC – International Agency for Cancer Research)
(a) ICD-9 173 = Tumori maligni della pelle escluso melanoma.

Altri tumori con peso rilevante tra i maschi di 15-39 anni sono i linfomi non-Hodgkin (4,83 per 100.000 uomini), le leucemie nel complesso (3,17), i linfomi di Hodgkin (3,01), i tumori dell'encefalo (2,80), quelli del colon-retto (2,49) e i melanomi della pelle (2,12).

Sempre con le cautele già menzionate per i tumori del testicolo, è possibile confrontare questi livelli con i corrispondenti valori stimati nel 1990. Da tale confronto emerge che i linfomi non-Hodgkin e i melanomi della pelle presentavano nel 1990 un tasso di incidenza più elevato, rispettivamente pari a 6,44 e 3,24 nuovi casi ogni 100.000 uomini. Mentre incrementi moderati rispetto al 1990 si registrano per le leucemie, i tumori dell'encefalo e quelli del colon-retto. Non disponendo della serie completa dei dati del periodo 1990-1995, risulta comunque difficile individuare una linea di tendenza per questi risultati.

Per le donne il tumore più frequente è quello del seno, per il quale si stimano 1.931 nuovi casi nel 1995; i tassi sono pari a 15,35 e il peso relativo di tale sede sul totale dei tumori ammonta al 29,7%. L'incidenza del tumore della mammella continua a crescere al crescere dell'età anche dopo i 40 anni, con ritmi di incremento esponenziali fino all'età della menopausa, per poi riprendere con un passo inferiore. Si conferma pertanto come la neoplasia più frequente nel corso di tutta la vita delle donne. Il confronto con il dato del 1990 (tabella 7) sembrerebbe evidenziare un aumento dell'incidenza nelle giovani adulte, coerentemente con quanto osservato per tutte le età secondo i dati del registro tumori di Varese.

⁵ In prospettiva di una prosecuzione dello studio è possibile attualmente dare indicazione su dati più recenti solamente facendo ricorso ai dati forniti dallo IARC tramite il database EUCAN. Tale database fornisce stime delle misure di incidenza sulla base di quelle relative alla mortalità osservata ed è in tal modo in grado di dare delle valutazioni sull'incidenza anche dove queste non siano disponibili per il periodo in esame; così facendo si è potuto reperire una serie di informazioni riguardanti l'Italia per gli anni 1990 e 1995.

Nelle giovani donne la seconda sede più frequente per incidenza è il tumore del collo dell'utero (6,14 casi ogni 100.000 donne). Seguono i tumori alla tiroide (3,13), i linfomi non-Hodgkin (3,00) e Hodgkin (2,85), il tumore del colon-retto (2,68), il melanoma della pelle (2,67), le cancerizzazioni localizzate all'ovaio (2,33) e il complesso delle leucemie (2,22).

Rispetto al 1990, l'incidenza del tumore del collo dell'utero sembra mantenersi su livelli costanti, mentre per i tumori della tiroide e del colon-retto si registra nei due anni un aumento. Al contrario i melanomi della pelle presentano una consistente diminuzione, che è in contro tendenza rispetto a quanto accade prima degli anni '90 per tutte le fasce di età; tale diminuzione dunque potrebbe anche essere il risultato di variazioni annuali non valutabili con i dati attualmente in nostro possesso.

Tabella 7 - Tassi di incidenza standardizzati per tipo di tumore – Femmine – Anni 1990, 1995

CODICI ICD-9	TUMORI	1990	1995
151	Stomaco	1,13	1,47
153-154	Colon-retto	1,76	2,68
162	Trachea, bronchi e polmone	0,74	0,85
172	Melanomi della pelle	6,83	2,67
174	Mammella	11,61	15,35
180	Collo utero	5,81	6,14
182	Corpo utero	1,16	0,56
183	Ovaio	1,72	2,33
188	Vescica	0,47	0,54
189	Rene	0,60	0,69
191-192	Encefalo ed altri SNC	1,66	2,10
193	Tiroide	0,65	3,13
200-202	Linfomi non-Hodgkin	4,06	3,00
201	Linfomi Hodgkin	2,88	2,85
203	Mieloma multiplo	0,02	0,04
204-208	Leucemia	1,95	2,22
	Tutti i tumori tranne ICD9-173 (a)	46,89	51,64

Fonte: Progetto EUCAN (IARC – International Agency for Cancer Research)

(a) ICD-9 173 =Tumori maligni della pelle escluso melanoma.

I nuovi casi di tumore del colon-retto nella popolazione giovanile sono approssimativamente equiripartiti tra maschi e femmine, con pesi analoghi sul totale della popolazione (rispettivamente 2,49 e 2,68).

Uomini e donne raggiungono invece il divario massimo nei tumori della tiroide, che insorgono più frequentemente nel sesso femminile (3,13 rispetto a 1,25), e nei linfomi non-Hodgkin, che insorgono più frequentemente in quello maschile (4,83 rispetto a 3,00).

Lo svantaggio delle donne nel complesso delle sedi selezionate è da attribuirsi principalmente all'incidenza dei tumori al seno ed al collo dell'utero. Difatti tra i maschi la sede con il tasso più elevato, il testicolo, ammonta comunque al 50% circa dell'incidenza del tumore del seno nelle donne.

4.3. Mortalità

Nel 1995, tra i maschi di 15-39 anni le leucemie sono le neoplasie che provocano il maggior numero di decessi con un tasso pari a 1,30 ogni 100.000 persone (tabella 8). Seguono i linfomi di non-Hodgkin con un tasso pari a 1,27, i tumori dell'encefalo e del sistema nervoso centrale, 1,11. La mortalità per queste tipologie è in diminuzione rispetto al 1992.

Tabella 8 – Numero di decessi e tassi di mortalità standardizzati in Italia per sesso, classi di età e tipo di tumore – Anni 1992, 1995

CODICI ICD9	TUMORI	MASCHI				FEMMINE			
		1992		1995		1992		1995	
		15-39	40+	15-39	40+	15-39	40+	15-39	40+
NUMERO DI CASI									
(151)	Stomaco	66	7.541	79	7.196	83	5.569	78	5.080
(153-154)	Colon-retto	52	7.505	72	8.135	75	6.917	53	7.469
(162)	Trachea, bronchi e polmone	119	25.669	98	25.592	59	4.803	78	5.076
(170)	Osso	60	322	46	226	29	263	22	166
(171)	Tessuti molli	31	143	36	229	20	155	33	219
(172)	Melanoma della pelle	54	615	57	648	51	537	56	563
(174)	Mammella	-	-	-	-	340	10.511	323	10.981
(180)	Collo utero	-	-	-	-	28	397	35	423
(182)	Corpo utero	-	-	-	-	4	418	1	527
(183)	Ovaio	-	-	-	-	40	2.703	51	2.616
(186)	Testicolo	47	57	36	53	-	-	-	-
(188)	Vescica	9	4.383	3	3.984	4	1.081	6	995
(189)	Rene	22	1.946	29	1.912	17	1.008	14	1.041
(191-192)	Encefalo	140	1.606	124	1.385	93	1.386	86	1.087
(193)	Tiroide	4	218	9	193	6	402	5	384
(200-202)	Linfomi non-Hodgkin	148	1.806	138	1.934	91	1.633	102	1.924
(201)	Linfomi Hodgkin	49	265	62	199	39	169	47	160
(203)	Mieloma multiplo	10	1.024	4	1.085	3	1.070	1	1.105
(204.0)	Leucemie linfatiche acute	60	90	74	124	37	95	38	120
(204.1-208.9)	Leucemie	168	2.323	141	2.309	115	1.955	109	2.026
	Tutte le sedi selezionate	1.039	55.513	1.008	55.204	1.134	41.072	1.138	41.962
	Tutti i tumori tranne "pelle, non melanomi"	1.322	84.936	1.255	84.544	1.349	59.665	1.335	59.701
	Tutte le cause di decesso	13.798	263.922	13.296	268.645	4.902	254.845	4.870	262.648
TASSI PER 100.000									
(151)	Stomaco	0,56	47,25	0,63	43,47	0,71	22,34	0,64	20,05
(153-154)	Colon-retto	0,44	46,90	0,58	49,12	0,63	30,45	0,42	31,01
(162)	Trachea, bronchi e polmone	1,01	174,28	0,79	163,52	0,50	24,04	0,63	23,87
(170)	Osso	0,58	2,11	0,45	1,47	0,29	1,23	0,23	0,72
(171)	Tessuti molli	0,29	0,99	0,34	1,56	0,18	0,84	0,32	1,13
(172)	Melanoma della pelle	0,46	4,49	0,47	4,50	0,45	2,95	0,46	2,86
(174)	Mammella	-	-	-	-	2,83	58,54	2,55	58,79
(180)	Collo utero	-	-	-	-	0,23	2,34	0,28	2,30
(182)	Corpo utero	-	-	-	-	0,03	1,95	0,01	2,32
(183)	Ovaio	-	-	-	-	0,35	14,62	0,42	13,78
(186)	Testicolo	0,42	0,38	0,32	0,36	-	-	-	-
(188)	Vescica	0,08	26,16	0,02	22,86	0,03	4,05	0,06	3,47
(189)	Rene	0,18	13,03	0,24	12,10	0,15	4,77	0,12	4,62
(191-192)	Encefalo	1,25	11,85	1,11	9,77	0,85	7,92	0,75	6,07
(193)	Tiroide	0,03	1,45	0,07	1,27	0,05	1,80	0,04	1,69
(200-202)	Linfomi non-Hodgkin	1,31	12,30	1,27	12,33	0,83	7,87	0,88	8,42
(201)	Linfomi Hodgkin	0,43	1,89	0,54	1,38	0,35	0,87	0,43	0,83
(203)	Mieloma multiplo	0,09	6,47	0,04	6,53	0,03	4,78	0,01	4,63
(204.0)	Leucemie linfatiche acute	0,60	0,62	0,74	0,85	0,39	0,57	0,39	0,65
(204.1-208.9)	Leucemie	1,53	14,74	1,30	14,02	1,06	8,81	0,99	8,79
	Tutte le sedi selezionate	9,27	364,93	8,89	345,11	9,96	200,76	9,61	196,00
	Tutti i tumori tranne "pelle, non melanomi"	11,77	552,99	10,96	524,23	11,86	283,21	11,28	270,43
	Tutte le cause di decesso	124,81	1599,20	116,71	1567,91	44,58	940,38	42,74	926,41

Fonte: ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica)

Per le donne il quadro della mortalità si presenta ben più articolato di quello maschile. Considerando l'insieme dei tumori selezionati non si evidenzia una significativa diminuzione dei tassi di mortalità delle giovani adulte, che passano da 9,96 decessi ogni 100.000 donne nel 1992 a 9,61 nel 1995. Questo è il risultato di una riduzione dei livelli in corrispondenza dei tumori della mammella e delle leucemie accompagnato da un aumento della mortalità per i linfomi non-Hodgkin e i tumori del polmone.

Il tumore del seno si propone come sede a maggior letalità con un tasso medio di 2,55 casi per 100.000 donne nel 1995, rappresentando il 24% circa di tutti i decessi per tumore delle giovani adulte.

4.4. Sopravvivenza

L'indicatore principale per la valutazione di interventi rivolti alla diagnosi precoce ed alla diffusione di protocolli terapeutici ottimali è dato dalla sopravvivenza su base di popolazione dei casi incidenti di cancro. Questa, riferendosi a tutti i casi incidenti diagnosticati durante un periodo di tempo definito ed in una popolazione demograficamente definita, non è soggetta a distorsioni legate alla selezione dei pazienti e fornisce una misura complessiva dell'efficacia del sistema sanitario nel prendersi carico del malato oncologico.

L'analisi di sopravvivenza in questo lavoro si basa sulle diagnosi di tumore effettuate tra il 1985 ed il 1989 ed è finalizzata a stimare i sopravvissuti a distanza di 5 anni dalla diagnosi.

Come si può osservare dalle tabelle 9 e 10, per alcuni tumori la consistenza del dato originario non consente di trarre conclusioni con margini di errore sufficientemente limitato. Questo è il caso del mieloma in Italia, Danimarca e Finlandia e della vescica per la Danimarca e la Finlandia.

