European Cancer Inequalities Registry

ITALIA

Profili sul cancro per paese

2023

European Commission

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

Serie di profili sul cancro per paese

Il registro europeo delle disuguaglianze di fronte al cancro è un'iniziativa faro del piano europeo di lotta contro il cancro. Il registro fornisce dati solidi e affidabili sulla prevenzione e sulla cura del cancro per individuare le tendenze, nonché le disparità e le disuguaglianze tra Stati membri e regioni. I profili sul cancro per paese identificano i punti di forza, le sfide e le aree d'azione specifiche per ciascuno dei 27 Stati membri dell'UE, l'Islanda e la Norvegia, per orientare gli investimenti e gli interventi a livello europeo, nazionale e regionale nell'ambito del piano europeo di lotta contro il cancro. Il Registro europeo delle disuguaglianze in materia di cancro sostiene anche l'iniziativa faro 1 del del Piano d'azione "Inquinamento zero".

I profili sono realizzati dall'OCSE in collaborazione con la Commissione europea. Il gruppo di lavoro desidera ringraziare gli esperti nazionali, il comitato per la salute dell'OCSE e il gruppo tematico di esperti dell'UE sul registro delle disuguaglianze di fronte al cancro per i preziosi commenti e suggerimenti forniti.

Fonti dei dati e delle informazioni

Le informazioni e i dati contenuti nei profili sul cancro per paese sono tratti principalmente da statistiche nazionali ufficiali fornite a Eurostat e all'OCSE, convalidate per garantire i massimi standard di comparabilità dei dati. Le fonti e i metodi alla base di tali dati sono reperibili nella banca dati di Eurostat e nella banca dati sulla sanità dell'OCSE.

Ulteriori dati provengono inoltre dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), dall'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC), dall'Agenzia Internazionale per l'Energia Atomica (IAEA), dall'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) e da altre fonti nazionali (indipendenti rispetto a interessi privati o commerciali). Salvo diversa indicazione, le medie calcolate per l'Unione Europea sono ponderate per i 27 Stati membri. L'Islanda e la Norvegia sono escluse dalle medie dell'UE. La parità del potere d'acquisto (PPA) è definita come il tasso di conversione valutaria in base al quale il potere d'acquisto di valute diverse risulta equivalente, eliminando le differenze nei livelli di prezzo tra i vari paesi.

Clausola di esclusione della responsabilità: This work is published under the responsibility of the Secretary-General of the OECD. The opinions expressed and arguments employed herein do not necessarily reflect the official views of the Member countries of the OECD. This work was produced with the financial assistance of the European Union. The views expressed herein can in no way be taken to reflect the official opinion of the European Union.
This document, as well as any data and map included herein, are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area.
Note by the Republic of Türkiye: The information in this document with reference to "Cyprus" relates to the southern part of the Island. There is no single authority representing both Turkish and Greek Cypriot people on the Island. Türkiye recognises the Turkish Republic of Northern Cyprus (TRNC). Until a lasting and equitable solution is found within the context of the United Nations, Türkiye shall preserve its position concerning the "Cyprus issue".
Note by all the European Union Member States of the OECD and the European Union: The Republic of Cyprus is recognised by all members of the United Nations with the exception of Türkiye. The information in this document relates to the area under the effective control of the Government of the Republic of Cyprus.

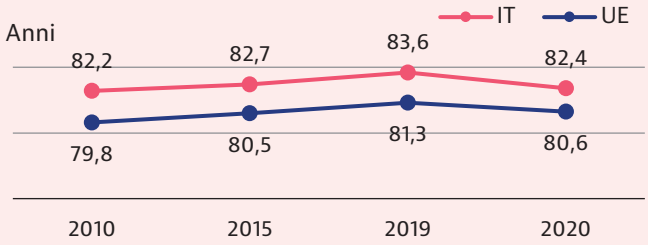
©OECD 2023
The use of this work, whether digital or print, is governed by the Terms and Conditions to be found at https://www.oecd.org/termsandconditions.

Indice

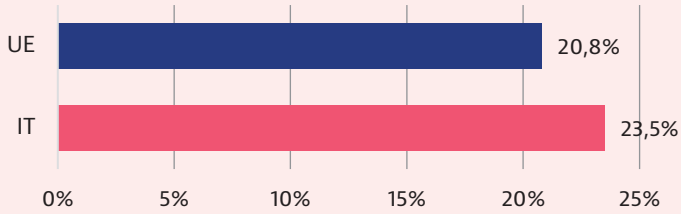
1. PRINCIPALI FATTI E CIFRE 3
2. IL CANCRO IN ITALIA 4
3. FATTORI DI RISCHIO E POLITICHE DI PREVENZIONE 7
4. DIAGNOSI PRECOCE 10
5. L'EFFICACIA DELLE CURE ONCOLOGICHE 13
   5.1 Accessibilità 13
   5.2 Qualità 14
   5.3 Costi e rapporto costi/benefici 16
   5.4 COVID-19 e cancro: rafforzare la resilienza 17
6. APPROFONDIMENTO SULLE DISUGUAGLIANZE 18

Sintesi delle principali caratteristiche del sistema sanitario

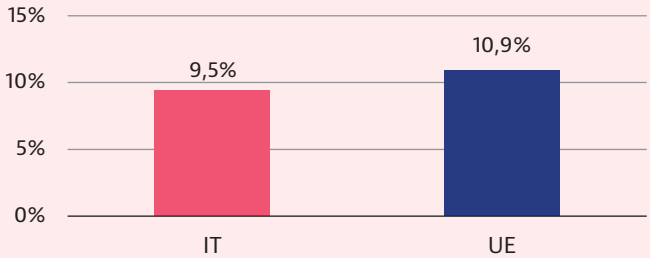
ASPETTATIVA DI VITA ALLA NASCITA (ANNI)



PERCENTUALE DI POPOLAZIONE DI ETÀ UGUALE O SUPERIORE AI 65 ANNI (2021)

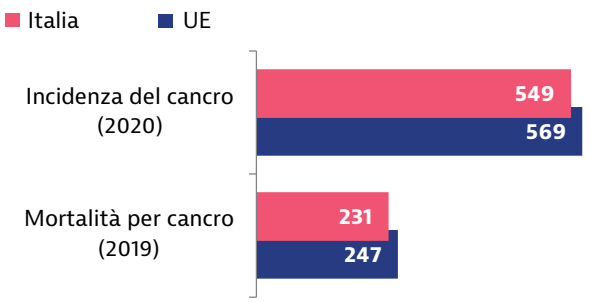


SPESA SANITARIA COME PERCENTUALE DEL PIL (2020)

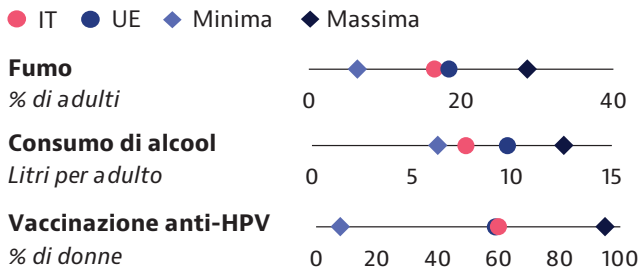


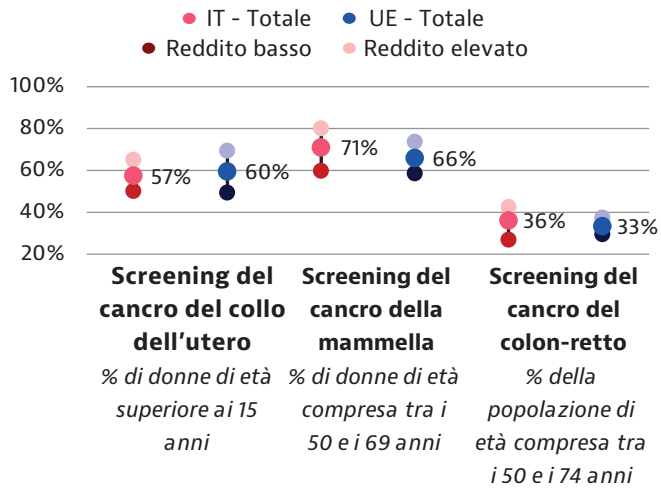
Fonte: Banca dati di Eurostat.

