

Tumore del collo dell'utero

1. Nuovi Casi invasivi (Incidenza)

Si stima che nel 2015 vengano diagnosticati in Emilia-Romagna circa 160 nuovi casi di tumore del collo dell'utero, cioè 7,0 casi ogni 100.000 donne residenti, con un tasso standardizzato per età di 5,1 per 100.000 (**Tabella 1**). I tumori del collo dell'utero rappresentano meno dell'1% di tutti i tumori femminili.

Le stime per l'Italia, relative all'anno 2015, indicano un totale di 2.100 nuovi casi.

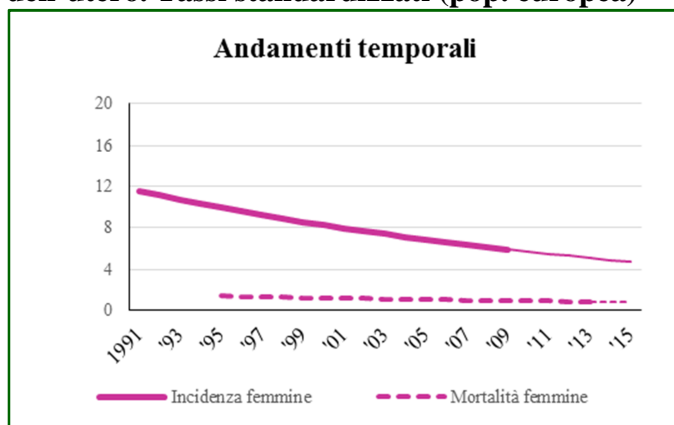
Tabella 1. Tumori maligni della cervice uterina. Emilia-Romagna

femmine	
incidenza (stima 2015)	
casi totali	160
tassi grezzi*	7,0
tassi standardizzati Europa*	5,1
rischio cumulativo 0-84 anni**	6,7
mortalità (anno 2013)	
casi totali	39
tassi grezzi*	1,7
tassi standardizzati Europa*	1,1
rischio cumulativo 0-84 anni**	1,0

* per 100.000; ** per 1.000

L'incidenza del tumore del collo dell'utero è in diminuzione dal 1991 (-3,7% annuo) (**Grafico 1**), in Italia il calo dell'incidenza si attesta attorno al 2,9% annuo.

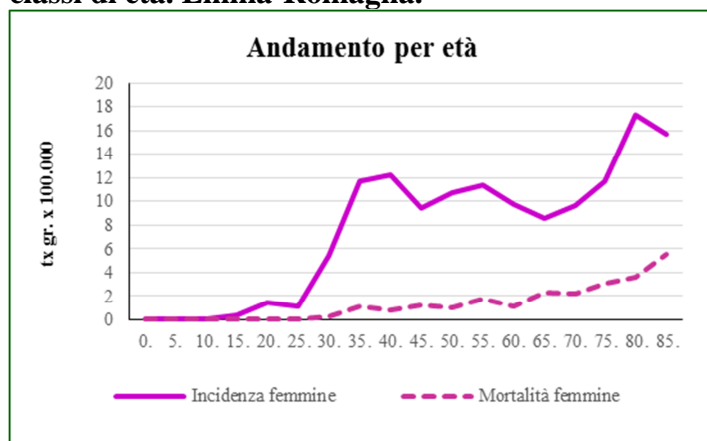
Grafico 1. Trend temporali dei tassi di incidenza e mortalità regionale per il tumore del collo dell'utero. Tassi standardizzati (pop. europea)



Da: "I tumori in Emilia-Romagna 2015" S. Ferretti, E. Di Felice A.C. Finarelli

Il tumore del collo dell'utero, a differenza di molte altre patologie oncologiche, si manifesta anche nelle età più giovanili (**Grafico 2**).

Grafico 2. Tassi di incidenza e di mortalità per tumore del collo dell'utero: andamento per classi di età. Emilia-Romagna.



Da: "I tumori in Emilia-Romagna 2015" S. Ferretti, E. Di Felice A.C. Finarelli

2. Mortalità (anno 2013)

In regione nel 2013 sono morte 6.276 donne per tumore; di queste 74 (1,2%) per tumore del collo dell'utero (39 casi con sede specificata, 35 casi attribuibili al collo dell'utero tra i decessi dovuti a tumore dell'utero non specificato). Il tasso regionale di mortalità per tumore del collo dell'utero risulta di 1,7 ogni 100.000 donne; aggiungendo la stima che deriva dalla quota di decessi per "utero non specificato" diventa del 3,2 (i tassi standardizzati corrispondenti sono 1,1 e 1,8 per 100.000) (**Tabella 1**).

Dal 1995 al 2013 la mortalità è diminuita mediamente del 2,8% l'anno (**Grafico 1**).

Nel 2012 in Italia si sono verificati complessivamente 2.882 decessi per tumore dell'utero (di cui circa 1/3 attribuibili al collo dell'utero).

