

**ISTITUTO SUPERIORE
DI SANITA'**

ALTEG

**ISTITUTO NAZIONALE
DI STATISTICA**

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)

Alessandra Burgio (ISTAT)

Riccardo Capocaccia (Istituto Superiore di Sanità)

Roberta Crialesi (ISTAT)

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. (06) 8841641

Indice

Premessa

I tumori nei giovani: un problema trascurato

1. Le fonti disponibili

2. Metodi di misurazione

2.1. Tassi e proporzioni

2.2. La sopravvivenza dei malati

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

4. La gravità dei tumori secondo diversi approcci di misurazione

4.1. Quali tumori?

4.2. Incidenza

4.3. Mortalità

4.4. Sopravvivenza

4.5. Prevalenza

4.6. Morbosità ospedaliera

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

5.1. Tumori maligni del colon-retto

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

5.3. Melanomi della pelle

5.4. Tumori maligni della mammella nelle donne

5.5. Tumori maligni del collo dell'utero

5.6. Tumori maligni delle ovaie

5.7. Tumori maligni del testicolo

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

5.9. Tumori maligni della tiroide

5.10. Linfomi di Hodgkin

5.11. Linfomi non-Hodgkin

5.12. Leucemie

6. Problemi emergenti e prospettive di analisi

Riferimenti bibliografici

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.

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.

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.

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, iniziano 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 Europea 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

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 3) 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. 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:

² Raccolte dal Ministero della Sanità ed elaborate dall'ISTAT

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

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, purché la distanza temporale tra il momento della diagnosi e quello di riferimento non superi i cinque anni. Dopo cinque anni il soggetto si considera guarito e quindi non rientra più nella categoria di "caso prevalente".

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:

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

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:

$$m_{[x,x+k)\delta i} \frac{P_{[x,x+k)s}}{\int_{x=\alpha}^{\beta} P_{[x,x+k)s}}$$

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 - Anno 1995

Ogni anno in Italia circa 11.000 giovani adulti (50 ogni 100.000 persone della stessa età) si ammalano di tumore e circa 2.800 (13 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 1.200 circa sono stati i decessi. I valori corrispondenti per le donne sono pari a 6.100 e a 1.400 (tabella 3).

Tabella 3 – Incidenza e mortalità dei tumori in Italia, Europa e Stati Uniti per sesso e classi di età - Anno 1995 (valori assoluti e tassi standardizzati per 100.00)

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

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)

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.

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).

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.

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.

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

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 i periodi 1990, 1995 e 1996 fornendo la possibilità di valutare uno scorcio di *trends* temporali tra il 1990 al 1996.

Tabella 6 - Tassi di incidenza standardizzati per tipo di tumore – Maschi – Anni 1990, 1995, 1996

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 sembrerebbe evidenziare un aumento dell'incidenza in questa fascia di età, coerentemente con quanto osservato per tutte le età secondo i dati del registro tumori di Varese (tabella 7).

Tabella 7 - Tassi di incidenza standardizzati per tipo di tumore – Femmine – Anni 1990, 1995, 1996

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 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 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.

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 1,80 ogni 100.000 persone (tabella 8). Seguono i tumori dell'encefalo e del sistema nervoso centrale, con un tasso pari a 1,12, e i linfomi di tipo non-

Hodgkin, 1,01. La mortalità mostra un trend lievemente decrescente rispetto al 1992 per tutte le tipologie.

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

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 9,63 decessi ogni 100.000 donne nel 1992 a 9,56 nel 1995. Questo è dovuto a un aumento dei livelli in corrispondenza dei tumori della mammella e ancora di più per quelli del collo dell'utero e dell'ovaio. Anche per il colon-retto e il polmone, contrariamente a quanto avviene negli uomini, non si registra una diminuzione della mortalità.

Il tumore del seno si propone come sede a maggior letalità con un tasso medio di 3,06 casi per 100.000 donne nel 1995, rappresentando il 25% circa di tutti i decessi per tumore delle giovani adulte.

Si mantiene anche per le donne la tendenza al decremento delle leucemie con una riduzione del 5% nel periodo considerato.

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.

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) - Femmine

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) - Maschi

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.

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

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.

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%. Le donne presentano una prognosi 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 (numero di casi stimati e tassi grezzi per 100.000).

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 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 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 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).

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).

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).

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 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.

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.

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

Negli anni recenti in Italia sembra di scorgere, più chiaramente negli uomini che nelle donne, la fine dell'aumento di mortalità tipico dei paesi sviluppati e l'inizio della diminuzione dei tassi standardizzati. Tra il 1992 e il 1995 nella classe di età 15-39 anni la mortalità risulta tendenzialmente in diminuzione negli uomini e stazionaria nelle donne. Nei primi il tasso standardizzato passa da 0,62 decessi per 100.000 uomini a 0,54, mentre nelle seconde rimane fermo a 0,78 (tabella 14). Quindi i livelli di mortalità in Italia, rispetto all'Europa e agli Stati Uniti, sono più bassi per gli uomini e più alti per le donne. Sarebbe 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, seppure inferiori a quelli italiani sono ancora in crescita al 1995.

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

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). Mentre nel caso della mortalità la situazione si modifica a sfavore dell'ambito europeo ma non di quello statunitense: nel 1995 il tasso standardizzato è infatti pari a 0,95 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

Si consideri inoltre che nella popolazione italiana tra i 15 ed i 39 anni la mortalità è lievemente decrescente o stabile (per le donne), mentre più evidente è il calo dopo i 40 anni.