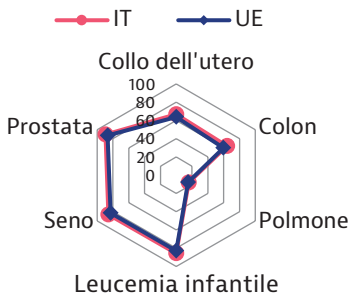
1. Principali fatti e cifre



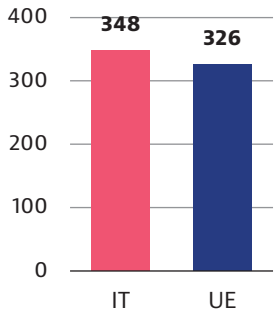
Tasso standardizzato per età per 100 000 abitanti







Tasso di sopravvivenza netta a cinque anni per tipo di tumore, 2010-2014



Costo totale del cancro (EUR pro capite PPA), 2018

Il cancro in Italia

Si stima che nel 2020 il 6 % della popolazione italiana fosse affetto da tumore. L'incidenza e la mortalità per patologia tumorale in Italia sono inferiori rispetto alla media dell'UE; inoltre, si registra un graduale declino della mortalità. Negli uomini si registra un'incidenza del tumore superiore e minori probabilità di guarigione rispetto alle donne, ma anche un più rapido calo del tasso di mortalità.

Fattori di rischio e politiche di prevenzione

L'Italia ottiene buoni risultati rispetto ad alcuni fattori di rischio (come il fumo e il consumo di alcol), ma con significative differenze tra le regioni. Il programma nazionale Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari ha accresciuto la consapevolezza dell'importanza di adottare comportamenti salutari; sono inoltre in programma ulteriori iniziative di riduzione dell'esposizione all'inquinamento.

Diagnosi precoce

I programmi di screening dei tumori della mammella, del collo dell'utero e del colon-retto sono attuati in tutto il territorio nazionale. I tassi di partecipazione sono vicini alle medie dell'UE; si registrano tuttavia notevoli disuguaglianze tra le regioni, nonché in base al reddito e all'istruzione. Sono in fase di sviluppo programmi di screening per il cancro polmonare.

L'efficacia delle cure oncologiche

L'Italia registra risultati relativamente buoni per quanto riguarda gli indicatori di qualità, con tassi di sopravvivenza al cancro leggermente superiori alla media dell'UE. Il paese ha creato un sistema di reti di cura per ridurre le disuguaglianze di accesso tra le regioni, e ha attivato percorsi per i pazienti al fine di garantire un'assistenza sanitaria olistica e multidisciplinare per tutti. I registri tumori locali coprono il 70 % della popolazione italiana; inoltre è in fase di sviluppo un registro nazionale che raccoglie i dati dei registri regionali. Tuttavia gli indicatori della qualità delle cure oncologiche non sono ancora diffusi. La pandemia ha gravemente ostacolato la prevenzione e la cura del cancro, ma ha anche evidenziato l'importanza degli investimenti compiuti dall'Italia nell'assistenza domiciliare, a partire dal 2020, per ridurre le disuguaglianze nell'accesso.