3. Sopravvivenza

In Emilia-Romagna 72 donne con tumore del collo dell'utero su 100 sono vive dopo 5 anni dalla diagnosi (periodo 2001-2005); l'analogo dato nazionale è di 68 donne (periodo 2002-2004).

La probabilità di sopravvivere altri 5 anni per le donne sopravvissute un anno dalla diagnosi è pari al 78,5% e sale al 93,5% per le donne sopravvissute 5 anni.

3. Prevalenza

Si stima che in Emilia-Romagna, al 1 gennaio 2010, 4.682 donne abbiano avuto una diagnosi di tumore del collo dell'utero nel corso della loro vita, ma di queste, il 74% può considerarsi guarita.

Il tumore del collo dell'utero non è molto frequente. Il principale fattore di rischio è costituito dall'infezione persistente da ceppi del virus HPV ad alto rischio oncogeno.

È possibile prevenire questo tumore intervenendo con grande efficacia sulle forme che lo precedono. La larga diffusione del pap-test, e l'attivazione fin dal 1996 del programma regionale di screening, hanno permesso di osservare una diminuzione della mortalità, ma anche una riduzione di incidenza delle forme invasive. Con l'introduzione del vaccino HPV (dal 2007) e il passaggio allo screening con test HPV (dal 2016), capace di rilevare le infezioni del virus che precedono le lesioni, si attende nei prossimi anni un'ulteriore diminuzione.

Tumore della mammella

1. Nuovi Casi invasivi (Incidenza)

Si stima che nel 2015 le nuove diagnosi di tumore della mammella in Emilia-Romagna siano 4.430, 192,7 casi ogni 100.000 donne residenti (tasso standardizzato per età pari a 126,3). Questi tumori corrispondono al 27% di tutti i tumori femminili (**Tabella 2**).

Le stime per l'Italia, relative all'anno 2015, indicano un totale di 47.900 nuovi casi.

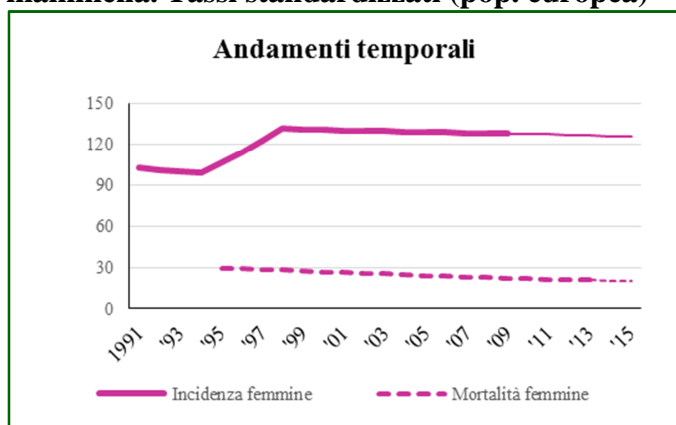
Tabella 2. Tumori maligni della mammella. Emilia-Romagna

femmine	
incidenza (stima 2015)	
casi totali	4.430
tassi grezzi*	192,7
tassi standardizzati Europa*	126,3
rischio cumulativo 0-84 anni**	136,5
mortalità (anno 2013)	
casi totali	920
tassi grezzi*	40,1
tassi standardizzati Europa*	20,5
rischio cumulativo 0-84 anni**	31,4

* per 100.000; ** per 1.000

L'andamento dell'incidenza, dopo l'aumento registrato in concomitanza con l'avvio del programma di screening mammografico (1994-1998), presenta una sostanziale stabilità (**Grafico 3**).

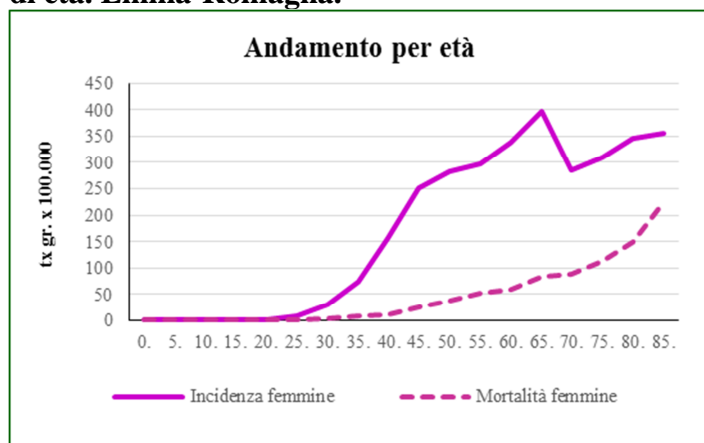
Grafico 3. Trend temporali dei tassi di incidenza e mortalità regionale per il tumore della mammella. Tassi standardizzati (pop. europea)



Da: "I tumori in Emilia-Romagna 2015" S. Ferretti, E. Di Felice A.C. Finarelli

Il 44,2% dei tumori della mammella è compreso nella fascia di età 50-69 anni che corrisponde alla fascia di età coinvolta, sin dal 1996, nel programma di screening, ed estesa, nel 2010, dai 45 ai 74 anni; il 63,6% dei tumori della mammella insorgono in questa fascia di età. L'andamento complessivo per classi di età è riportato nel **Grafico 4**.