Il confronto tra i paesi europei (figura 1) mostra in generale una certa omogeneità nel classificare i tumori con prognosi migliori. Si osserva infatti come le sedi a maggior sopravvivenza a cinque anni dalla diagnosi risultino essere nell'ordine la tiroide (95% e oltre), il testicolo (91-95%) ed i linfomi di Hodgkin che variano tra l'83% e l'89%. Con margini più ampi, possiamo ritenere ad alta sopravvivenza anche i tumori al collo dell'utero (69-84%). Tra queste sedi vi è un margine di divergenza tra paesi che varia tra l'1% ed il 3% circa.

I tumori per cui si riscontra una maggiore variabilità nella prognosi tra i paesi considerati sono il tumore dello stomaco, quello del colon-retto ed i linfomi non-Hodgkin, per i quali le differenze variano tra il 9 ed il 18%.

Come si colloca l'Italia rispetto agli altri paesi in termini di sopravvivenza?

Per i tumori con prognosi migliore la situazione italiana è ben allineata rispetto a quella degli altri paesi. Ad esempio per i tumori della tiroide e per quelli del testicolo l'Italia presenta una percentuale di sopravvivenza superiore al Regno Unito e di poco inferiore agli Stati Uniti.

L'Italia inoltre mostra la migliore sopravvivenza per il cancro allo stomaco. Tale vantaggio è attribuibile soprattutto agli uomini che presentano il 52% di sopravvissuti a 5 anni a fronte di un valore inferiore al 20% per il Regno Unito e per gli USA. Gli uomini italiani presentano inoltre livelli di sopravvivenza quasi 1,5 volte più elevati delle donne italiane.

Il nostro paese è in una posizione intermedia rispetto al tumore della mammella con il 73% di sopravvivenza rispetto al 66% del Regno Unito e il 75% degli Stati Uniti.

Ampi margini di miglioramento sembrano esserci per il tumore della trachea, dei bronchi e dei polmoni. In generale si presenta come un tumore con una prognosi abbastanza sfavorevole in tutti i paesi. Gli uomini hanno sempre valori più bassi delle donne e con una scarsa variabilità geografica. Al contrario tra le donne i valori oscillano tra il 16% della Danimarca e il 39% degli Stati Uniti. Le donne italiane con il 18% di sopravvivenza presentano una delle situazioni più svantaggiate. Interessante è notare come gli Stati Uniti siano l'unico paese in cui il confronto tra i sessi mostri per questo tumore addirittura un dimezzamento della sopravvivenza passando dalle donne agli uomini.

Tabella 9 - Sopravvivenza a 5 anni per soggetti con neoplasia diagnosticata tra il 1985 e il 1989 in età 15-39 anni - Italia, Regno Unito Danimarca, Finlandia e Stati Uniti (casi diagnosticati, sopravvivenza relativa, errore standard della sopravvivenza relativa) - Maschi

CODICI ICD-9	TUMORI	ITA			UK			DAN			FIN			USA		
		CD	SURV	2 S.E.	CD	SURV	2 S.E.	CD	SURV	2 S.E.	CD	SURV	2 S.E.	CD	SURV	2 S.E.
(151)	Stomaco	57	0,5223	0,1345	139	0,195	0,0675	27	0,1497	0,1382	45	0,383	0,1466	121	0,1897	0,0741
(153-154)	Colon-retto	63	0,5286	0,1293	252	0,441	0,0630	76	0,3589	0,1109	71	0,585	0,1187	508	0,5432	0,0453
(162)	Trachea, bronchi e polmone	72	0,1740	0,0913	245	0,198	0,0513	64	0,1421	0,0878	41	0,099	0,0941	387	0,2127	0,0427
(170)	Osso	38	0,4062	0,1628	182	0,573	0,0737	52	0,4839	0,1395	40	0,504	0,1594	221	0,6215	0,0669
(171)	Tessuti molli	35	0,7479	0,1488	212	0,555	0,0686	83	0,6433	0,1063	54	0,674	0,1298	269	0,7147	0,0565
(172)	Melanoma della pelle	90	0,7260	0,0954	629	0,768	0,0341	224	0,8066	0,0540	192	0,843	0,0545	1.412	0,8564	0,0198
(174)	Mammella	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
(180)	Collo utero	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
(182)	Corpo utero	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
(183)	Ovaie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
(186)	Testicolo	228	0,9310	0,0353	2.068	0,91	0,0129	852	0,9440	0,0168	202	0,915	0,0415	2.266	0,9454	0,0105
(188)	Vescica	63	0,8586	0,0915	242	0,931	0,0339	26	0,9704	0,0761	41	0,988	0,0488	306	0,9372	0,0304
(189)	Rene	34	0,7109	0,1574	156	0,565	0,0802	38	0,6648	0,1555	39	0,676	0,1530	199	0,6659	0,0686
(191-192)	Encefalo ed altri SNC	114	0,4903	0,0946	660	0,458	0,0390	221	0,5247	0,0678	201	0,573	0,0706	805	0,5437	0,0358
(193)	Tiroide	66	0,9608	0,0516	121	0,947	0,0427	24	0,9235	0,1137	59	0,978	0,0477	445	0,9851	0,0154
(200-202)	Linfomi non-Hodgkin	140	0,5489	0,0854	705	0,653	0,0361	178	0,5441	0,0754	135	0,674	0,0821	1.270	0,4291	0,0283
(201)	Linfomi Hodgkin	159	0,8294	0,0608	905	0,848	0,0242	175	0,8175	0,0596	127	0,874	0,0613	1.066	0,8444	0,0232
(203)	Mieloma multiplo	-	-	-	30	0,503	0,1837	9	0,2246	0,2802	11	0,644	0,2936	56	0,4997	0,1380
(204.0)	Leucemie linfatiche acute	37	0,2989	0,1511	196	0,371	0,0694	39	0,3611	0,1545	50	0,282	0,1281	190	0,3694	0,0708
(204.1-208.9)	Leucemie	126	0,3225	0,0840	524	0,323	0,0410	120	0,3527	0,0878	127	0,365	0,0863	654	0,3960	0,0389
(140-208)	Tutti i tumori	1.500	0,6274	0,0253	8.184	0,665	0,0105	2.503	0,6982	0,0186	1.571	0,673	0,0241	13.946	0,5754	0,0086

Legenda: CD = Casi diagnosticati

SURV = Sopravvissuti a 5 anni

S.E. = Errore standard

Fonte: Progetto EUROCARE (Registri tumori europei - Istituto superiore di Sanità) per i dati europei - NCI (National Cancer Institute) per gli Stati Uniti

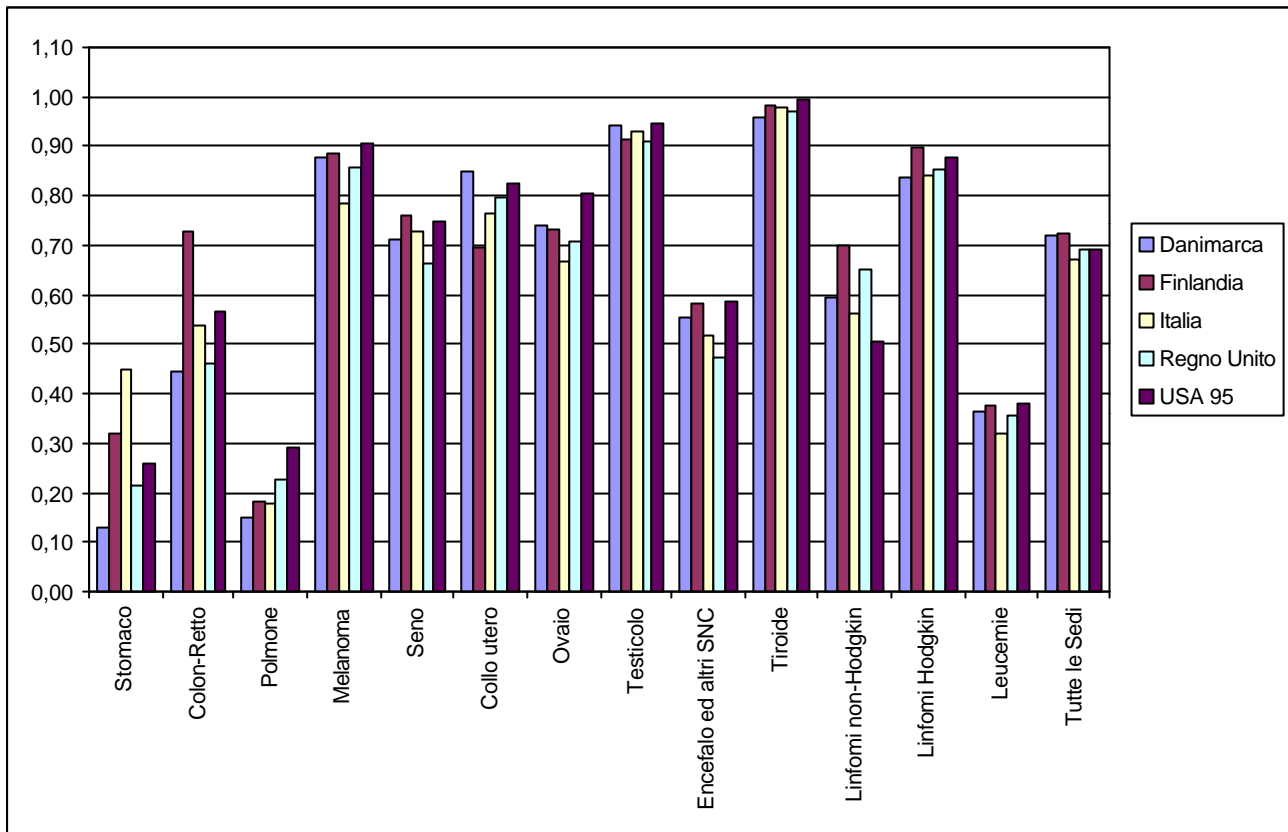
Tabella 10 - Sopravvivenza a 5 anni per soggetti con neoplasia diagnosticata tra il 1985 e il 1989 in età 15-39 anni - Italia, Regno Unito, Danimarca, Finlandia e Stati Uniti (casi diagnosticati, sopravvivenza relativa, errore standard della sopravvivenza relativa) - FEMMINE

ICD-9	TUMORI	ITA			UK			DAN			FIN			USA		
		CD	SURV	2 S.E.	CD	SURV	2 S.E.	CD	SURV	2 S.E.	CD	SURV	2 S.E.	CD	SURV	2 S.E.
(151)	Stomaco	52	0,3667	0,1340	80	0,2510	0,0972	27	0,1118	0,1217	63	0,2711	0,1124	109	0,3349	0,0917
(153-154)	Colon-retto	71	0,5454	0,1195	245	0,4796	0,0641	60	0,5529	0,1291	102	0,8266	0,0758	457	0,5894	0,0470
(162)	Trachea, bronchi e polmone	33	0,1825	0,1348	189	0,2604	0,0640	56	0,1616	0,0987	25	0,3215	0,1874	293	0,3929	0,0580
(170)	Osso	27	0,6311	0,1863	143	0,6935	0,0774	24	0,6687	0,1931	33	0,6991	0,1605	133	0,7271	0,0786
(171)	Tessuti molli	30	0,6123	0,1844	187	0,6957	0,0678	60	0,9202	0,0716	50	0,6220	0,1377	232	0,7341	0,0597
(172)	Melanoma della pelle	107	0,8313	0,0737	1.257	0,9026	0,0170	370	0,9231	0,0285	225	0,9190	0,0372	1.870	0,9424	0,0115
(174)	Mammella	666	0,7260	0,0349	3.789	0,6637	0,0155	818	0,7134	0,0320	731	0,7617	0,0319	4.527	0,7460	0,0132
(180)	Collo utero	166	0,7649	0,0668	3.157	0,7972	0,0145	651	0,8489	0,0285	81	0,6943	0,1031	1.780	0,8236	0,0187
(182)	Corpo utero	32	0,8468	0,1288	166	0,8896	0,0497	24	0,8802	0,1358	31	0,9401	0,0887	434	0,9225	0,0269
(183)	Ovaie	104	0,6656	0,0930	682	0,7092	0,0350	172	0,7418	0,0673	137	0,7329	0,0762	937	0,8052	0,0267
(186)	Testicolo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
(188)	Vescica	19	0,9507	0,1028	75	0,8567	0,0820	10	0,8048	0,2545	7	0,8608	0,2656	119	0,8844	0,0603
(189)	Rene	25	0,6825	0,1873	89	0,4511	0,1058	23	0,4810	0,2095	26	0,6953	0,1818	141	0,7575	0,0740
(191-192)	Encefalo ed altri SNC	64	0,5635	0,1246	468	0,4993	0,0464	153	0,5971	0,0797	149	0,5927	0,0809	578	0,6415	0,0406
(193)	Tiroide	219	0,9847	0,0183	361	0,9779	0,0166	81	0,9668	0,0421	299	0,9836	0,0163	1.711	0,9949	0,0047
(200-202)	Linfomi non-Hodgkin	95	0,5808	0,1016	412	0,6500	0,0473	87	0,6929	0,0997	98	0,7378	0,0896	528	0,6873	0,0411
(201)	Linfomi Hodgkin	176	0,8533	0,0540	767	0,8622	0,0251	106	0,8707	0,0660	111	0,9217	0,0520	973	0,9142	0,0185
(203)	Mieloma multiplo	1	1,0039	0,0000	17	0,8270	0,1857	6	0,5036	0,4112	6	0,5027	0,4105	24	0,5885	0,2031
(204.0)	Leucemie linfatiche acute	20	0,2656	0,2034	91	0,4406	0,1043	16	0,1880	0,1957	25	0,3210	0,1871	110	0,3772	0,0933
(204.1-208.9)	Leucemie	81	0,3140	0,1040	351	0,4080	0,0526	95	0,3804	0,0999	79	0,3936	0,1102	487	0,3590	0,0439
(140-208)	Tutti i tumori	2.133	0,7021	0,0200	13.289	0,7094	0,0079	3.110	0,7397	0,0159	2.440	0,7544	0,0176	16.469	0,7861	0,0066