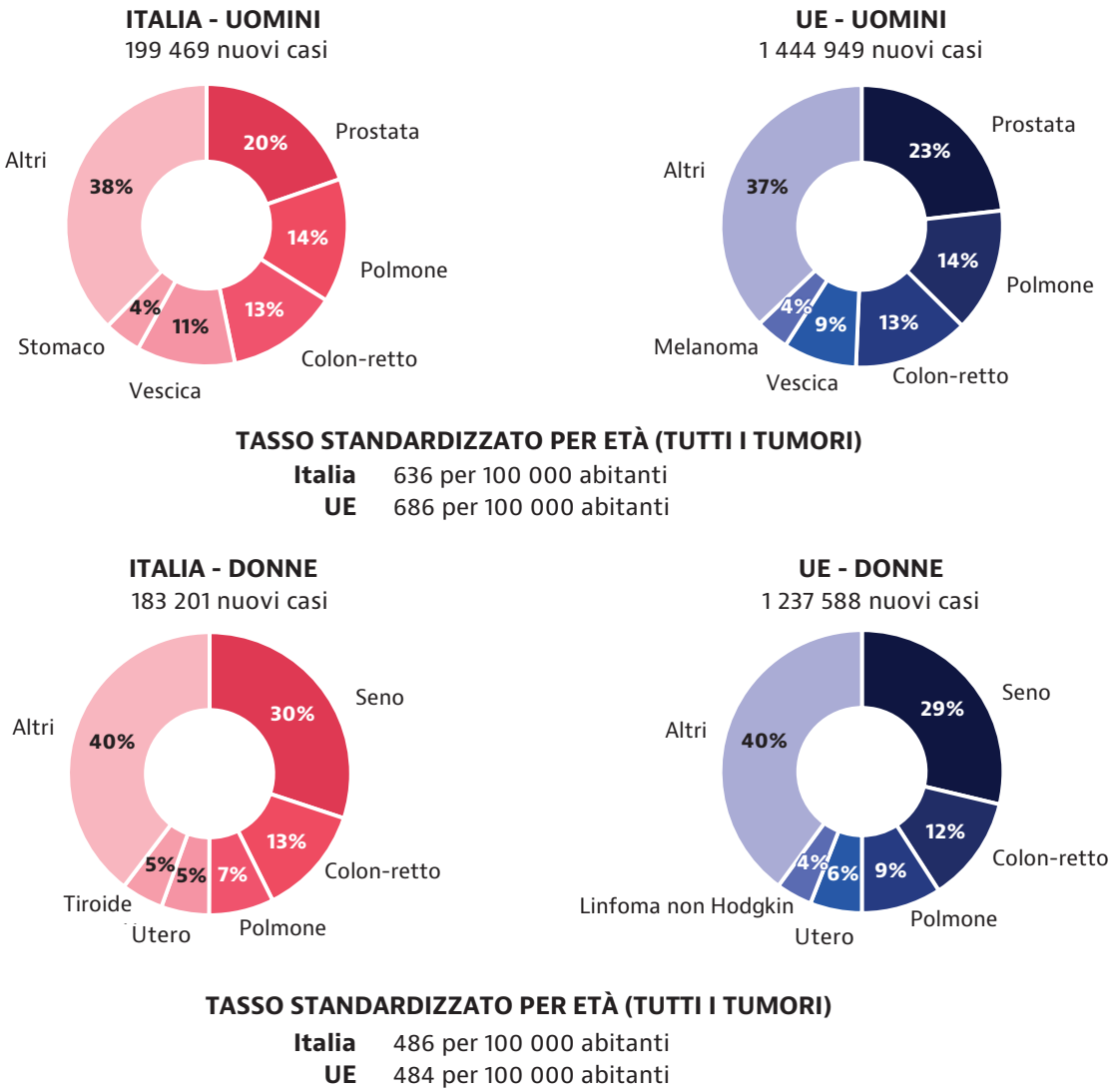
2. Il cancro in Italia

L'incidenza del cancro è simile alla media dell'UE ed è destinata ad aumentare

Secondo le stime del Sistema Europeo d'Informazione sul Cancro (ECIS) del Centro Comune di Ricerca, basate sulle tendenze relative all'incidenza negli anni precedenti la pandemia, nel 2020 erano previsti circa 380 000 nuovi casi di cancro in Italia. In base alle previsioni i tassi di incidenza standardizzati per età avrebbero dovuto essere simili alla media dell'UE per le donne e leggermente inferiori per gli uomini (Figura 1). Si prevede che il numero di tumori diagnosticati aumenterà del 19,5 % in Italia, passando da 382 670 nuovi casi nel 2020 a 457 824 nuovi casi nel 2040. Si stima che l'incidenza del cancro tra gli individui di età pari o superiore ai 65 anni aumenterà di quasi il 40 % entro il 2040, in linea con la media dell'UE; pertanto, un'attenzione prioritaria andrà rivolta a tale fascia d'età. In linea con l'andamento generale nell'UE, si prevedeva che le tipologie di cancro più comuni tra gli uomini sarebbero state il cancro della prostata, il cancro ai polmoni e del colon-retto, mentre il cancro della mammella sarebbe stato la tipologia più comune tra le donne, seguito dal cancro del colon-retto e ai polmoni.

Figura 1. Nel 2020 in Italia erano previsti circa 380 000 nuovi casi di cancro

Distribuzione dell'incidenza dei tumori in base al sesso in Italia e nell'UE



Nota: il tumore del corpo dell'utero non include il cancro del collo dell'utero. Le stime che precedono erano state elaborate prima della pandemia di COVID-19, sulla base delle tendenze di incidenza degli anni precedenti, e possono differire dai tassi osservati in anni più recenti.
Fonte: sistema europeo d'informazione sul cancro (ECIS). Da https://ecis.jrc.ec.europa.eu, consultato il 09/05/2022. © Unione europea, 2022.

L'incidenza del melanoma è aumentata notevolmente nell'ultimo decennio, superando le precedenti proiezioni. L'incremento è dovuto a una maggiore esposizione alle radiazioni ultraviolette naturali e artificiali, ma anche a una maggiore consapevolezza e alla diagnosi precoce. L'incidenza stimata per il 2020 era del 15 % superiore a quella del 2011 ed è risultata due volte più alta nelle regioni settentrionali e centrali rispetto al sud del paese. Tuttavia i progressi compiuti nelle terapie hanno consentito al contempo un aumento dei tassi di sopravvivenza a questa forma di tumore.

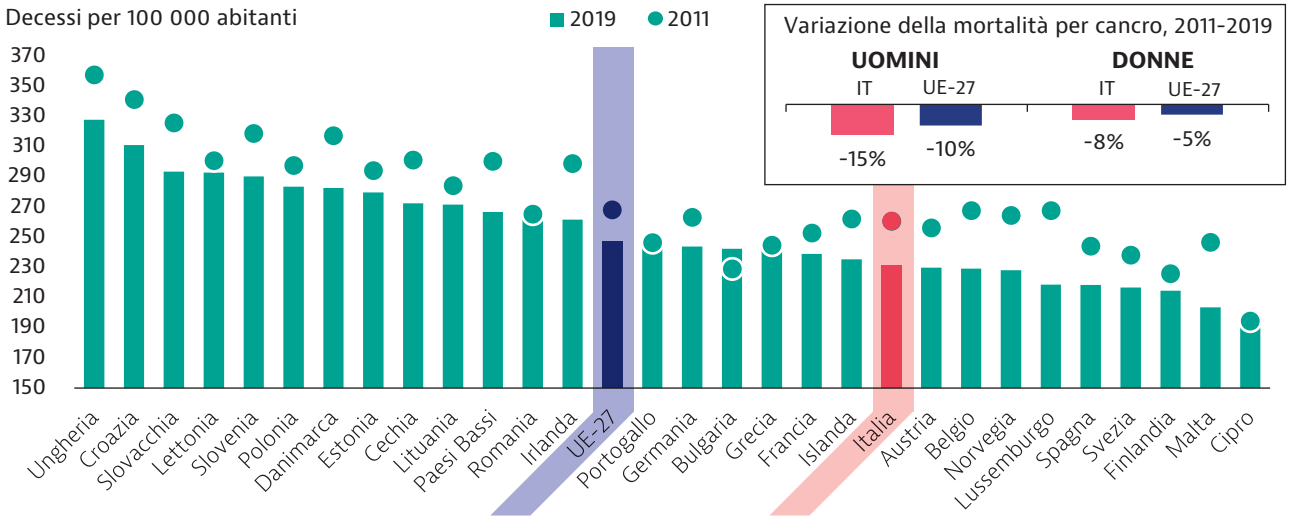
L'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) ha riferito che nel 2020, secondo le stime precedenti alla pandemia, vi erano 3,6 milioni di persone, pari al 6 % della popolazione, che vivevano con un tumore diagnosticato. Si tratta di un aumento del 36 % rispetto alle proiezioni stimate nel 2010, che indicavano anche una migliore probabilità di guarigione per le donne rispetto agli uomini. Più della metà (52 %) delle donne affette da cancro è in fase di guarigione o è già guarita, rispetto al 39 % degli uomini; questo divario è dovuto principalmente alla diversa incidenza delle varie tipologie di cancro in base al sesso. Infatti l'incidenza dei tumori con prognosi peggiore (ad esempio, quelli correlati al fumo) è maggiore tra gli uomini che tra le donne. Inoltre le donne godono di un vantaggio in termini di sopravvivenza per diversi tumori frequenti (ad esempio, cancro del colon-retto, melanoma cutaneo, linfoma non Hodgkin).

La mortalità per cancro è diminuita in Italia nel periodo 2011-2019, ma il divario tra uomini e donne è cresciuto

Nel 2019 la mortalità per cancro è stata più bassa in Italia rispetto a molti altri paesi dell'UE. Inoltre, tra il 2011 e il 2019, la mortalità nel paese è diminuita ulteriormente rispetto all'UE, con una riduzione maggiore per gli uomini rispetto alle donne (Figura 2). La presenza di tassi di mortalità più bassi in Italia, nonostante i tassi di incidenza siano simili alla media dell'UE, è da attribuire alla diagnosi precoce e all'elevata qualità delle cure oncologiche. Inoltre in Italia la mortalità complessiva per tumore prevenibile[1] e trattabile[2] è inferiore rispetto alle medie dell'UE ed è diminuita nell'ultimo decennio.