Grafico 4. Tassi di incidenza e di mortalità per tumore della mammella: andamento per classi di età. Emilia-Romagna.



Da: "I tumori in Emilia-Romagna 2015" S. Ferretti, E. Di Felice A.C. Finarelli

2. Mortalità (anno 2013)

In regione nel 2013 sono morte 6.276 donne per tumore; di queste 920 (14,7%) per tumore della mammella, corrispondente a 40,1 casi ogni 100.000 donne (e a un tasso standardizzato di 20,5). (**Tabella 3**).

Dal 1995 al 2013 la mortalità è diminuita mediamente del 1,96% l'anno (**Grafico 3**), rispetto ad un calo dell'1% registrato a livello nazionale.

Nel 2012 in Italia si sono verificati complessivamente 12.004 decessi per tumore della mammella.

3. Sopravvivenza

In Emilia-Romagna 89,7 donne con tumore della mammella su 100 sono vive dopo 5 anni dalla diagnosi (periodo 2001-2005); l'analogo dato nazionale è di 86 donne (periodo 2002-2004).

La probabilità di sopravvivere altri 5 anni per le donne sopravvissute un anno dalla diagnosi è pari al 89,8% e sale al 91,7% per le donne sopravvissute 5 anni.

4. Prevalenza

Si stima che al 1 gennaio 2010 in Emilia-Romagna vivessero 53.149 donne con pregressa diagnosi di carcinoma mammario, di queste circa il 16% può considerarsi già guarita.

Utilizzando i dati di tutti i registri tumori italiani, si è potuto stimare intorno ai 15-20 anni il tempo di guarigione (cioè il tempo necessario alle pazienti con tumore mammario per riguadagnare del tutto il livello di rischio di mortalità della popolazione generale)¹ e intorno al 72% la percentuale di donne di età inferiore ai 75 anni destinata a guarire, ovvero a non morire per carcinoma mammario².

Il carcinoma mammario è il tumore femminile più frequente, sia in termini di incidenza, che di mortalità. Il programma di screening mammografico è attivo in Regione da circa 20 anni e coinvolge sia le donne residenti, che le domiciliate (dal 2005), con performance in termini di estensione e adesione tra le più alte d'Italia. A questa strategia appare in gran parte attribuibile la più lunga sopravvivenza, la diagnosi di forme in stadio progressivamente più precoce rispetto alla

¹ AIRTUM Working Group. I tumori in Italia: rapporto 2014. Prevalenza e guarigione da tumore in Italia. *Epidemiol Prev* 2014; 38(suppl.1): 1-144.

² Dal Maso L, Guzzinati S, Buzzoni C, Capocaccia R, AIRTUM WG. Long term survival, prevalence and cure of cancer: a population based estimation for 818902 italian patients and 26 cancer registries. *Ann Oncol* 2014, 25: 2251-2260.

casistica spontanea³, la possibilità di terapie chirurgiche meno invasive⁴ e il calo della mortalità, particolarmente concentrato nelle donne screen-detected⁵. Il tutto con livelli di sovradiagnosi (tumori che non avrebbero dato segno di sé in assenza di screening) del tutto contenuti (dell'ordine dell'8-10%), come documentato dalla letteratura⁶. L'estensione del programma di screening alle fasce 45-49 e 70-74 dovrebbe consentire un maggior controllo di questa patologia oncologica e assicurare percorsi diagnostico-terapeutici qualitativamente alti anche in queste nuove fasce di età.

Fonti

Ferretti S, Di Felice E, Finarelli AC. *I tumori in Emilia-Romagna 2015*. Collana "Contributi" n. 88. Bologna 2015.

AIOM-AIRTUM Working Group. *I Numeri del Cancro in Italia 2015*. Intermedia editore, Brescia 2015

³ Foca F, Mancini S, Bucchi L et Al (IMPACT Working Group). Decreasing incidence of late-stage breast cancer after the introduction of organized mammography screening in Italy. *Cancer* 2013; 119: 2022-2028.

⁴ Zorzi M, Puliti D, Vettorazzi M, IMPACT Working Group. Mastectomy rates are decreasing in the era of service screening: a population-based study in Italy. *Br J Cancer* 2006; 95: 1265-1268.

⁵ Puliti D, Miccinesi G, Collina N, IMPACT Working Group. Effectiveness of service screening: a case-control study to assess breast cancer mortality reduction. *Br J Cancer* 2008; 99: 423-427.

⁶ Paci E, Miccinesi G, Puliti D et Al. Estimate of overdiagnosis of breast cancer due to mammography after adjustment for lead time. A service screening study in Italy. *Breast Cancer Res* 2006; 8: R68.