Legenda: CD = Casi diagnosticati
 SURV = Sopravvissuti a 5 anni
 S.E. = Errore standard

Fonte: Progetto EUROCARE (Registri tumori europei - Istituto Superiore di Sanità) per i dati europei - NCI (National Cancer Institute) per gli Stati Uniti

Figura 1 - Sopravvivenza a 5 anni per soggetti con neoplasia diagnosticata tra il 1985 e il 1989 in età 15-39 anni - Italia, Regno Unito, Danimarca, Finlandia e Stati Uniti



Fonte: Progetto EUROCARE (Registri tumori europei - Istituto Superiore di Sanità) per i dati europei – NCI (National Cancer Institute) per gli Stati Uniti

La sopravvivenza per il tumore del colon-retto è relativamente bassa in tutti i paesi ad eccezione della Finlandia, dove per le donne si raggiunge un valore superiore all'82%. L'Italia in questo caso, con valori del 53% per gli uomini e del 54% per le donne, occupa una posizione intermedia tra il Regno Unito, che presenta i livelli più bassi, e gli USA.

Anche per i linfomi non-Hodgkin il nostro paese presenta livelli di sopravvivenza relativamente bassi, seguito solo dagli Stati Uniti per gli uomini e ultimo in assoluto per le donne. Analogamente per i tumori dell'encefalo riemerge uno svantaggio degli italiani seguiti solo dal Regno Unito.

L'Italia si colloca in una situazione di netto svantaggio, rispetto ai paesi considerati, per i melanomi, i tumori dell'ovaio e le leucemie.

Preoccupanti sono i livelli di sopravvivenza degli italiani per i melanomi se confrontati con gli altri paesi europei. In particolare gli uomini con una percentuale del 73% presentano il valore più basso in assoluto, mentre negli Stati Uniti si raggiunge l'86%. Nella prognosi è leggermente migliore degli uomini con un valore del 83%, ma ben al di sotto del 94% degli USA. Le differenze che si registrano sono da attribuirsi in larga misura alla diagnosi precoce.

Nelle donne appare altrettanto preoccupante il quadro per i tumori dell'ovaio, che presentano la più bassa sopravvivenza sia rispetto agli altri tumori femminili che rispetto al resto dei paesi. Un ruolo importante in questo caso potrebbe essere svolto dal minor ricorso delle italiane ai contraccettivi orali e dal minor numero di gravidanze, riconosciuti in letteratura come possibili fattori protettivi nei confronti di questo tumore.

Anche per le leucemie la situazione italiana appare particolarmente negativa, presentando per entrambi i sessi minori livelli di sopravvivenza.

Da rilevare infine come i valori della sopravvivenza maschile sono comunque generalmente inferiori rispetto a quelli femminili: 65% tra gli uomini contro il 74% tra le donne nel complesso dei tumori.

4.5. Prevalenza

Al fine di completare il quadro dei tumori in età giovanile e adulta con una misura dell'entità e della diffusione della malattia, sono state incluse nell'analisi le stime di prevalenza disponibili a livello nazionale.

Questi dati per l'Italia si riferiscono a una classe di età (15-44 anni) più ampia di quella considerata finora. Nonostante l'influenza che ciò può avere sull'analisi, per l'inclusione della classe di età 40-44 anni, i risultati sono ritenuti rilevanti per le finalità dello studio.

Nel complesso nel 1992 si sono stimati quasi 113.000 persone di 15-44 anni malate delle forme tumorali incluse nell'analisi, di cui il 62% relativi al sesso femminile (tabella 11).

Tabella 11 – Prevalenza dei tumori nella classe di età 15-44 anni in Italia per sesso e tipo di tumore – Anno 1992 (stima del numero di casi e dei tassi grezzi per 100.000)

CODICI ICD-9	TUMORI	NUMERO DI CASI		TASSI PER 100.000	
		Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
(151)	Stomaco	1.247	899	7,4	5,5
(153-154)	Colon-retto	2.207	2.124	13,1	13,0
(162)	Trachea, bronchi e polmone	842	425	5,0	2,6
(170)	Oso	859	768	5,1	4,7
(171)	Tessuti molli	1.061	1.715	6,3	10,5
(172)	Melanoma della pelle	2.729	5.897	16,2	36,1
(174)	Mammella	-	17.967	-	110,0
(180)	Collo utero	-	3.888	-	23,8
(182)	Corpo utero	-	1.046	-	6,4
(183)	Ovaio	-	3.185	-	19,5
(186)	Testicolo	8.016	-	47,6	-
(188)	Vescica	2.173	556	12,9	3,4
(189)	Rene	2.594	2.516	15,4	15,4
(191-192)	Encefalo ed altri SNC	2.072	1.568	12,3	9,6
(193)	Tiroide	3.722	7.367	22,1	45,1
(201)	Linfomi Hodgkin	6.164	7.318	36,6	44,8
(200-202)	Linfomi non-Hodgkin	6.518	10.143	38,7	62,1
(203)	Mieloma multiplo	68	131	0,4	0,8
(204-208)	Leucemie	2.375	2.630	14,1	16,1
	Tutti i tumori selezionati	42.639	70.134	253,2	429,4

"-" = Dato non pertinente al caso in esame.

Fonte: Progetto ITAPREVAL (Istituto Superiore di Sanità)

Le neoplasie con maggior prevalenza sono quelle relative ai tumori del seno con 110 casi ogni 100.000 donne, seguite dai linfomi non-Hodgkin, dai linfomi di Hodgkin, dai tumori della tiroide e dai melanomi. In tutte queste forme tumorali la prevalenza è più elevata nelle donne.

Uomini e donne presentano profili differenti nella prevalenza di specifiche forme tumorali.

Nel 1992 tra gli uomini erano più di 8.000 i giovani-adulti malati di tumore del testicolo, con un tasso di 47,6 soggetti malati ogni 100.000, circa 6.500 quelli con linfomi non-Hodgkin, pari al 38,7 per 100.000, e oltre 6.100 i malati di linfoma di Hodgkin (36,6 per 100.000).

Sempre tra i maschi seguono in ordine decrescente di diffusione i tumori alla tiroide, i melanomi della pelle, i tumori con origine nella sede renale e le leucemie.

La condizione femminile, sotto l'aspetto della prevalenza della malattia, si delinea nettamente peggiore in quanto, solo i tumori al seno interessano quasi 18.000 donne e oltre 8.000 donne sono affette da neoplasie dell'apparato genitale. Inoltre i tassi di prevalenza femminili per i tumori della tiroide e per i melanomi sono oltre due volte più elevati di quelli maschili: 45,1 ogni 100.000 donne contro 22,1 ogni 100.000 uomini per la tiroide, 36,1 contro 16,2 per il melanoma. Anche per i linfomi di Hodgkin e non-Hodgkin il divario tra i sessi è piuttosto elevato: sono quasi 12.700 gli uomini malati delle due forme di linfoma (75,3 ogni 100.000) rispetto a oltre 17.400 donne (106,9 ogni 100.000).

4.6. Morbosità ospedaliera

I dati di morbosità ospedaliera, poco utilizzati negli studi epidemiologici, sono interessanti per completare il quadro sui tumori dei giovani adulti, anche perché forniscono una misura dell'impatto di queste malattie sul sistema sanitario.

Nel 1998 i casi di tumore maligno registrati negli ospedali per pazienti di 15-39 anni dimessi in regime di ricovero ordinario per acuti ammontavano a circa 32.000, di cui il 54% relativi al sesso femminile (tabelle 12 e 13).

Rispetto alla popolazione il tasso di dimissione per tumore è pari a 136,7 casi per 100.000 uomini e a 169 per le donne. In entrambi i sessi i tassi per la gran parte dei tumori maligni sono più elevati nella classe di età 35-39 anni.

Analizzando i singoli tumori il maggior ricorso al ricovero ospedaliero è avvenuto, tra i maschi, per i casi di linfoma (Hodgkin e non Hodgkin), con tassi rispettivamente pari al 20,63 per 100.000 e 12,54, per il tumore del testicolo (16,34 per 100.000), per le leucemie (15,37) e per i tumori dell'encefalo (11,72).

Mentre per il tumore al testicolo si osserva una maggiore concentrazione nelle età comprese tra i 25 e i 34 anni, per le leucemie e i tumori dell'encefalo si riscontrano dei valori dei tassi decrescenti dalla classe 15-19 anni alle classi di età centrali e in aumento dopo i 30 anni. Per i linfomi invece la distribuzione è crescente al crescere dell'età.

Nelle donne è ancora una volta il tumore maligno del seno a far registrare i tassi più elevati con un valore pari a 32,63 dimissioni per 100.000 donne, corrispondente a 3.346 eventi. A notevole distanza seguono, come per gli uomini, i linfomi di Hodgkin e non-Hodgkin, ma con valori più bassi del sesso maschile. Anche i tumori della tiroide e le leucemie risultano essere forme tumorali con frequenza di ricovero relativamente elevata, con valori del tasso rispettivamente pari a 15,03 e 13,36 per 100.000 donne.

Per le patologie in comune anche la distribuzione per classi di età mostra gli stessi andamenti osservati per i maschi. Per il tumore del seno e per quello della tiroide appare evidente la maggiore diffusione dopo i 30 anni.