Secondo i dati Eurostat, i tassi di mortalità prevenibile sono diminuiti da 56,8 per 100 000 abitanti nel 2011 a 48,5 per 100 000 abitanti nel 2018. Il divario di genere è notevole, con tassi più elevati per gli uomini rispetto alle donne. Tra il 2011 e il 2018 i tassi di mortalità prevenibile sono diminuiti da 88,8 a 71,8 per 100 000 abitanti per gli uomini e da 28,1 a 27,4 per 100 000 abitanti per le donne. Anche la mortalità trattabile è diminuita, ma in misura più contenuta, passando da 28 a 26 per 100 000 abitanti tra il 2011 e il 2018, e con un divario di genere inferiore.

Figura 2. La mortalità per cancro nell'ultimo decennio è diminuita più sensibilmente in Italia rispetto all'UE



Nota: la media UE è ponderata (calcolata da Eurostat per il periodo 2011-2017 e dall'OCSE per il periodo 2018-2019).
Fonte: banca dati di Eurostat.

Il cancro del polmone, del colon-retto e della mammella hanno costituito le tre principali cause di morte per cancro nel 2019 in Italia

Il tasso di mortalità è diminuito per tutti i principali tumori, ad eccezione del cancro al pancreas, il cui aumento è principalmente dovuto a una mortalità più elevata tra le donne (Figura 3). Nel 2018, sempre in relazione al tumore al pancreas, è stato inoltre registrato il più basso tasso di sopravvivenza a cinque anni (11 %) tra i principali tumori in Italia. Nell'ultimo decennio i tumori epatici e quelli gastrici (dello stomaco) hanno registrato le più significative

1 *La mortalità prevenibile è quella relativa alle neoplasie maligne di labbra, cavo orale, faringe, esofago, stomaco, fegato, trachea, bronchi e polmoni, cervice uterina e vescica.*

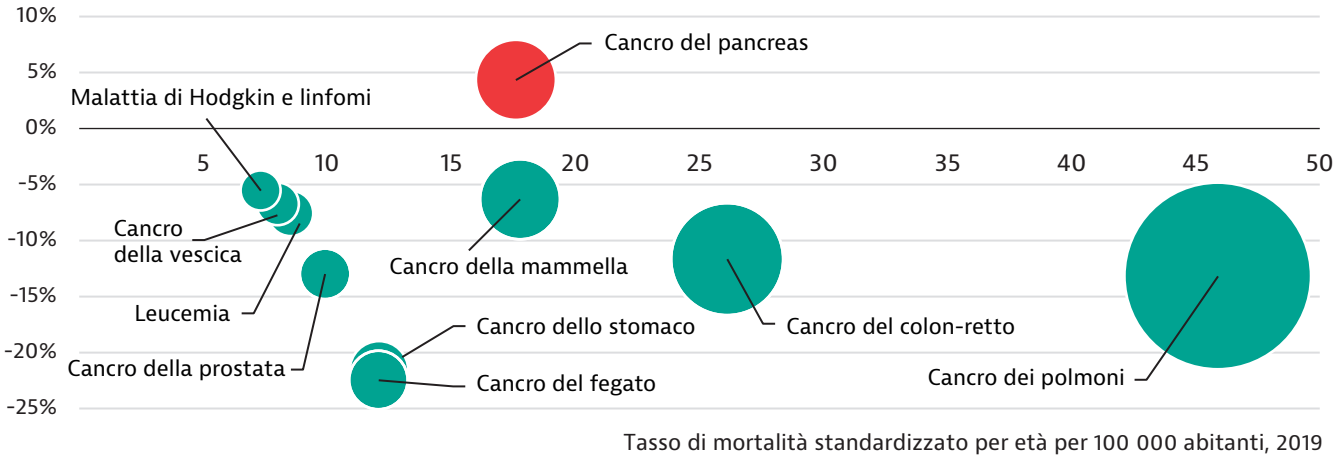
2 *La mortalità trattabile (o mortalità riconducibile ai servizi sanitari) è quella relativa alle neoplasie maligne di colon e retto, mammella, cervice uterina, utero, testicoli e tiroide.*

riduzioni di mortalità nella popolazione italiana, sebbene l'incidenza rimanga superiore alla media UE, soprattutto tra gli uomini.

Per il 2020 si prevedeva che il tumore dello stomaco avrebbe costituito il 4 % dei nuovi casi di cancro negli uomini e il 3 % nelle donne. Per questa tipologia di tumore è stato registrato un tasso di mortalità complessivo di 12 per 100 000 abitanti nel 2019, superiore alla media dell'UE (10 per 100 000 abitanti). Sempre nel 2020, secondo le previsioni, il melanoma cutaneo avrebbe costituito il 3 % dei nuovi casi di cancro sia negli uomini che nelle donne; il tasso di mortalità complessivo registrato nel 2019 è stato di 3 su 100 000 abitanti. Per quanto riguarda i tumori pediatrici, il tasso di incidenza standardizzato per età previsto per i bambini sotto i 15 anni nel 2020 era di 16 per 100 000, superiore rispetto alla media UE (15 per 100 000 abitanti). Nel 2013 il numero stimato di nuovi casi di tumori rari in Italia è stato di 81 617.

Figura 3. Nell'ultimo decennio la mortalità per cancro è diminuita per tutti i principali tipi di tumore, ad eccezione di quello al pancreas

Variazione della mortalità per cancro, 2011-2019 (o anno più vicino)



Nota: le sfere rosse indicano un aumento della variazione percentuale della mortalità per cancro nel periodo 2011-2019; le sfere verdi indicano una diminuzione. La dimensione delle sfere è proporzionale ai tassi di mortalità nel 2019. La mortalità di alcuni di questi tipi di cancro è bassa; pertanto le variazioni percentuali devono essere interpretate con cautela. Le dimensioni delle sfere per i tassi di mortalità non sono comparabili tra i paesi.
Fonte: banca dati di Eurostat.

La mortalità tra gli uomini è diminuita per tutti i tumori tra il 2015 e il 2021, ad eccezione di quella legata al cancro del pancreas, che è rimasta stabile. La mortalità tra le donne è aumentata per il cancro ai polmoni (5 %) e al pancreas (3,9 %), mentre è rimasta stabile per il carcinoma all'utero e il cancro alla vescica. La riduzione più marcata della mortalità complessiva per cancro tra gli uomini rispetto alle donne può essere spiegata in parte dalla riduzione del tabagismo tra gli uomini; per contro l'aumento del cancro al polmone nelle donne è probabilmente dovuto all'incremento della percentuale di donne fumatrici durante la seconda metà del XX secolo.

L'incidenza dei tumori in Italia si sta avvicinando alla media dell'UE

Il valore dell'indicatore degli anni di vita persi per mortalità prematura o vissuti con disabilità (Disability adjusted life years, DALY) a causa del cancro su 100 000 abitanti in Italia è diminuito del 7 % tra il 2000 e il 2010, avvicinando l'Italia alla media dell'UE; tuttavia tale la riduzione ha subito un rallentamento e la tendenza si è invertita a partire dal 2014. Negli ultimi due decenni il valore dell'indicatore DALY è rimasto comunque superiore alla media UE.

Tra il 2000 e il 2017 è stata registrata una diminuzione relativa del 28 % in termini di anni di vita potenziali persi a causa di neoplasie maligne, per un totale di 1 165 anni di vita persi su 100 000 individui di 75 anni di età nel 2017. Tale diminuzione relativa è stata maggiore tra gli uomini (35 %) rispetto alle donne (20 %), con rispettivamente 1 281 e 1 059 anni di vita persi nel 2017.