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 intermedia nei confronti internazionali per quanto riguarda gli uomini e di netto svantaggio per le 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, ha subito un'ulteriore diminuzione e risulta in linea con i valori registrati in Europa e negli USA.

Nel periodo di osservazione i tassi di mortalità mostrano trend decrescenti in tutte le classi di età (tabella 16). Nei giovani le diminuzioni appaiono più marcate nelle donne che negli uomini.

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

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 (12,67 casi contro i 4,26 di tutta l'Europa).

Se le donne presentano tassi di mortalità inferiori 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.

D'altro canto però 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).

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

La mortalità mostra un trend crescente: i tassi variano da 2,83 decessi ogni 100.000 donne giovani nel 1992 a 3,06 nel 1995. La crescita del trend di mortalità è comunque molto lieve e sembra essere accompagnata anche da una crescita dei tassi di incidenza, come risulta dal registro tumori della provincia di Varese.

Sia gli indicatori di incidenza che di mortalità per il 1995 nella classe di età 15-39 anni risultano più elevati della media europea.

La sopravvivenza tra le donne italiane è nella media dei paesi osservati, mentre è il Regno Unito ad avere la sopravvivenza più bassa.

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.

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.

Tuttavia nel corso degli anni '90 il quadro della mortalità mostra un'inversione di trend: tra il 1992 e il 1995 i tassi fanno registrare un sensibile aumento in entrambe le classi di età (15-39, 40+). I valori riferiti alla popolazione, seppure nel 1992 siano piuttosto contenuti (0,23 decessi per 100.000 donne di 15-39 anni e 2,34 per 100.000 donne di 40 anni e oltre), tendono a triplicarsi in meno di un quinquennio, portando l'Italia più vicina alla media europea e a quella statunitense. Ciò appare preoccupante, perché in contro tendenza rispetto all'evoluzione positiva registrata fino all'inizio degli anni '90 in Italia e rispetto a quanto rilevato per gli Stati Uniti nel periodo 1992-1995 (tabella 18). Sarebbe importante tenere sotto osservazione questi andamenti con dati più aggiornati perché qualora questa tendenza fosse confermata, ci troveremmo di fronte a una emergenza sanitaria da contrastare con strumenti adeguati.

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

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 sopravvissute 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

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.

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

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 giovani di 15-39 anni il numero di decessi è piuttosto esiguo, passa da 38 a 58, e i tassi corrispondenti sono anch'essi molto contenuti (rispettivamente pari a 0,33 e 0,48 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 particolare 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

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

La mortalità sembra seguire un trend decrescente passando, nella classe 15-39 anni, da 1,26 ad 1,12 decessi ogni 100.000 uomini e da 0,85 a 0,70 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 seno ed ai linfomi; 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

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 4 decessi maschili e 5 femminili e valori analoghi si avevano anche nel 1992. Anche nel resto d'Europa e negli USA i livelli di mortalità sono molto contenuti e assumono valori significativi solo dopo i 40 anni. In queste età il trend è sostanzialmente stabile e i tassi di mortalità italiani sono circa il doppio di quelli degli Stati Uniti.

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 sono meno frequenti, provocano un minor numero di decessi e hanno un minor grado di letalità rispetto ai linfomi non-Hodgkin, in particolare dopo i 40 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 uomini italiani e di una sostanziale stabilità di quelli delle donne italiane.

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

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%. Le condizioni medie dell'incidenza stimate 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.

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

La mortalità nella classe 15-39 anni mostra un trend decrescente e differenze tra i sessi meno marcate rispetto all'incidenza, ma comunque a svantaggio del sesso maschile. Nel 1995 si registrano 1,01 decessi ogni 100.000 uomini e 0,64 ogni 100.000 donne. I livelli per queste ultime sono più elevati rispetto all'Europa e agli USA.

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.

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.

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

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 lieve miglioramento della sensibilità diagnostica generato da un aumento della popolazione anziana.

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).

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.

Si è rilevato come, da un punto di vista meramente quantitativo, il tumore nel complesso non rappresenti una problematica di grandi dimensioni. Il numero di individui colpiti da queste malattie è nettamente inferiore a quello registrato per l'AIDS o gli incidenti.

Tuttavia, entrando nel dettaglio delle singole sedi e tipologie di tumore, emergono alcuni aspetti rilevanti che necessitano di sorveglianza. Da un lato vi sono forme neoplastiche che destano preoccupazione in quanto risultano essere caratteristiche dei giovani-adulti. E' 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. Dall'altro vi sono tumori che, pur manifestandosi più frequentemente in età avanzata, colpiscono in maniera significativa anche i più giovani e rappresentano una quota elevata di tutti i tumori giovanili. E' il caso dei tumori della mammella nelle donne di 15-39 anni che, seppure con una maggiore concentrazione dopo i 30 anni, 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 anche posto in evidenza altre situazioni che meriterebbero un'attenzione particolare e uno studio più approfondito, sia perché delineano uno svantaggio dei giovani-adulti italiani rispetto a quelli del resto dell'Europa o degli Stati Uniti, sia perché mettono in luce trend negativi e soprattutto in contro tendenza rispetto a quanto osservato in passato.

Un esempio riferito a quest'ultimo aspetto è rappresentato dal tumore del collo dell'utero che, dopo aver fatto registrare un'evoluzione positiva in Italia fino agli anni '80, risulta tendenzialmente in crescita nel primo quinquennio degli anni'90, sia in termini di incidenza che di mortalità.

Un quadro piuttosto preoccupante, se confrontato con la situazione degli altri paesi, emerge anche per altri tipi di tumore. L'Italia sembrerebbe 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. 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.

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 EURO CARE-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.