Tabella 12 – Dimissioni ospedaliere in Italia in regime di ricovero ordinario per acuti per classe di età e tipo di tumore - Maschi - Anno 1998 (valori assoluti e tassi per 100.000)

CODICI ICD-9	TUMORI	NUMERO DI DIMISSIONI							TASSI DI MORBOSITA'						
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	15-39	40+	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	15-39	40+
(151)	Stomaco	9	5	23	60	160	257	15.083	0,55	0,25	1,01	2,48	7,32	2,43	115,33
(153-154)	Colon-retto	10	24	39	130	265	468	32.115	0,61	1,18	1,71	5,37	12,13	4,43	245,56
(162)	Trachea, bronchi e polmone	13	21	53	81	222	390	55.810	0,79	1,03	2,32	3,35	10,16	3,69	426,73
(170)	Osso	209	127	92	67	40	535	1.184	12,69	6,24	4,03	2,77	1,83	5,06	9,05
(171)	Tessuti	92	97	86	69	96	440	1.610	5,59	4,77	3,76	2,85	4,39	4,16	12,31
(172)	Melanoma della pelle	18	43	80	114	166	421	2.923	1,09	2,11	3,50	4,71	7,60	3,98	22,35
(174)	Mammella	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
(180)	Collo utero	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
(182)	Corpo utero	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
(183)	Ovaie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
(186)	Testicolo	111	344	487	462	324	1.728	706	6,74	16,90	21,31	19,08	14,82	16,34	5,40
(188)	Vescica	12	37	60	126	241	476	49.747	0,73	1,82	2,63	5,20	11,03	4,50	380,38
(189)	Rene	11	15	32	103	140	301	9.736	0,67	0,74	1,40	4,25	6,41	2,85	74,44
(191-192)	Encefalo ed altri SNC	213	183	207	294	342	1.239	6.526	12,94	8,99	9,06	12,14	15,65	11,72	49,90
(193)	Tiroide	36	72	113	142	164	527	1.642	2,19	3,54	4,94	5,87	7,50	4,98	12,56
(200-202)	Linfoma Hodgkin	257	390	404	525	605	2.181	10.827	15,61	19,16	17,68	21,69	27,68	20,63	82,79
(201)	Linfoma non-Hodgkin	142	206	252	295	431	1.326	9.969	8,62	10,12	11,03	12,19	19,72	12,54	76,22
(203)	Mieloma multiplo	2	3	6	26	45	82	5.152	0,12	0,15	0,26	1,07	2,06	0,78	39,39
(204.0)	Leucemie linfatiche acute	236	111	111	110	96	664	502	14,33	5,45	4,86	4,54	4,39	6,28	3,84
(204-208)	Leucemie Tutti i tumori selezionati	364	291	304	325	341	1.625	7.705	22,11	14,30	13,30	13,43	15,60	15,37	58,91
(140-172)	Tutti i tumori	1.490	1.853	2.215	2.759	3.422	11.739	195.652	91,04	91,29	97,92	116,45	163,90	113,45	1611,32
(174-208)	Tutti i tumori	1.681	2.173	2.645	3.347	4.606	14.452	299.533	102,09	106,77	115,73	138,26	210,75	136,68	2290,29

Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della salute

Tabella 13 – Dimissioni ospedaliere in Italia in regime di ricovero ordinario per acuti per classe di età e tipo di tumore - Femmine - Anno 1998 (valori assoluti e tassi per 100.000)

CODICI ICD-9	TUMORI	NUMERO DI DIMISSIONI							TASSI DI MORBOSITA'						
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	15-39	40+	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	15-39	40+
(151)	Stomaco	3	7	17	79	132	238	9.526	0,19	0,36	0,77	3,35	6,13	2,32	62,17
(153-154)	Colon-retto	3	15	40	114	306	478	26.289	0,19	0,77	1,80	4,83	14,21	4,66	171,57
(162)	Trachea, bronchi e polmone	6	15	17	67	136	241	11.729	0,38	0,77	0,77	2,84	6,32	2,35	76,55
(170)	Osso	145	89	63	52	53	402	785	9,25	4,55	2,84	2,20	2,46	3,92	5,12
(171)	Tessuti	45	55	93	69	99	361	1.499	2,87	2,81	4,19	2,93	4,60	3,52	9,78
(172)	Melanoma della pelle	23	61	115	183	174	556	2.800	1,47	3,12	5,18	7,76	8,08	5,42	18,27
(174)	Mammella	8	55	201	966	2.116	3.346	54.808	0,51	2,81	9,06	40,96	98,27	32,63	357,70
(180)	Collo utero	7	20	88	206	507	828	5.466	0,45	1,02	3,97	8,73	23,55	8,07	35,67
(182)	Corpo utero	3	8	22	48	117	198	9.452	0,19	0,41	0,99	2,04	5,43	1,93	61,69
(183)	Ovaie	65	122	122	231	401	941	14.490	4,15	6,23	5,50	9,79	18,62	9,18	94,57
(186)	Testicolo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
(188)	Vescica	10	19	33	50	93	205	10.393	0,64	0,97	1,49	2,12	4,32	2,00	67,83
(189)	Rene	5	15	15	56	78	169	4.750	0,32	0,77	0,68	2,37	3,62	1,65	31,00
(191-192)	Encefalo ed altri SNC	97	104	143	230	266	840	4.901	6,19	5,31	6,44	9,75	12,35	8,19	31,99
(193)	Tiroide	49	177	305	454	556	1.541	3.949	3,13	9,04	13,74	19,25	25,82	15,03	25,77
(200-202)	Linfoma Hodgkin	238	420	398	466	501	2.023	10.025	15,19	21,46	17,93	19,76	23,27	19,73	65,43
(201)	Linfoma non-Hodgkin	99	190	209	264	354	1.116	9.184	6,32	9,71	9,42	11,19	16,44	10,88	59,94
(203)	Mieloma multiplo	4	2	6	22	33	67	5.396	0,26	0,10	0,27	0,93	1,53	0,65	35,22
(204.0)	Leucemie linfatiche acute	165	82	105	39	78	469	668	10,53	4,19	4,73	1,65	3,62	4,57	4,36
(204-208)	Leucemie	295	225	243	274	333	1.370	6.312	18,83	11,50	10,95	11,62	15,46	13,36	41,19
	Tutti i tumori selezionati	1.105	1.599	2.130	3.831	6.255	14.920	191.754	70,53	81,71	95,98	162,42	290,49	145,49	1.251,46
(140-172)															
(174-208)	Tutti i tumori	1.228	1.818	2.490	4.502	7.290	17.328	249.862	78,38	92,90	112,21	190,87	338,55	168,97	1.630,69

Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della salute

5. Le tipologie di tumore negli adolescenti e nei giovani adulti

Oltre alla documentazione statistica precedentemente illustrata, di seguito si vuole proporre una lettura per singole sedi e tipologie tumorali, al fine di fornire uno strumento per la valutazione epidemiologica di alcune forme specifiche ritenute rilevanti o per le quali sono stati riscontrati mutamenti sostanziali in più di una misura.

Per ogni patologia la trattazione è preceduta da sintetiche indicazioni di natura eziologica, in modo da fornire ulteriori elementi interpretativi dei quadri epidemiologici presentati.

5.1. Tumori maligni del colon-retto

Eziologia

I fattori di rischio associati ai tumori del colon-retto nelle età oltre i 45 anni sono riconducibili principalmente ad abitudini alimentari "non sane", quali lo scarso consumo di vegetali freschi e l'elevato consumo di carni rosse e di zuccheri.

Tabella 14 – Misure epidemiologiche per il tumore del colon-retto: confronti temporali e geografici

ANNI PAESI	MASCHI				FEMMINE			
	Casi		Tassi standardizzati per 100.000		Casi		Tassi standardizzati per 100.000	
	15-39	40+	15-39	40+	15-39	40+	15-39	40+
INCIDENZA								
1995								
Italia	309	16.078	2,49	101,98	332	14.096	2,68	66,43
Europa	1.545	98.780	1,86	103,93	1.531	96.330	1,89	70,15
USA	1.346	63.112	2,19	116,05	1.281	65.258	2,11	84,55
MORTALITA'								
1992								
Italia	52	7.505	0,44	46,90	75	6.917	0,63	30,45
USA	415	28.228	0,69	50,37	349	28.853	0,57	34,53
1995								
Italia	72	8.135	0,58	49,12	53	7.469	0,42	31,01
Europa	435	53.877	0,63	68,50	460	55.660	0,56	35,98
USA	420	28.358	0,69	48,11	372	29.381	0,61	33,55
MORBOSITA'								
1998								
Italia	468	32.115	4,43	245,56	478	26.289	4,66	171,57
SOPRAVVIVENZA								
Diagnosticati nel 1985-89								
Italia	63	0,5276	0,1293	71	0,5454	0,1195		
Regno Unito	252	0,4410	0,0630	245	0,4796	0,0641		
Danimarca	76	0,3589	0,1109	60	0,5529	0,1291		
Finlandia	71	0,5848	0,1187	102	0,8266	0,0758		
Usa	508	0,5432	0,0453	457	0,5894	0,0470		

(a) Due volte l'errore standard.

Fonte: Si veda il riferimento al termine del capitolo

Altri sono invece quelli che riguardano la fascia più giovane, riconducibili a fattori genetici/familiari come principali responsabili della comparsa di neoplasie del colon-retto: in tale ambito rientrano le malattie infiammatorie intestinali, riguardanti in maggior misura le femmine rispetto ai maschi e con età di insorgenza attorno ai 18-25 anni, le familiarità per cancro o gli adenomi del colon.

Epidemiologia

Considerando il complesso della popolazione italiana, dall'inizio degli anni 70, si è arrestato l'aumento di mortalità tipico dei paesi sviluppati. Tra il 1992 e il 1995 nella classe di età 15-39 anni la mortalità risulta tendenzialmente in aumento negli uomini e in diminuzione nelle donne. Nei primi il tasso standardizzato passa da 0,44 decessi per 100.000 uomini a 0,58, mentre nelle seconde passa da 0,63 a 0,42 ogni 100.000 donne (tabella 14). I livelli di mortalità in Italia, rispetto all'Europa e agli Stati Uniti, sono più bassi per entrambi i sessi. Sembrerebbe pertanto che nel nostro paese si stia anticipando la tendenza alla graduale diminuzione della mortalità, almeno nelle nuove generazioni, rispetto agli Stati Uniti, dove per esempio i tassi di mortalità femminili, sono ancora in crescita al 1995.

Il quadro italiano appare invece per entrambi i sessi più svantaggiato in termini di incidenza. I tassi per questa malattia al di sotto dei 40 anni sono più elevati in Italia di quelli degli Stati Uniti e soprattutto di quelli europei: il valore medio tra i due sessi è pari a 2,58 nuovi casi ogni 100.000 persone contro 1,88 in Europa e 2,14 negli USA.

Tale svantaggio, in particolare per le donne, viene sottolineato anche da una sopravvivenza relativa femminile più bassa (54%) nel nostro paese rispetto a quella degli USA (59%).

Anche i dati ospedalieri rilevano questo lieve svantaggio del sesso femminile tra i 15 e i 39 anni: il tasso di dimissione nel 1998 ammontava a 4,7 per 100.000 donne e a 4,4 per 100.000 uomini.

5.2. Tumori maligni della trachea, dei bronchi e del polmone

Eziologia

E' stata ormai ampiamente confermata l'associazione tra l'abitudine al fumo (anche passivo) e i tumori maligni del polmone. Il consumo di tabacco rappresenta il principale fattore di rischio per questa patologia e un ruolo più marginale viene svolto dall'inquinamento ambientale.

Epidemiologia

Il tumore del polmone si presenta come patologia peculiare del sesso maschile in quanto tra le donne tale neoplasia compare con una frequenza generalmente non più alta del 50% rispetto a quella degli uomini e in ogni modo rispecchia condizioni notevolmente migliori di quelle dei maschi.

Tra questi ultimi i livelli di incidenza in Italia sono al di sopra della media europea e di quella statunitense, sia prima che dopo i 40 anni: i tassi ammontano rispettivamente a 1,81 e 197,26 nuovi casi ogni 100.000 uomini (tabella 15). I livelli di mortalità degli uomini italiani tra i 15 e i 39 anni sono i più bassi: nel 1995 il tasso standardizzato è infatti pari a 0,79 decessi per 100.000 uomini contro 1,18 in Europa e 0,88 negli USA.

Tabella 15 – Misure epidemiologiche per il tumore della trachea, dei bronchi e dei polmoni: confronti temporali e geografici

ANNI PAESI	MASCHI				FEMMINE			
	Casi		Tassi standardizzati per 100.000		Casi		Tassi standardizzati per 100.000	
	15-39	40+	15-39	40+	15-39	40+	15-39	40+
INCIDENZA								
1995								
Italia	227	30.003	1,81	197,26	104	5.331	0,85	26,48
Europa	1.215	153.102	1,43	167,31	568	40.595	0,69	33,63
USA	932	91.895	1,42	174,58	644	68.669	0,98	103,88
MORTALITA'								
1992								
Italia	119	25.669	1,01	174,28	59	4.803	0,50	24,04
USA	575	90.821	0,90	173,76	458	54.074	0,72	80,56
1995								
Italia	98	25.592	0,79	163,52	78	5.076	0,63	23,87
Europa	821	141.357	1,18	179,73	416	38.674	0,50	30,41
USA	573	91.273	0,88	164,59	472	58.865	0,71	82,30
MORBOSITA'								
1998								
Italia	390	55.810	3,69	426,73	241	11.729	2,35	76,55
SOPRAVVIVENZA								
	Casi	Sopravvivenza relativa	2 ES (a)	Casi	Sopravvivenza relativa	2 ES (a)		
Diagnosticati nel 1985-89								
Italia	72	0,1740	0,0913	33	0,1825	0,1348		
Regno Unito	245	0,1983	0,0513	189	0,2604	0,0640		
Danimarca	64	0,1421	0,0878	56	0,1616	0,0987		
Finlandia	41	0,0991	0,0941	25	0,3215	0,1874		
Usa	387	0,2127	0,0427	293	0,3929	0,0580		

(a) Due volte l'errore standard.