Diversi portatori di interessi hanno contribuito al piano oncologico nazionale 2022-2027

La bozza del piano oncologico nazionale 2022-2027 dell'Italia si ispira alle priorità individuate nel piano europeo di lotta contro il cancro (Commissione europea, 2021). Allo sviluppo del piano hanno partecipato i portatori di interessi pertinenti, tra cui i rappresentanti del governo nazionale e delle autorità locali, le agenzie governative, gli operatori sanitari, i rappresentanti dei pazienti, le organizzazioni non governative e i rappresentanti della società civile. Il piano fissa gli obiettivi strategici per i prossimi anni e definisce gli indicatori di monitoraggio dei progressi compiuti. I temi chiave sono la prevenzione, la diagnosi precoce, i percorsi di cura olistici e multidisciplinari, le prospettive future dell'oncologia (nuovi trattamenti e digitalizzazione) e la formazione del personale. Il piano è ancora in fase di adozione.

Il piano nazionale della prevenzione 2020-2025 dedica alcune sezioni ai tumori, promuovendo azioni volte ad affrontare i principali fattori di rischio e a prevenire i tumori professionali (riquadro 1), e riserva una sezione al registro nazionale tumori, che è in fase di realizzazione. Inoltre il piano invita all'adozione delle "lenti dell'equità" nei piani regionali di prevenzione che vanno a integrare il piano nazionale, attraverso la metodologia dell'health equity audit. Alle regioni è attribuito il compito di monitorare le disuguaglianze relative alla salute, di fissare obiettivi di uguaglianza e di formulare misure atte a ridurre le disuguaglianze nei prossimi anni.

Il piano nazionale di prevenzione vaccinale 2017-2019 include una sezione sulla vaccinazione contro il papillomavirus umano (HPV) ed estende la vaccinazione gratuita ai ragazzi di sesso maschile e età compresa tra gli 11 e i 12 anni a partire dai nati nel 2006.

Riquadro 1. L'Italia ha attivato sistemi di monitoraggio dei tumori professionali

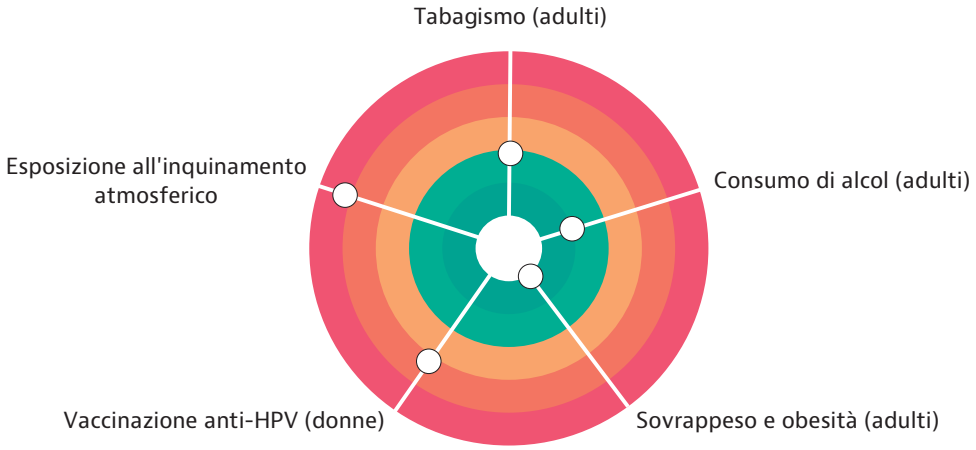
Sulla base dei dati nazionali disponibili (Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, INAIL), nel quinquennio 2012-2016 i tumori hanno causato il 95 % delle morti per malattia professionale. Sebbene i tumori professionali siano spesso segnalati in misura insufficiente in Italia, e i dati siano disponibili solo in poche regioni, la consapevolezza dell'urgenza di affrontare questo tema sta crescendo. Tra il 2007 e il 2008 l'Italia ha istituito tre sistemi di monitoraggio dei tumori professionali: un registro nazionale mesoteliomi, un registro delle neoplasie naso-sinusali e un sistema di monitoraggio dei tumori occupazionali.

3. Fattori di rischio e politiche di prevenzione

La campagna Guadagnare salute promuove comportamenti salutari e affronta i fattori di rischio ambientale

Rispetto agli altri paesi dell'UE l'Italia ottiene buoni risultati relativamente a fattori di rischio come il sovrappeso, l'obesità e il fumo, mentre altrettanto non si può dire per quanto riguarda i tassi di esposizione all'inquinamento atmosferico (Figura 4). Nel 2020 la spesa per la prevenzione corrispondeva al 5,5 % della spesa sanitaria, la più alta tra gli Stati membri dell'UE e ben al di sopra della media europea del 3,4 % (statistiche sulla salute dell'OCSE, 2022).

Figura 4. L'esposizione all'inquinamento atmosferico costituisce uno dei principali fattori di rischio oncologico in Italia



Nota: più il punto è vicino al centro, migliori sono i risultati ottenuti dal paese rispetto agli altri Stati membri dell'UE. Nessun paese rientra nell'"area bersaglio" bianca in quanto vi sono margini di miglioramento per tutti i paesi in tutti i settori.
Fonti: calcoli OCSE basati sull'indagine europea sulla salute (EHIS) 2019 per i tassi di fumo e sovrappeso/obesità, statistiche sulla salute dell'OCSE 2022 e Global Information System on Alcohol and Health (GISAH) dell'OMS per il consumo di alcol (2020) OMS per Vaccinazione anti-HPV (OMS/UNICEF Joint Reporting Form on Immunization)(2020) e Eurostat per l'inquinamento atmosferico (2019).

La campagna Guadagnare salute, avviata nel 2007 e condotta dal Ministero della Salute, mira ad affrontare i fattori di rischio e a promuovere stili di vita più sani (riquadro 2). Mancano tuttora piani e orientamenti completi volti ad affrontare l'esposizione all'inquinamento atmosferico, nonostante le iniziative esistenti sull'inquinamento negli ambienti chiusi e il Piano radon. Quest'ultimo, introdotto in Italia nel 2002 e regolarmente aggiornato, mira a ridurre il rischio di esposizione al radon, un gas che costituisce un fattore di rischio per il cancro ai polmoni. Il piano oncologico nazionale 2022-2027, la cui approvazione è ancora in corso, si allinea alle raccomandazioni della Dichiarazione di Ostrava dell'OMS sull'ambiente e la salute e prevede misure per la riduzione dell'esposizione all'inquinamento atmosferico negli ambienti chiusi e all'aperto (Ministero della Salute, di prossima adozione). Nel 2019 l'esposizione al particolato PM_{10}[3] in Italia ha raggiunto i 25,5 µg/m³, un valore superiore alla media UE (20,5 µg/m 3). L'Italia ha inoltre registrato una concentrazione di particolato $PM_{2,5}$ superiore a quella dell'UE (15,1 µg/m³ contro 12,6 µg/m³). Secondo l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), l'esposizione all'ozono e al $PM_{2,5}$ è stata responsabile di circa il 4 % di tutti i decessi in Italia nel 2019, un tasso simile alla media dell'UE.

Riquadro 2. Guadagnare salute è una campagna intersettoriale di comunicazione di massa volta a promuovere comportamenti salutari

Nel 2007 il Ministero della Salute ha avviato un'ampia campagna di comunicazione di massa volta a promuovere comportamenti sani. La campagna Guadagnare salute mirava a contrastare comportamenti come l'alimentazione scorretta, il tabagismo, l'inattività fisica e l'abuso di alcol. Le attività comprendevano azioni regolatorie, allocazione di risorse, nonché diffusione di informazioni ed educazione, con la partecipazione dei ministeri, degli enti locali, della scuola, del settore produttivo e della società civile.

Un elemento della campagna consisteva nella distribuzione di volantini e opuscoli volti alla sensibilizzazione su comportamenti poco salutari e alla promozione di semplici comportamenti sani, come prendere le scale ed evitare l'uso dell'ascensore. Alcune raccomandazioni erano rivolte specificamente ai bambini o agli anziani; i materiali informativi sono stati diffusi sui mezzi di comunicazione locali, sulle piattaforme social e dalle scuole, in collaborazione con le aziende sanitarie locali.

Nell'ambito della campagna nel 2017 il Ministero della Salute ha istituito una nuova piattaforma nazionale per la definizione e la promozione di obiettivi e iniziative di incentivazione di comportamenti salutari tra la popolazione. La piattaforma comprende rappresentanti del governo nazionale e degli enti locali, dei centri di ricerca, dell'Istituto superiore di sanità e dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro.

I dati raccolti evidenziano una diminuzione della vendita di sigarette del 37,5 % tra il 2004 e il 2020, così come una riduzione del numero di fumatori. La prevalenza di sovrappeso e obesità nei bambini è diminuita, passando dal 32,2 % nel 2008 al 29,8 % nel 2019, anche se con notevoli differenze regionali, mentre i livelli di attività fisica non hanno subito variazioni sostanziali.

I fumatori abituali sono meno numerosi che nel resto dell'UE, anche se la cessazione del tabagismo è più frequente nel nord Italia

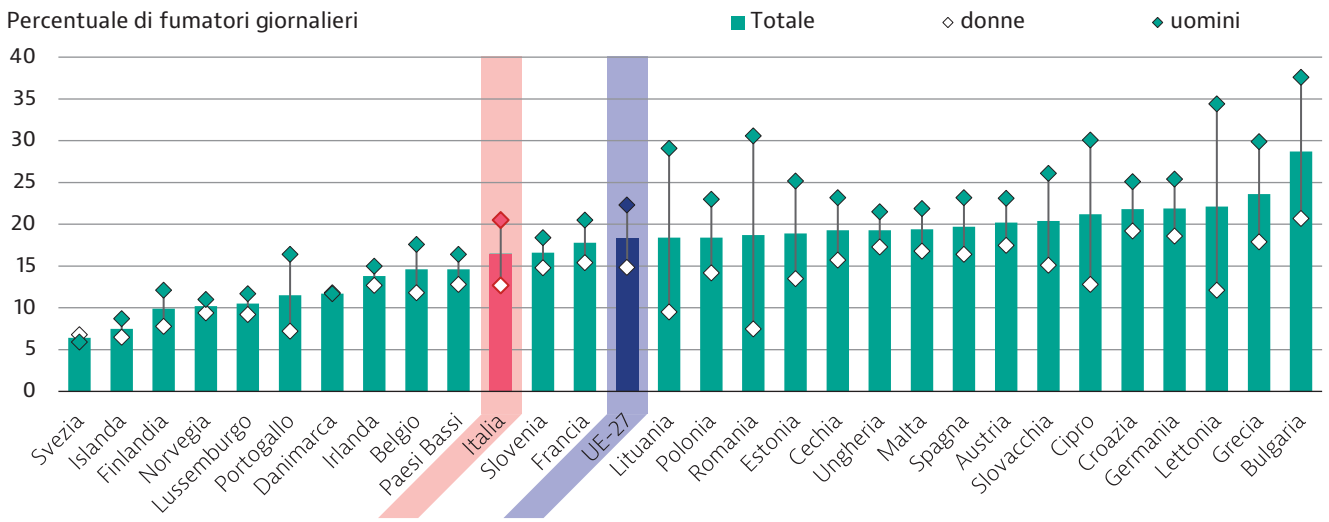
In Italia la percentuale di adulti che fumano sigarette quotidianamente è diminuita, passando dal 17,4 % nel 2014 al 16,5 % nel 2019; si tratta di cifre simili alla media dell'UE (dal 19 % al 18,4 %). Tuttavia il fumo continua a costituire un importante problema di salute pubblica. La percentuale di fumatori abituali è molto più alta tra gli uomini che tra le donne, con un divario di genere maggiore rispetto alla media UE (Figura 5). La pandemia di COVID-19 ha peggiorato la situazione, con un aumento di oltre due punti nella percentuale di persone che fumano regolarmente, in particolare tra gli utilizzatori di sigarette elettroniche.

Sebbene non si riscontri una chiara diversificazione su base geografica nella distribuzione dei fumatori, gli ex fumatori (coloro che hanno smesso di fumare da più di sei mesi) sono più concentrati al nord che al sud (Figura 6).

L'Italia ha intrapreso poche iniziative politiche per disincentivare il fumo. Gli indici del livello dei prezzi del tabacco in Italia sono inferiori alla media dell'UE, secondo i dati Eurostat del 2021, e il prezzo è rimasto sostanzialmente stabile nel tempo. I servizi per le persone che desiderano smettere di fumare sono più numerosi nelle regioni settentrionali rispetto a quelle centrali e meridionali, aspetto che potrebbe in parte spiegare le differenze di distribuzione geografica tra le persone che smettono di fumare (riquadro 3). Inoltre nel 2021 la città di Milano ha introdotto il divieto di fumare all'aperto entro 10 metri da altre persone.

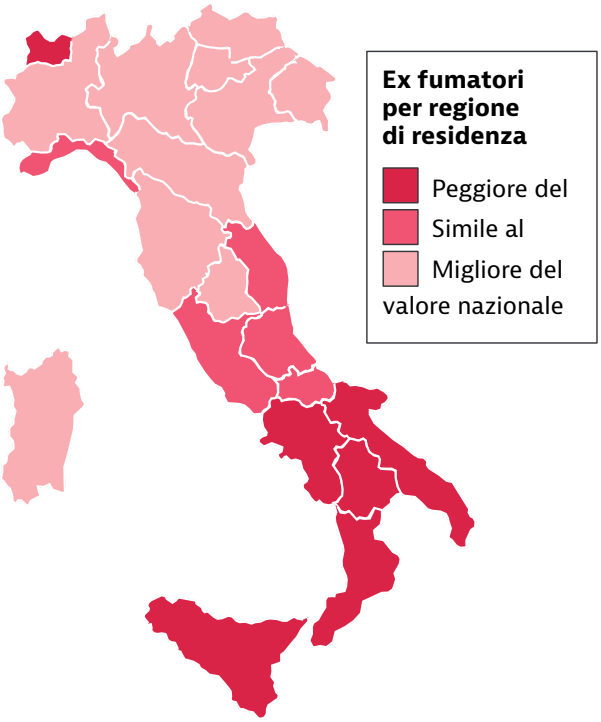
3 *Il particolato (particulate matter, PM) è classificato in base alle dimensioni: il PM_{10} è costituito da particelle di diametro inferiore ai 10 µm; il $PM_{2,5}$ è costituito da particelle di diametro inferiore ai 2,5 µm.*

Figura 5. In Italia la percentuale di fumatori è inferiore alla media dell'UE



Nota: la media UE è ponderata (calcolata da Eurostat).
Fonte: Banca dati di Eurostat (EHIS). I dati si riferiscono al 2019.