Fonte: Si veda il riferimento al termine del capitolo

Al contrario degli uomini, si registra un aumento della mortalità per le giovani donne, con livelli superiori alla media europea.

È interessante notare come gli andamenti degli indicatori di mortalità nelle età giovanili concordino con i dati ISTAT relativi al consumo di tabacco. Negli anni '90 la percentuale di fumatori abituali è diminuita tra gli uomini, dal 35,1% nel 1993 al 32,8% nel 1999, ed è leggermente aumentata nelle donne, dal 16,4% al 17,3%. Tuttavia in entrambi i sessi la classe di età 15-24 anni è quella che ha contribuito in misura minore alla riduzione nel sesso maschile e in maniera significativa all'aumento in quello femminile.

Questo tipo di tumori è ad elevata letalità, con tassi di sopravvivenza complessivi inferiori al 10% a 5 anni dalla diagnosi, per cui le statistiche di mortalità sono sostanzialmente sovrapponibili alle statistiche di incidenza.

Anche tra i giovani adulti la sopravvivenza sia maschile che femminile è particolarmente bassa, rispettivamente pari al 17,4% e 18,2%. Questi valori collocano l'Italia in una posizione donne, che presentano una sopravvivenza superiore solo a quella della Danimarca.

5.3. Melanomi della pelle

Eziologia

L'insorgenza dei melanomi maligni della pelle è associato all'abitudine a prolungate esposizioni alla luce solare, particolarmente pericolose in giovane età e per le popolazioni di carnagione chiara.

Tale neoplasia può derivare da un nevo o più frequentemente da cute apparentemente sana.

La trasformazione di un nevo in melanoma è in effetti estremamente rara, eccetto che per i nevi melanocitari congeniti (presenti alla nascita) e per la sindrome familiare del nevo displastico. La prevenzione e la diagnosi precoce possono giocare un ruolo determinante nel modificare l'incidenza e la mortalità per queste patologie.

Epidemiologia

La mortalità giovanile per queste neoplasie, già piuttosto contenuta, è tendenzialmente stazionaria negli anni osservati (tabella 16).

Tabella 16 – Misure epidemiologiche per i melanomi della pelle: confronti temporali e geografici

ANNI PAESI	MASCHI				FEMMINE			
	Casi		Tassi standardizzati per 100.000		Casi		Tassi standardizzati per 100.000	
	15-39	40+	15-39	40+	15-39	40+	15-39	40+
INCIDENZA								
1995								
Italia	258	1.395	2,12	10,41	317	1.642	2,67	9,84
Europa	2.256	10.961	2,85	13,15	3.234	14.598	4,26	14,24
USA	2.856	18.872	4,75	37,40	4.408	13.495	7,80	22,75
MORTALITA'								
1992								
Italia	54	615	0,46	4,49	51	537	0,45	2,95
USA	407	3.635	0,66	7,26	270	2.251	0,46	3,40
1995								
Italia	57	648	0,47	4,50	56	563	0,46	2,86
Europa	343	3.865	0,49	4,91	296	3.645	0,38	3,02
USA	352	3.941	0,58	7,36	255	2.352	0,42	3,32
MORBOSITA'								
1998								
Italia	421	2.923	3,98	22,35	556	2.800	5,42	18,27
SOPRAVVIVENZA								
	Casi	Sopravvivenza relativa	2 ES (a)		Casi	Sopravvivenza relativa	2 ES (a)	
Diagnosticati nel 1985-89								
Italia	90	0,7260	0,0954		107	0,8313	0,0737	
Regno Unito	629	0,7681	0,0341		1.257	0,9026	0,0170	
Danimarca	224	0,8066	0,0540		370	0,9231	0,0285	
Finlandia	192	0,8435	0,0545		225	0,9190	0,0372	
Usa	1.412	0,8564	0,0198		1.870	0,9424	0,0115	

(a) Due volte l'errore standard.

Fonte: Si veda il riferimento al termine del capitolo

In Italia nel 1995 in termini di incidenza il tasso è pari a 2,67 per 100.000 donne, corrispondente a 317 nuovi casi, mentre per gli uomini il valore è di 2,12 per 100.000 uomini (258 nuovi casi).

Rispetto agli Stati Uniti l'incidenza in Italia risulta significativamente più bassa in entrambi i sessi; nel 1995 è inferiore anche ai livelli medi europei, in particolare nel sesso femminile (2,67 casi contro i 4,26 di tutta l'Europa).

Se le donne presentano tassi di mortalità analoghi a quelli degli uomini, tuttavia fanno registrare tassi di incidenza più elevati in ciascun paese e per ogni anno considerato. Le donne quindi sembrano avere una maggiore possibilità di guarigione.

Anche le statistiche ospedaliere denotano una maggiore diffusione dei melanomi nelle donne: nella classe di età 15-39 anni nel 1998 si sono registrate 421 dimissioni di uomini e 556 relative a pazienti femminili. Ciò è da mettere in relazione al fatto che le donne in generale hanno allo stesso tempo una sopravvivenza più elevata rispetto agli uomini, soprattutto per un diverso atteggiamento nei confronti della propria salute, come numerosi studi hanno documentato.

Tuttavia il quadro italiano si presenta piuttosto preoccupante per quanto riguarda la sopravvivenza: l'Italia mostra in entrambi i sessi i valori più bassi tra i paesi considerati, il 73% negli uomini e l'83% nelle donne, con uno scarto di oltre 10 punti percentuali rispetto agli Stati Uniti. Questo suggerisce che ulteriori campagne informative per la prevenzione e la diagnosi precoce possano migliorare le prospettive di sopravvivenza e il quadro epidemiologico generale.

5.4. Tumori maligni della mammella delle donne

Eziologia

I tumori maligni della mammella sono i più diffusi nelle donne dei paesi sviluppati.

Le cause del carcinoma mammario non sono note; considerazioni di tipo epidemiologico hanno comunque permesso di individuare popolazioni a maggior probabilità di ammalarsi di tale neoplasia e di identificare i fattori di rischio.

La familiarità è certamente importante: una parentela di primo grado con una donna affetta da carcinoma mammario aumenta il rischio di 1,7-2,5 volte; una parentela di secondo grado di 1,5 volte.

Un ruolo importante è rappresentato dai fattori endocrini: anche se non tutti gli studi riportano risultati concordanti, vi è una correlazione diretta fra durata del periodo fertile (intervallo tra menarca e prima gravidanza) e l'aumento del rischio.

Altro fattore accessorio è costituito dall'esposizione a radiazioni ionizzanti.

Epidemiologia

In Italia nell'ambito di tutti i tumori, quelli della mammella costituiscono la principale causa di morte e la tipologia neoplastica a più elevata incidenza. Sfortunatamente questo primato non è confinato alle età adulte, ma interessa anche la classe di età giovanile 15-39 anni, seppure con una maggiore concentrazione dopo i 30 anni.

L'insorgenza della malattia si accompagna più frequentemente alla produzione di ormoni (estrogeni e progesterone), per cui una diminuzione dell'incidenza è stata osservata nelle età più avanzate della vita, quando la menopausa interrompe questo processo.

Nel 1995 il numero medio di nuovi casi diagnosticati annualmente è di 1.931, ovvero in un anno oltre il 30% dei nuovi casi di tumore diagnosticati a donne di 15-39 anni ha interessato il seno (tabella 17).

La mortalità nelle giovani adulte è diminuita dal 1992 al 1995 passando da 2,83 decessi ogni 100.000 donne giovani nel 1992 a 2,55 nel 1995. La diminuzione di mortalità è comunque accompagnata tuttavia da una crescita dei tassi di incidenza, che passano da 11,61 nuovi casi ogni 100.000 donne nel 1990 a 15,35 nel 1995.

Tabella 17 – Misure epidemiologiche per il tumore della mammella della donna: confronti temporali e geografici

ANNI PAESI	FEMMINE			
	Casi		Tassi standardizzati per 100.000	
	15-39	40+	15-39	40+
INCIDENZA				
1995				
Italia	1.931	29.037	15,35	179,52
Europa	11.979	187.112	14,38	186,79
USA	10.200	167.955	15,76	275,84
MORTALITA'				
1992				
Italia	340	10.511	2,83	58,54
USA	1.808	41.252	2,80	63,78
1995				
Italia	323	10.981	2,55	58,79
Europa	2.262	73.955	2,71	63,67
USA	1.765	42.078	2,67	61,33
MORBOSITA'				
1998				
Italia	3.346	54.808	32,63	357,70
	Casi		Sopravvivenza relativa	2 ES (a)
SOPRAVVIVENZA				
Diagnosticati nel 1985-89				
Italia	666		0,7260	0,0349
Regno Unito	3.789		0,6637	0,0155
Danimarca	818		0,7134	0,0320
Finlandia	731		0,7617	0,0319
Usa	4.527		0,7460	0,0132

(a) Due volte l'errore standard.

Fonte: Si veda il riferimento al termine del capitolo

L'incidenza per il 1995 nella classe di età 15-39 anni risulta più elevata della media europea.

La sopravvivenza tra le donne italiane è invece nella media dei paesi osservati, solo il Regno Unito presenta una sopravvivenza particolarmente sfavorevole.

5.5. Tumori maligni del collo dell'utero

Eziologia

Nell'ambito dei tumori femminili anche i tumori maligni del collo dell'utero⁶, al pari di quelli della mammella, rappresentano una tipologia neoplastica di rilievo, sia per incidenza che per mortalità, seppure con valori sensibilmente inferiori a questi ultimi.

⁶ I casi presi in considerazione per l'analisi sono quelli registrati con il codice ICD-9 180 "tumori del collo dell'utero". Tuttavia gran parte della casistica riguardante i tumori dell'utero e in particolare del collo dell'utero viene a perdersi nel raggruppamento "tumori maligni dell'utero, parte non specificati" (ICD-9 179); ne consegue che le indicazioni riportate potrebbero essere non esaustive e/o incomplete.

La causa principale dell'insorgenza di questo tipo di tumore è l'infezione della cervice con alcuni tipi di papilloma virus (HPV) trasmessi sessualmente. Tale infezione è legata principalmente a carenze igieniche, a condizioni di vita precarie, a gravidanze precoci e ad un elevato numero di parti.

L'incidenza di questo carcinoma può essere drasticamente ridotta mediante programmi di screening citologici.

Epidemiologia

I programmi di screening citologico in Italia non hanno avuto una copertura uniforme sul territorio nazionale e in molti casi non hanno avuto carattere di sistematicità. Vi è stata comunque nel tempo una maggiore propensione delle donne, in particolare di quelle appartenenti alle generazioni più giovani e con un titolo di studio elevato, a ricorrervi spontaneamente. Il ricorso crescente a questa pratica diagnostica ha consentito una drastica riduzione della mortalità per tumore dell'utero (corpo e collo), che tra gli anni '70 e '90 si è dimezzata.

Nella prima metà degli anni '90 la mortalità si attesta su livelli piuttosto contenuti. Nel 1995 si registrano 0,28 decessi per 100.000 donne di 15-39 anni e 2,30 per 100.000 donne di 40 anni e oltre. Tali valori sono sensibilmente più bassi della media europea e statunitense (tabella 18).

Tabella 18 – Misure epidemiologiche per il tumore del collo dell'utero: confronti temporali e geografici

ANNI PAESI	FEMMINE			
	Casi		Tassi standardizzati per 100.000	
	15-39	40+	15-39	40+
INCIDENZA				
1995				
Italia	767	3.188	6,14	21,04
Europa	6.206	20.809	7,65	21,99
USA	3.734	8.201	6,25	14,64
MORTALITA'				
1992				
Italia	28	397	0,23	2,34
USA	709	3.932	1,14	6,69
1995				
Italia	35	1.381	0,28	7,60
Europa	785	10.406	0,94	9,01
USA	639	3.864	1,02	6,22
MORBOSITA'				
1998				
Italia	828	5.466	8,07	35,67
	Casi	Sopravvivenza relativa		2 ES (a)
Italia	166	0,7649		0,0668
Regno Unito	3.157	0,7972		0,0145
Danimarca	651	0,8489		0,0285
Finlandia	81	0,6943		0,1031
Usa	1.780	0,8236		0,0187

(a) Due volte l'errore standard.