Figura 6. Il numero di persone che smettono di fumare è superiore nell'Italia settentrionale



Nota: Ottenere risultati migliori della media nazionale significa avere più persone che smettono di fumare.
Fonte: Istituto superiore di sanità.

Riquadro 3. I centri antifumo offrono servizi di supporto alle persone che desiderano smettere di fumare

I tabagisti che desiderano smettere di fumare possono rivolgersi a centri antifumo specializzati. Il servizio sanitario nazionale dispone di 292 centri, alcuni gestiti dalla Lega Italiana per la lotta contro i tumori, che assicurano la copertura dell'intero territorio nazionale. Il numero di persone che si rivolgono a questi centri è ancora esiguo per diversi motivi, tra cui l'insufficienza delle risorse (finanziarie e di personale) e gli elevati costi operativi. Dal 2016 sui pacchetti di sigarette venduti in Italia compare il numero verde contro il fumo, un servizio che fornisce consulenza e supporto a chi desidera smettere di fumare. L'iniziativa di stampare il numero sui pacchetti ha consentito al servizio di quadruplicare il numero di chiamate ricevute (da 3 000 a 12 000 persone all'anno). Tuttavia il tasso di partecipazione alle consulenze per la cessazione del tabagismo fornite da operatori sanitari è piuttosto basso; solo la metà dei fumatori abituali vi ha partecipato e tale percentuale è scesa, passando dal 52 % nel 2010 al 47 % nel 2020.

Fonte: Istituto superiore di sanità (2021).

Il consumo di alcol è inferiore alla media dell'UE, ma più diffuso nelle regioni settentrionali

Nel 2020 gli italiani hanno consumato in media 7,7 litri di alcol puro pro capite, un valore inferiore alla media UE, che è di 9,8 litri (Figura 7). Il consumo pericoloso di alcol e il binge drinking sono aumentati gradualmente in Italia tra il 2008 e il 2018, ma la pandemia di COVID-19 ha dato luogo a un'inversione di tendenza. La riduzione degli eventi sociali e la chiusura di bar e ristoranti per fermare la diffusione del virus hanno probabilmente modificato, perlomeno temporaneamente, le modalità di consumo di alcol (Istituto superiore di sanità, 2022).

Le disparità nel consumo di alcol in base ai livelli di istruzione e di reddito sono maggiori in Italia rispetto agli altri Stati membri dell'UE. Gli individui con un livello di istruzione più basso hanno maggiori probabilità di essere forti bevitori (3,7 %) rispetto a quelli con un livello di istruzione più alto (2,1 %). Le disuguaglianze in base al reddito sono presenti ma meno marcate: il reddito più elevato è collegato a un maggiore consumo pericoloso di alcol. Le regioni settentrionali sono quelle che registrano i più alti tassi di consumi pericolosi e di binge drinking.

Per contrastare il consumo nocivo di alcol l'Italia applica un'accisa sull'alcol, che viene adeguata periodicamente in base agli indici dei prezzi al consumo.

Il sovrappeso e l'obesità risultano inferiori rispetto alla media dell'UE, ma sussistono disuguaglianze a livello sociale

L'Italia ha la più bassa percentuale di adulti che dichiarano di essere sovrappeso o obesi nell'UE. Tuttavia meno della metà della popolazione dichiara di seguire un'alimentazione sana che rispetta gli standard nazionali o le linee guida internazionali. Le abitudini alimentari salutari sono più comuni tra le donne e le persone con un livello di istruzione superiore (OCSE, 2019). Nel 2019 solo un italiano su quattro ha dichiarato di svolgere almeno 150 minuti di attività fisica aerobica salutare alla settimana, una percentuale molto inferiore alla media UE, che è del 32,7 %. Secondo l'EHIS, gli anziani, le donne, le persone con un livello di istruzione inferiore e quelle che vivono nelle regioni meridionali dichiarano livelli molto più bassi di attività fisica.

Si riscontra un deficit di consapevolezza tra gli italiani: infatti meno della metà delle persone in sovrappeso si rende conto che il proprio peso non rientra nei parametri salutari e meno della metà degli adulti in sovrappeso riferisce di aver ricevuto dal proprio medico di base la raccomandazione di perdere peso o di praticare attività fisica (Istituto superiore di sanità, 2022). Le disuguaglianze sociali in relazione al peso corporeo sono tra le più alte dell'UE. Il divario di istruzione nei tassi relativi al sovrappeso e all'obesità è di circa il 60 %, il secondo per ampiezza nell'UE dopo il Portogallo. L'Italia si classifica al secondo posto, dopo il Lussemburgo, per le disuguaglianze di genere, con il 37 % delle donne e il 55 % degli uomini in sovrappeso od obesi (Eurostat, 2022).

Come molti paesi europei, l'Italia ha messo a punto piani d'azione nazionali contro l'obesità, che comprendono strategie di gestione dell'obesità negli adulti e nei bambini, orientamenti nazionali sull'attività fisica e linee guida nazionali per l'alimentazione. Nel 2021 sono stati stipulati ulteriori protocolli d'intesa con l'industria alimentare, secondo i quali le pubblicità di alimenti e bevande dovrebbero fornire informazioni accurate e promuovere comportamenti sani.

L'Italia ha anche organizzato campagne per promuovere un'alimentazione sana e ha aderito al progetto finanziato dall'UE European Physical Activity on Prescription condotto nel periodo 2019-2022, volto a formare gli operatori sanitari, i formatori e gli educatori sul tema dell'attività fisica.

La copertura vaccinale per il vaccino contro il papillomavirus umano è simile alla media dell'UE

In linea con altri Stati membri dell'UE l'Italia ha introdotto la vaccinazione anti-HPV gratuita per le ragazze di 11-12 anni nel 2008; per le età superiori potrebbe essere richiesto un pagamento agevolato. La copertura del vaccino contro l'HPV sia per le ragazze che per i ragazzi è ancora molto al di sotto dell'obiettivo del 95 % fissato dall'OMS: nel 2020 il 60 % delle ragazze di 15 anni aveva ricevuto il vaccino contro l'HPV (un valore simile alla media UE del 59 %), anche se la copertura varia da regione a regione (Ministero della Salute, 2021). Il piano nazionale di prevenzione vaccinale 2017-2019 ha esteso la vaccinazione gratuita ai ragazzi di sesso maschile di età compresa tra gli 11 e i 12 anni a partire dai nati nel 2006.