Fonte. Si veda il riferimento al termine del capitolo

I tassi di incidenza, stimati al 1995 per le giovani italiane pari a 6,14 nuovi casi per 100.000 donne, sono più bassi di quelli degli USA e soprattutto di quelli europei.

La sopravvivenza in Italia, pari al 76%, è consistente con quella degli altri paesi considerati,

tra i quali l'unico dato 'deviante' è quello della Finlandia con il 69% di donne sopravvivenenti a cinque anni.

5.6. Tumori maligni delle ovaie

Eziologia

I fattori di rischio associati al tumore delle ovaie non sono ancora noti. Tuttavia alcuni studi hanno evidenziato un effetto protettivo delle gravidanze e dei contraccettivi orali. La diminuzione del numero di gravidanze degli ultimi decenni ha quindi probabilmente contribuito all'aumento della frequenza di questi carcinomi, mentre la maggiore diffusione dell'utilizzo della pillola come metodo contraccettivo, in particolare nelle generazioni più giovani, ha presumibilmente favorito la riduzione dell'incidenza osservata in epoche più recenti in molti paesi.

Epidemiologia

L'incidenza del tumore delle ovaie, in particolare nelle donne giovani, è più bassa di quelle europea e soprattutto di quella statunitense: 2,33 nuovi casi in Italia per 100.000 donne giovani contro 5,27 negli USA (tabella 19).

Tabella 19 – Misure epidemiologiche per il tumore dell'ovaio: confronti temporali e geografici

ANNI PAESI	FEMMINE			
	Casi		Tassi standardizzati per 100.000	
	15-39	40+	15-39	40+
	INCIDENZA			
1995				
Italia	270	4.151	2,33	23,82
Europa	1.794	30.517	2,38	28,63
USA	2.893	19.963	5,27	32,18
	MORTALITA'			
1992				
Italia	40	2.703	0,35	14,62
USA	291	12.887	0,48	18,89
1995				
Italia	51	2.616	0,42	13,78
Europa	407	22.539	0,51	18,81
USA	307	13.030	0,50	18,05
	MORBOSITA'			
1998				
Italia	941	14.490	9,18	94,57
	Casi		Sopravvivenza relativa	2 ES (a)
	SOPRAVVIVENZA			
Diagnosticati nel 1985-89				
Italia	104		0,6656	0,0930
Regno Unito	682		0,7092	0,0350
Danimarca	172		0,7418	0,0673
Finlandia	137		0,7329	0,0762
Usa	937		0,8052	0,0267

(a) Due volte l'errore standard.

Fonte: Si veda il riferimento al termine del capitolo

La mortalità, dopo un trend crescente registrato tra gli anni '70 e la fine degli anni '80, ha mostrato una tendenza alla stabilizzazione. Nel periodo 1992-1995 nelle donne di 15-39 anni il numero di decessi passa da 40 a 51 casi e i tassi corrispondenti ammontano rispettivamente a 0,35 e 0,42 per 100.000 donne giovani. Il quadro della mortalità italiana per questo tipo di tumori appare in linea con quello europeo e statunitense.

La sopravvivenza per le giovani italiane, pari al 67%, è la più bassa rispetto agli altri paesi europei e soprattutto rispetto agli Stati Uniti (81%).

5.7. Tumori maligni del testicolo

Eziologia

Il principale fattore noto per tale neoplasia rimane il criptorchidismo, una condizione che a sua volta dipende verosimilmente da squilibri endocrini. E' stata inoltre ipotizzata una relazione con l'inquinamento da xenoestrogeni, composti con debole attività ormonale estrogenica usati come insetticidi e diserbanti in agricoltura o come plastificanti, lubrificanti o additivi di detersivi.

Altri fattori correlati, senza evidenza di conferma, sono le terapie ormonali effettuate dalla madre nel corso della gravidanza, l'obesità materna, la familiarità per tumori della linea germinale e la nascita pretermine.

Epidemiologia

Come già evidenziato, il testicolo si pone come sede di maggior rilievo se si considerano i tumori nella fascia di età 15-39 anni per il sesso maschile.

Tra il 1992 e il 1995 si conferma per l'Italia il calo di mortalità che ha caratterizzato questa neoplasia negli ultimi decenni in quasi tutti i paesi occidentali (tabella 20).

Tabella 20 – Misure epidemiologiche per il tumore del testicolo: confronti temporali e geografici

ANNI PAESI	MASCHI			
	Casi		Tassi standardizzati per 100.000	
	15-39	40+	15-39	40+
	INCIDENZA			
1995				
Italia	910	441	7,91	3,76
Europa	7.836	3.665	10,54	5,02
USA	4.781	1.564	8,97	3,16
	MORTALITA'			
1992				
Italia	47	57	0,42	0,38
USA	210	143	0,39	0,30
1995				
Italia	36	53	0,32	0,36
Europa	308	388	0,41	0,44
USA	183	131	0,33	0,27
	MORBOSITA'			
1998				
Italia	1.728	706	16,34	5,40

Tabella 20 segue – Misure epidemiologiche per il tumore del testicolo: confronti temporali e geografici

ANNI PAESI	MASCHI		
	Casi	Sopravvivenza relativa	2 ES (a)
SOPRAVVIVENZA			
Diagnosticati nel 1985-89			
Italia	228	0,9310	0,0353
Regno Unito	2.068	0,9101	0,0129
Danimarca	852	0,9440	0,0168
Finlandia	202	0,9150	0,0415
USA	2.266	0,9454	0,0105

(a) Due volte l'errore standard.

Fonte: Si veda il riferimento al termine del capitolo

L'incidenza presenta un picco prima dei 40 anni. In Italia nel 1995 si sono avuti 7,91 nuovi casi per 100.000 uomini di 15-39 anni, contro i 3,76 di coloro che hanno superato i 40 anni di età.

Da aggiungere che l'Italia nel 1995, rispetto all'Europa, si pone in condizioni vantaggiose sia per quanto concerne l'incidenza sia per la mortalità.

Le particolarità del tumore al testicolo rendono tale sede ben disposta alla cura ed alla guarigione. La sopravvivenza per questo tipo di tumore è molto alta e pari al 93% in Italia dopo 5 anni dal momento in cui viene diagnosticato. Il Regno Unito presenta il valore minimo tra i paesi in questione, pari al 91%.

Tre anni più tardi osserviamo come il ricorso ai servizi ospedalieri per i soggetti affetti da tale neoplasia porti ad un numero di ricoveri pari a circa 16 ogni 100.000 residenti in età 15-39 anni per un totale di 1.728 ricoveri.

5.8. Tumori maligni dell'encefalo e del sistema nervoso centrale

Eziologia

Ancora una volta, per i tumori caratteristici della prima fase della vita, ritroviamo carenze conoscitive riguardanti l'eziologia per la sede in questione. Ci sono indicazioni che vi sia un ruolo importante dell'esposizione a pesticidi e solventi organici, a radiazioni ionizzanti, a nitrosamine e forse a campi elettromagnetici a bassa frequenza.

I tumori cerebrali sono stati tra i più complessi nella diagnosi e nella classificazione delle diversificazioni con cui si presentano fino agli anni '70, anni in cui viene introdotta l'ecotomografia assiale.

Tale carenza può certamente avere influenzato in maniera distorsiva le statistiche di mortalità, non permettendo di discernere tra tumori originanti dalle meningi (quasi tutti benigni) e quelli maligni intracranici. Nel nostro studio i dati dovrebbero essere esenti da misclassificazioni così influenti o dal confondimento con malattie cerebrovascolari, relativamente poco importanti tra i giovani.

Epidemiologia

Nel 1995 l'incidenza delle neoplasie dell'encefalo presenta nella classe 15-39 anni 315 nuovi casi tra i maschi italiani e 225 tra le donne (tabella 21). E' interessante notare come i tassi standardizzati mostrino per entrambi i sessi valori analoghi a quelli statunitensi prima dei 40 anni, pari a 2,80 casi per 100.000 tra gli uomini e 2,10 casi tra le donne, e prossimi a quelli europei per i soggetti con oltre 40 anni (14,79 tra gli uomini e 9,76 tra le donne).

Tabella 21 – Misure epidemiologiche per il tumore dell'encefalo e le altre neoplasie maligne del sistema nervoso centrale: confronti temporali e geografici

ANNI PAESI	MASCHI				FEMMINE			
	Casi		Tassi standardizzati per 100.000		Casi		Tassi standardizzati per 100.000	
	15-39	40+	15-39	40+	15-39	40+	15-39	40+
INCIDENZA								
1995								
Italia	315	2.049	2,80	14,79	225	1.719	2,10	9,76
Europa	2.332	12.318	3,20	14,68	1.497	10.574	2,15	10,10
USA	1.480	6.340	2,81	12,95	1.095	5.177	2,10	8,39
MORTALITA'								
1992								
Italia	140	1.606	1,25	11,85	93	1.386	0,85	7,92
USA	707	5.507	1,28	11,30	483	4.808	0,86	7,57
1995								
Italia	93	1.386	1,11	9,77	86	1.087	0,75	6,07
Europa	1.041	9.748	1,36	11,39	636	8.260	0,87	7,52
MORBOSITA'								
1998								
Italia	1.239	6.526	11,72	49,90	840	4.901	8,19	31,99
SOPRAVVIVENZA								
	Casi	Sopravvivenza relativa	2 ES (a)	Casi	Sopravvivenza relativa	2 ES (a)		
Diagnosticati nel 1985-89								
Italia	114	0,4903	0,0946	64	0,5635	0,1246		
Regno Unito	660	0,4579	0,0390	468	0,4993	0,0464		
Danimarca	221	0,5247	0,0678	153	0,5971	0,0797		
Finlandia	201	0,5729	0,0706	149	0,5927	0,0809		
Usa	805	0,5437	0,0358	578	0,6415	0,0406		

(a) Due volte l'errore standard.

Fonte: Si veda il riferimento al termine del capitolo

La mortalità sembra seguire un trend decrescente passando, nella classe 15-39 anni, da 1,25 ad 1,11 decessi ogni 100.000 uomini e da 0,85 a 0,75 ogni 100.000 donne. I livelli di mortalità italiani sono inoltre più bassi di quelli europei e statunitensi.

In termini di sopravvivenza invece l'Italia non presenta un analogo vantaggio: il 49% relativo al sesso maschile e il 56% relativo al sesso femminile sono più alti solo dei rispettivi valori del Regno Unito.

5.9. Tumori maligni della tiroide

Epidemiologia

I tumori della tiroide sono tra le neoplasie che si sono presentate con maggior frequenza in termini di nuovi casi nelle giovani donne assieme, come già indicato, al tumore del seno ed ai tumori del collo dell'utero; i tassi di incidenza nel 1995 sono pari a 3,13 casi per 100.000 donne tra i 15 ed i

39 anni (tabella 22). Dal confronto tra sessi emerge come le stime di incidenza siano nelle donne quasi tre volte più elevate che non negli uomini.

Tabella 22 – Misure epidemiologiche per i tumori della tiroide: confronti temporali e geografici

ANNI PAESI	MASCHI				FEMMINE			
	Casi		Tassi standardizzati per 100.000		Casi		Tassi standardizzati per 100.000	
	15-39	40+	15-39	40+	15-39	40+	15-39	40+
INCIDENZA								
1995								
Italia	146	505	1,25	4,00	366	1.324	3,13	8,30
Europa	870	2.487	1,14	3,13	1.832	6.586	2,46	6,58
USA	1.004	2.948	1,79	6,15	5.184	6.802	9,65	12,53
MORTALITA'								
1992								
Italia	4	218	0,03	1,45	6	402	0,05	1,80
USA	8	386	0,01	0,76	15	701	0,03	0,87
1995								
Italia	9	193	0,07	1,27	5	384	0,04	1,69
Europa	22	1.036	0,03	1,09	22	2.092	0,03	1,38
USA	10	441	0,02	0,80	15	656	0,03	0,77
MORBOSITA'								
1998								
Italia	527	1.642	4,98	12,56	1.541	3.949	15,03	25,77
	Casi		Sopravvivenza relativa	2 ES (a)	Casi		Sopravvivenza relativa	2 ES (a)
SOPRAVVIVENZA								
Diagnosticati nel 1985-89								
Italia	66		0,9608	0,0516	219		0,9847	0,0183
Regno Unito	121		0,9468	0,0427	361		0,9779	0,0166
Danimarca	24		0,9235	0,1137	81		0,9668	0,0421
Finlandia	59		0,9776	0,0477	299		0,9836	0,0163
Usa	445		0,9851	0,0154	1.711		0,9949	0,0047

(a) Due volte l'errore standard.

Fonte. Si veda il riferimento al termine del capitolo

Nei confronti internazionali la situazione italiana appare per entrambi i sessi peggiore di quella europea ma considerevolmente migliore di quella statunitense, in particolare per le donne: il tasso di incidenza degli USA raggiunge i 9,65 casi per 100.000 donne di 15-39 anni e 12,53 dopo i 40 anni contro rispettivamente i 3,13 e 8,30 dell'Italia.

La letalità di questo tipo di tumore nei giovani adulti è praticamente nulla. Nel 1995 si sono registrati solo 9 decessi maschili e 5 femminili. Anche nel resto d'Europa e negli USA i livelli di mortalità sono molto contenuti e assumono valori significativi solo dopo i 40 anni.

La scarsa letalità della malattia viene confermata anche dalle misure di sopravvivenza, superiori al 90% in tutti i paesi considerati. L'Italia con una percentuale del 96% negli uomini e del 98% nelle donne si colloca in una posizione intermedia rispetto agli altri paesi.

5.10. Linfomi di Hodgkin

Eziologia

Solo una piccola parte dei linfomi di Hodgkin può essere attribuita ad alcune cause specifiche, in generale di origine genetica. Per esempio si stima un rischio 99 volte più elevato per un gemello monozigote nel caso in cui l'altro sia affetto da linfoma di Hodgkin.

Si ritiene che le cause del linfoma di Hogkin in giovane età (25-30 anni) siano distinte da quelle che interessano le età più avanzate (60-70 anni).

Nel caso dei più giovani infatti sembrerebbero alcuni agenti infettivi a scatenare la neoplasia, in conseguenza di un deficit immunitario generatosi già nella prima infanzia. Nel caso delle classi più anziane si tende invece ad associare l'insorgenza della neoplasia con l'esposizione a solventi, polvere di legno e sostanze chimiche utilizzate in agricoltura.

Epidemiologia

I linfomi di Hodgkin in generale sono meno frequenti e hanno un minor grado di letalità rispetto ai linfomi non-Hodgkin. Tuttavia essi assumono un rilievo particolare nella classe di età 15-39 anni rispetto alle età successive. Questo risultato è in linea con quanto emerso negli Stati Uniti dove, nel corso di 40 anni, l'incidenza è raddoppiata in corrispondenza dei 25-30 anni mentre è diminuita del 20-30% nella classe di età 60-70 anni.

Nel 1995 le misure di incidenza e mortalità italiane sono più elevate di quelle medie europee (tabella 23). Rispetto agli Stati Uniti, l'Italia presenta invece tassi di incidenza significativamente più bassi: negli uomini ammontano a 3,01 per 100.000 italiani contro 4,43 per 100.000 americani e nelle donne i valori sono rispettivamente pari a 2,85 e 4,11. Lo stesso non si può dire per la mortalità che, nel 1992 era più bassa in Italia rispetto agli USA, mentre nel 1995 presenta una situazione opposta, a causa di un aumento dei livelli negli italiani.

Per quanto riguarda la morbosità si può notare un eccesso nella proporzione di ricoveri che si registra tra gli uomini nel 1998 rispetto alle donne, soprattutto dopo i 40 anni.

La sopravvivenza è elevata in ambedue i sessi con differenze favorevoli per le donne sia in Europa che negli Stati Uniti. Tuttavia mentre per il sesso maschile l'Italia ha una sopravvivenza dell'83% circa, in linea con la Danimarca, il Regno Unito e gli Stati Uniti, per le donne i livelli sono i più bassi in assoluto (85%).

5.11. Linfomi non-Hodgkin

Epidemiologia

Per i linfomi non-Hodgkin i maschi in generale presentano tassi di incidenza più elevati rispetto alle femmine, con valori superiori di almeno il 25%. L'incidenza stimata per l'Italia nella classe d'età 15-39 anni mostrano, rispetto al resto dell'Europa e degli Stati Uniti, una situazione intermedia per gli uomini e di svantaggio per le donne (tabella 24). Nei primi il tasso ammonta a 4,83 nuovi casi ogni 100.000 maschi, contro valori pari a 3,72 per l'Europa e 7,72 per gli USA; nelle seconde il tasso è pari 3 nuovi casi ogni 100.000 donne contro 2 e 2,76 rispettivamente per Europa e Stati Uniti.

La mortalità nella classe 15-39 anni risulta in diminuzione per gli uomini e in aumento per le donne. Le differenze tra i sessi, come per l'incidenza, sono a svantaggio del sesso maschile. Nel 1995 si registrano 1,27 decessi ogni 100.000 uomini e 0,88 ogni 100.000 donne. I livelli per queste ultime sono più elevati rispetto all'Europa e agli USA.

Tabella 23 – Misure epidemiologiche per i Linfomi di Hodgkin: confronti temporali e geografici

ANNI PAESI	MASCHI				FEMMINE			
	Casi		Tassi standardizzati per 100.000		Casi		Tassi standardizzati per 100.000	
	15-39	40+	15-39	40+	15-39	40+	15-39	40+
INCIDENZA								
1995								
Italia	328	469	3,01	3,59	299	381	2,85	2,32
Europa	1.825	2.470	2,61	3,05	1.651	1.918	2,52	1,88
USA	2.235	1.818	4,43	3,64	1.983	1.163	4,11	1,97
MORTALITA'								
1992								
Italia	49	265	0,43	1,89	39	169	0,35	0,87
USA	312	632	0,56	1,27	226	456	0,44	0,67
1995								
Italia	62	199	0,54	1,38	47	160	0,43	0,83
Europa	285	1.151	0,38	1,28	209	956	0,28	0,75
USA	269	529	0,51	0,99	148	483	0,29	0,66
MORBOSITA'								
1998								
Italia	1.326	9.969	12,54	76,22	1.116	9.184	10,88	59,94
	Casi	Sopravvivenza relativa	2 ES (a)	Casi	Sopravvivenza relativa	2 ES (a)		
SOPRAVVIVENZA								
Diagnosticati nel 1985-89								
Italia	159	0,8294	0,0608	176	0,8533	0,0540		
Regno Unito	905	0,8477	0,0242	767	0,8622	0,0251		
Danimarca	175	0,8175	0,0596	106	0,8707	0,0660		
Finlandia	127	0,8743	0,0613	111	0,9217	0,0520		
Usa	1.066	0,8444	0,0232	973	0,9142	0,0185		

(a) Due volte l'errore standard.

Fonte: Si veda il riferimento al termine del capitolo

La morbosità ospedaliera dei giovani adulti è quasi doppia per questo tipo di linfomi rispetto ai linfomi di Hodgkin.

I valori della sopravvivenza maschile, pari al 55%, sono allineati a quelli della Danimarca, notevolmente più alti di quelli statunitensi (43%), ma più bassi del Regno Unito (65%) e della Finlandia (67%). Tra le donne è invece l'Italia, come per i linfomi di Hodgkin, ad avere la più bassa sopravvivenza con il 58% contro un massimo del 74% in Finlandia.

5.12. Leucemie

Eziologia

Le leucemie si caratterizzano nella loro diversità per l'origine da cellule emopoietiche ben distinte. Tuttavia spesso l'accuratezza del rilevamento nelle statistiche di mortalità e nella stessa fase certificatoria è tale da non consentire una loro trattazione separata.

Tabella 24 – Misure epidemiologiche per i Linfomi non-Hodgkin: confronti temporali e geografici

ANNI PAESI	MASCHI				FEMMINE					
	Casi		Tassi standardizzati per 100.000		Casi		Tassi standardizzati per 100.000			
	15-39	40+	15-39	40+	15-39	40+	15-39	40+		
INCIDENZA										
1995										
Italia	554	4.601	4,83	31,87	342	3.756	3,00	19,59		
Europa	2.787	22.724	3,72	25,71	1.470	19.755	2,00	16,44		
USA	4.564	22.464	7,72	42,88	1.553	19.124	2,76	27,57		
MORTALITA'										
1992										
Italia	148	1.806	1,31	12,30	91	1.633	0,83	7,87		
USA	878	9.610	1,54	17,81	359	9.255	0,64	11,70		
1995										
Italia	138	1.934	1,27	12,33	102	1.924	0,88	8,42		
Europa	675	11.709	0,88	12,39	351	10.982	0,47	7,91		
USA	850	10.788	1,45	18,86	334	10.476	0,57	12,50		
MORBOSITA'										
1998										
Italia	2.181	10.827	20,63	82,79	2.023	10.025	19,73	65,43		
SOPRAVVIVENZA										
Diagnosticati nel 1985-89										
Italia	140	Sopravvivenza relativa		0,5489	0,0854	95	Sopravvivenza relativa		0,5808	0,1016
Regno Unito	705			0,6528	0,0361	412			0,6500	0,0473
Danimarca	178			0,5441	0,0754	87			0,6929	0,0997
Finlandia	135			0,6743	0,0821	98			0,7378	0,0896
Usa	1.270			0,4291	0,0283	528			0,6873	0,0411

(a) Due volte l'errore standard.

Fonte: Si veda il riferimento al termine del capitolo

La frazione eziologica dovuta ai fattori noti è bassa, in quanto solo una piccola parte della popolazione ne è esposta.

Le leucemie linfatiche acute hanno comunque un ruolo molto rilevante sul totale delle leucemie, specie nel caso dell'incidenza, dove buona parte dei nuovi casi sono costituiti da tale patologia.

Epidemiologia

La consistenza dell'incidenza nella classe 15-39 anni emerge soprattutto nel sesso maschile con 3,17 nuovi casi per 100.000 uomini contro 2,22 nelle donne (tabella 25). La situazione italiana si pone ancora una volta in una posizione intermedia rispetto agli altri paesi, con valori più alti del resto dell'Europa e più bassi degli Usa.

La mortalità presenta una tendenza temporale in diminuzione, soprattutto nei maschi giovani adulti. La riduzione dei tassi di mortalità nei più giovani è coerente con il successo terapeutico che negli ultimi anni ha caratterizzato tali età, ma che tuttavia ha coinvolto soprattutto i casi insorti in età infantile. La lieve diminuzione presente anche tra chi ha più di 40 anni concorda invece con il miglioramento della sensibilità diagnostica generato da un aumento della popolazione anziana.

Tabella 25 – Misure epidemiologiche per le leucemie: confronti temporali e geografici

ANNI PAESI	MASCHI				FEMMINE			
	Casi		Tassi standardizzati per 100.000		Casi		Tassi standardizzati per 100.000	
	15-39	40+	15-39	40+	15-39	40+	15-39	40+
INCIDENZA								
1995								
Italia	341	3.121	3,17	19,56	233	2.532	2,22	12,13
Europa	1.714	16.980	2,49	17,85	1.122	14.003	1,64	10,65
USA	1.677	13.568	3,18	24,98	1.296	10.579	2,58	14,47
MORTALITA'								
1992								
Italia	168	2.323	1,53	14,74	115	1.955	1,06	8,81
USA	902	9.332	1,74	16,66	642	7.764	1,24	9,72
1995								
Italia	141	2.309	1,30	14,02	109	2.026	0,99	8,79
Europa	1.108	13.769	1,60	13,84	764	12.169	1,11	8,44
USA	807	10.081	1,57	16,80	572	8.113	1,12	9,54
MORBOSITA'								
1998								
Italia	1.625	7.705	15,37	58,91	1.370	6.312	13,36	41,19
	Casi	Sopravvivenza relativa	2 ES (a)	Casi	Sopravvivenza relativa	2 ES (a)		
SOPRAVVIVENZA								
Diagnosticati nel 1985-89								
Italia	126	0,3225	0,0840	81	0,3140	0,1040		
Regno Unito	524	0,3228	0,0410	351	0,4080	0,0526		
Danimarca	120	0,3527	0,0878	95	0,3804	0,0999		
Finlandia	127	0,3651	0,0863	79	0,3936	0,1102		
Usa	654	0,3960	0,0389	487	0,3590	0,0439		

(a) Due volte l'errore standard.

Fonte: Si veda il riferimento al termine del capitolo

Nel caso della morbosità ospedaliera, le leucemie linfatiche acute costituiscono una parte praticamente irrilevante del complesso delle leucemie (un massimo del 7% tra le donne oltre i 40 anni), per le quali si rileva un ricorso al ricovero pari a circa 14 casi ogni 100.000 persone (leggermente più elevato tra gli uomini che non tra le donne).

Infine la sopravvivenza in Italia sembrerebbe essere comparabile a quella del Regno Unito tra i maschi (32% circa), ma più bassa di tutte le altre tra le donne (31% contro il 41% del Regno Unito).

Riferimenti alle fonti delle tabelle presenti nel capitolo quinto:

- Incidenza: [Italia](#) ISS (Registri Tumori Italiani progetto Eurocim) – [Europa](#) IARC (Progetto EUCAN) – [STATI UNITI](#) NCI (Progetto SeerStat)
- Mortalità: [Italia](#) ISTAT – [Europa](#) IARC (Progetto EUCAN) – [STATI UNITI](#) OMS
- Morbosità: [Italia](#) ISTAT (Elaborazioni su dati del Ministero della salute)
- Sopravvivenza: [Italia](#) ISS (Progetto EURO CARE) – [Europa](#) ISS (Progetto EURO CARE) - [STATI UNITI](#) NCI (Progetto SeerStat)

6. Problemi emergenti e prospettive di analisi

I risultati presentati in questo volume hanno consentito di delineare un quadro informativo di riferimento per l'analisi dei tumori nei giovani adulti. Per la prima volta in Italia si è effettuato uno studio comparato delle diverse misure epidemiologiche, quali l'incidenza, la prevalenza, la sopravvivenza, la mortalità e la morbosità ospedaliera per questo gruppo di popolazione, generalmente poco studiato in letteratura.

Molta attenzione è stata prestata finora ai problemi dell'AIDS e degli incidenti stradali nei giovani, in particolare nel sesso maschile. Tuttavia il numero di individui di 15-39 anni colpiti ogni anno da tumore è significativamente più elevato dei casi di AIDS (circa 11.000 contro 6.055 nel 1995). Nondimeno in questa fascia di età le neoplasie rappresentano la principale causa di morte nelle donne (quasi il 32% dei decessi totali delle giovani) e la seconda causa dopo gli incidenti stradali negli uomini (11,5% rispetto al 27,3% degli incidenti).

Entrando nel dettaglio delle singole sedi e tipologie di tumore, affiorano alcuni aspetti rilevanti che necessitano di maggiore sorveglianza. Vi sono forme neoplastiche che risultano essere caratteristiche dei giovani-adulti. È il caso dei tumori del testicolo negli uomini e dei linfomi di Hodgkin in entrambi i sessi, che si presentano con maggior frequenza negli individui di 15-39 anni rispetto a coloro che hanno superato i 40 anni di età.

Vi sono tumori che, pur manifestandosi più frequentemente in età avanzata, colpiscono in maniera significativa anche i più giovani. È il caso dei tumori della mammella nelle donne di 15-39 anni che costituiscono la principale causa di morte e la tipologia neoplastica a più elevata incidenza in questa fascia di età.

I confronti internazionali e l'analisi temporale del fenomeno hanno posto in evidenza alcune situazioni che meriterebbero di essere approfondite, perché delineano uno svantaggio dei giovani adulti italiani rispetto a quelli del resto dell'Europa o degli Stati Uniti.

L'Italia sembrerebbe infatti avere la possibilità di significativi margini di miglioramento per i melanomi della pelle negli uomini, per il tumore dell'ovaio nelle donne e per le leucemie in entrambi i sessi. La sopravvivenza alla diagnosi di queste neoplasie a cinque anni di distanza per un italiano di 15-39 anni è infatti più bassa di quella registrata per i coetanei degli altri paesi europei e degli USA. Questo suggerisce che è possibile investire in direzione di una maggiore prevenzione, di diagnosi più precoci e di terapie più efficaci per migliorare le prospettive di sopravvivenza e il quadro epidemiologico di molti giovani.

Il lavoro sin qui condotto ha consentito di descrivere le principali caratteristiche dei tumori nei giovani adulti manifestatesi nella prima metà degli anni '90. Pertanto, da un lato, manca la possibilità di confermare le tendenze osservate nel breve periodo con trend temporali di lungo periodo; dall'altro non è stato possibile delineare un quadro riferito agli anni più recenti. Tuttavia è intenzione degli autori dello studio di proseguire nello sforzo di seguire e valutare più a fondo i tumori negli individui di 15-39 anni, sia per quel che riguarda l'incidenza sia per quanto concerne il rapporto tra quest'ultima e le altre misure epidemiologiche. Importante sarà in tal senso la collaborazione con i registri tumori italiani, che potranno presto fornire i dati a loro disposizione riferiti alla seconda metà degli anni '90.

Per dare un'idea dell'importanza di disporre di misure recenti e di trend prolungati nel tempo si considerino alcuni risultati riferiti agli Stati Uniti, rappresentativi di scenari il cui persistere non si rende auspicabile (Bleyer W.A. e altri, 2001). Dal 1975 al 1995 negli USA l'incidenza dei casi di tumore nei pazienti tra i 15 ed i 35 anni d'età è cresciuta ad un tasso più elevato di quanto non abbia fatto nelle altre fasce di età, la mortalità è diminuita più lentamente di quanto sia accaduto tra i soggetti al di sotto dei 15 anni o al di sopra dei 35 anni, e il miglioramento nella sopravvivenza a cinque anni dalla diagnosi è stato peggiore rispetto a quanto successo per i soggetti più giovani.

Nonostante siano state sottolineate tali evidenze, soltanto il 5% circa dei pazienti con età compresa tra i 15 ed i 25 anni è entrato a far parte dei *trials* clinici contro il 60-65% dei pazienti più giovani.

A ciò si aggiunga il problema della classificazione: è stata infatti osservata una migliore applicabilità dei sistemi di classificazione utilizzati per i tumori infantili⁷ ai casi registrati tra gli adolescenti e tra i giovani adulti, di quanto non lo sia il sistema della ICD-9 attualmente usato. Tuttavia nella fascia d'età oggetto di questo studio si presentano sia patologie tipiche di chi è più giovane sia di chi invece ha più di 35-40 anni: in tal modo né l'istologia né la morfologia forniscono una base completa ed accurata sulla quale classificare i tumori degli adolescenti e dei giovani adulti.

Un aspetto non secondario nello studio dei tumori nei giovani-adulti riguarda il problema della qualità della vita durante e dopo le terapie. Nei giovani pazienti la tossicità di alcuni trattamenti di cura si esplicita frequentemente in vomito, nausea, problemi di sovra o sottopeso, alopecia ed emorragie con cadenza quasi cronica. Tali situazioni hanno spesso ripercussioni a livello psicologico: sempre dai dati statunitensi è emerso che, tra 41 adolescenti che avevano completato il trattamento tra i 2 e gli 8 anni di età e che sono stati osservati a 17 anni, le funzioni fisiologiche globali erano carenti nel 27% dei casi, mentre più di un quarto rivelava condizioni di ipocondria, depressione o insoddisfazione per il proprio aspetto fisico in conseguenza dei trattamenti. Dopo le terapie sono da valutare le conseguenze ed i possibili interventi riguardo alla sessualità e fertilità, obesità e altro, per i nuovi equilibri psico-fisici, per il reinserimento nella famiglia e nella società. Questi sono obiettivi ampiamente perseguibili e giustificati dall'alto numero di sopravvissuti tra i malati in queste fasce di età che hanno davanti a loro un percorso da seguire e degli obiettivi da raggiungere anche nell'interesse della società.

⁷ Ci si riferisce alla classificazione internazionale dei tumori infantili (Kramarova E., Stiller C. A., 1996) che considera, oltre all'organo colpito da tumore (sede), anche il tipo di cellule ovvero la morfologia.

Riferimenti Bibliografici

Berrino F., Capocaccia R., Estève, Gatta G., Hakulinen T., Micheli A., Sant M., Verdecchia A., *"Survival of Cancer Patients in Europe: the EUROCARE-2 Study"*, Lione, 1999.

Bleyer W.A., *"Adolescents and Young Adults With Cancer: A Neglected Population"*, relazione tenutasi all'Asco, American Society of Clinical Oncology, S.Francisco, maggio 2001.

EUROSTAT, *"Key data on health 2000"*, Lussemburgo, 2000.

Kramarova E., Stiller C. A., *"International Classification of Childhood Cancer"*, International Journal of Cancer, n. 68, pagg. 759-765, 1996.

ISTAT, *"Cause di morte"*, Annuari, Roma, ISTAT, vari anni.

ISTAT, *"Classificazione delle Malattie, Traumatismi e Cause di Morte, IX Revisione, 1975"*, Metodi e norme, serie C, n.10, ISTAT, 1984.

ISTAT, *"Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anno 1994"*, Indagine Multiscopo sulle famiglie, Informazioni n.54, Roma, ISTAT, 1997.

ISTAT, *"Fumo e non fumatori. Aspetti della vita quotidiana 1999"*, Statistica in breve del 3/04/2001, Roma.

ISTAT, Istituto Superiore di Sanità, *"La mortalità in Italia nel periodo 1970-1992: evoluzione e geografia"*, ISTAT, 1999.

ISTAT, *"Stili di vita e condizioni di salute. Anno 1998"*, Informazioni n. 34, Roma, 1999.

Ministero della Sanità, *"Relazione sullo stato sanitario del paese: anno 2000"*, Roma, 2001.

Micheli A., Francisci S., Krogh V., Giorgi Rossi A., Crosignani P. and ITAPREVAL working group, *"Cancer prevalence in Italian cancer registry areas: the itapreval study"*, in Tumori, 85: 309-369, 1999.

SEER 1973-97, Public Use CD-ROM, U.S. Department of Health and Human Services, PHS/NIH/NCI/NCI/CSB, Agosto 1999.

Verdecchia A., De Angelis R., Capocaccia R., Sant G., Micheli A., Gatta G, Berrino F., *"The cure of Colon Cancer: Results from the Eurocare Study"*, Int J. Cancer: 77, 322-329, 1998.

WHO, *"Health for all statistical database"*, Epidemiology, Statistics and Health Information Unit, WHO Regional Office for Europe, Ginevra, 2000. (software disponibile nel sito www.who-europe.dk).

Zanetti R., Crosignani P., Rosso S., Viganò C., a cura di, *"Il cancro in Italia - I dati di incidenza dei Registri Tumori - Volume Secondo:1988-1992"*, edizioni Il Pensiero Scientifico, 1997.

Zappone A., *"Mortalità per tumore in Europa. Banca dati del reparto indicatori per la sorveglianza sanitaria"*, Rapporto ISTISAN, Istituto Superiore di Sanità, Novembre 2000.

I tumori negli adolescenti e nei giovani adulti.

Lo studio dei tumori negli adolescenti e nei giovani adulti di 15-39 anni è stato finora generalmente trascurato. E' questa infatti la fascia di età in cui la salute è dominante e per quanto riguarda i problemi di salute si tende a porre l'accento solo sugli aspetti maggiormente legati al disagio giovanile, quali l'AIDS e gli incidenti stradali.

In assenza di un quadro di riferimento organico per lo studio dei tumori giovanili, l'ISTAT, l'Istituto Superiore di Sanità e l'ALTEG (Associazione per la Lotta ai Tumori nelle Età Giovanili) hanno avviato un progetto di ricerca congiunto con l'obiettivo generale di colmare una lacuna informativa su un tema di così grande rilevanza sociale.

Il lavoro presentato in questo volume costituisce un primo sforzo di ricostruire un quadro epidemiologico, scientificamente documentato, relativamente ai principali tumori che insorgono negli adolescenti e nei giovani adulti. Principale obiettivo è quello di costituire un raccordo tra le differenti misure epidemiologiche (morbosità, mortalità, incidenza, prevalenza e sopravvivenza) relative al cancro in Italia, in Europa e negli Stati Uniti nella prima metà degli anni '90 per le classi di età relative alla tarda adolescenza ed ai giovani adulti (15-39 anni).