4. Diagnosi precoce

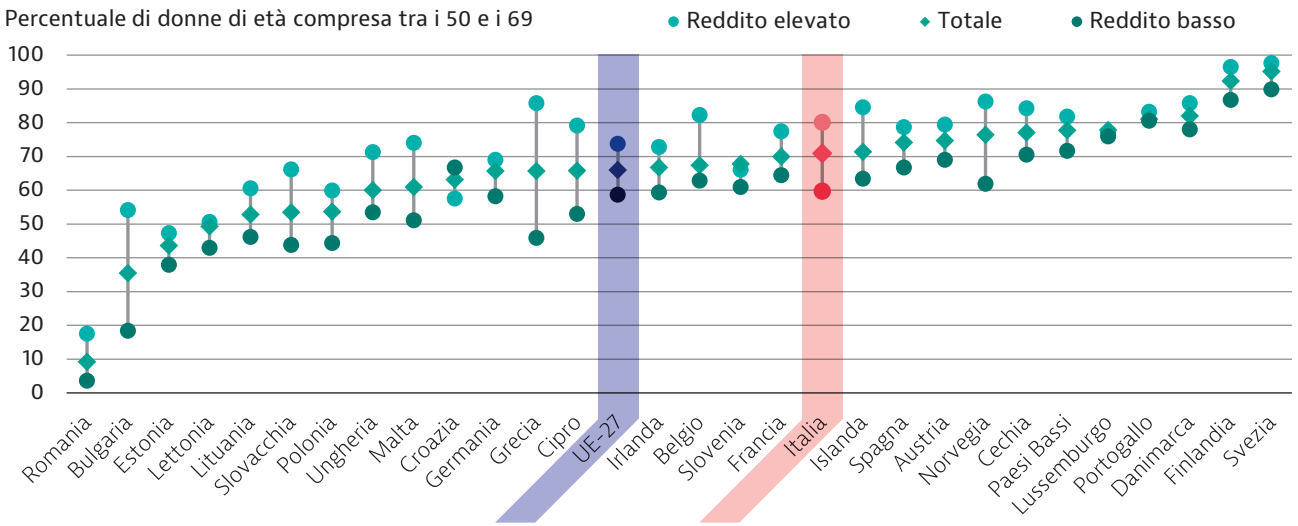
I tassi di screening del cancro alla mammella in Italia sono tra i più alti dell'UE

L'Italia ha avviato nel 1990 un programma di screening gratuito del tumore mammario che è stato successivamente esteso a livello nazionale nel 2008. Il programma prevede lo screening biennale per le donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni[4]; sia la frequenza sia la fascia di età sono in linea con la maggior parte degli Stati membri dell'UE. Le autorità sanitarie locali inviano lettere di invito individuali con una data proposta per lo screening, accompagnata da informazioni sui benefici e i rischi dell'esame e dalla richiesta di firmare un modulo di consenso informato. Le donne il cui esito dello screening è positivo sono invitate a sottoporsi a ulteriori accertamenti (IARC, 2017; OCSE, 2013).

4 *In Piemonte e in Emilia-Romagna lo screening è rivolto a una fascia di età più ampia, tra i 45 e i 74 anni. I dati dell'Emilia-Romagna hanno mostrato una conseguente riduzione dei tempi di attesa per lo screening mammografico volontario.*

La percentuale delle donne che si sottopongono a una mammografia è superiore alla media dell'UE. Nel 2019 il 71 % delle donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni ha riferito di aver effettuato una mammografia nell'ultimo anno, rispetto al 66 % della media UE. Tuttavia la percentuale è fortemente diseguale se ripartita in base ai livelli di istruzione e di reddito. Il divario tra le donne con un livello di istruzione più alto e quelle con un livello di istruzione più basso è di 13 punti percentuali e tra quelle a reddito più alto e a reddito più basso è di 20 punti percentuali. Questi divari sono maggiori in Italia rispetto alla media UE (Figura 7).

Figura 7. L'Italia registra alti tassi autodichiarati di mammografie, ma con disuguaglianze correlate al livello di istruzione



Nota: la media UE è ponderata (calcolata da Eurostat). Il grafico riporta la percentuale di donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni che hanno dichiarato di essersi sottoposte a una mammografia negli ultimi due anni.
Fonte: Banca dati di Eurostat (EHIS). I dati si riferiscono al 2019.

L'adesione allo screening del cancro al seno varia notevolmente anche su base geografica, con le regioni settentrionali che presentano quote più elevate (sia di adesione al programma nazionale sia di screening volontario). Tra il 2017 e il 2020, mentre il Friuli-Venezia Giulia registra un'adesione allo screening del cancro al seno pari al 90 %, la percentuale è del 54 % in Campania e l'adesione media nel paese si attesta intorno al 75 % (Istituto superiore di sanità, 2022).

I percorsi di screening del cancro al seno stratificati in base al rischio, compresi i test di valutazione del rischio di cancro al seno – test genetici per rilevare la possibilità di sviluppare alcuni tipi di cancro – sono disponibili dal 2012 in Emilia-Romagna, una delle prime regioni dell'UE a utilizzare tali test.

Il tasso di adesione allo screening per i tumori del collo dell'utero è simile alla media UE, ma con disparità legate allo status socioeconomico

L'Italia ha avviato un programma di screening dei tumori del collo dell'utero nel 1989. L'implementazione dello screening su scala nazionale è tuttora in corso. Viene eseguito ogni tre anni sulle donne di età compresa tra i 24 e i 64 anni, in linea con la maggior parte degli Stati membri dell'UE. Le donne interessate ricevono lettere di invito con una proposta di appuntamento e informazioni sui benefici e sui rischi dello screening, ma senza la richiesta di firmare un consenso informato. Le donne il cui esito dello screening è positivo sono invitate a sottoporsi a ulteriori accertamenti (IARC, 2017; OCSE, 2013).

Il tasso di screening per i tumori del collo dell'utero rilevato nel 2019 in Italia, pari al 57 %, è prossimo alla media UE (59 %), con significative disuguaglianze legate ai livelli di istruzione e di reddito. La differenza di adesione tra le donne con i livelli di istruzione più alti e più bassi è di circa 30 punti percentuali, leggermente inferiore alla media UE (34,3 punti percentuali). Le regioni meridionali registrano quote significativamente più basse di donne che aderiscono allo screening per il tumore del collo dell'utero rispetto alle regioni settentrionali. Tra il 2016 e il 2019 l'adesione allo screening per questa tipologia di cancro variava da circa il 90 % nella provincia di Bolzano e nelle regioni Friuli-Venezia Giulia ed Emilia-Romagna a poco più del 60 % in Calabria, Campania e Molise. Il cancro del collo dell'utero è il quinto tumore più diffuso tra le giovani donne (fino ai 50 anni) in Italia, con un'incidenza di 2 400 nuovi casi nel 2020 (che rappresentano l'1,3 % di tutti i tumori tra le donne) e un tasso di sopravvivenza a cinque anni del 68 %.

Lo screening per il cancro del colon-retto rivela notevoli disuguaglianze regionali

La regione Toscana è stata la prima a introdurre programmi di screening di questo tipo di tumore nel 1982; la maggior parte delle altre regioni ha avviato il proprio programma tra il 2000 e il 2005. Lo screening è rivolto alle persone di età compresa tra i 50 e i 69 anni,

che sono invitate a sottoporsi all'esame ogni due anni. Le persone ricevono lettere di invito accompagnate da informazioni sui benefici e sui rischi e da un modulo di consenso informato da firmare. Coloro che risultano positivi allo screening sono invitati a sottoporsi a ulteriori accertamenti. L'Italia utilizza principalmente il test immunochimico fecale, ad eccezione del Piemonte, che utilizza anche la rettosigmoidoscopia, eseguita solo una volta nella vita, all'età di 58-60 anni. Mentre molti paesi dell'UE inviano per posta i kit per il test alle persone invitate allo screening, questo non avviene di norma in Italia (IARC, 2017).

Nel 2019 circa il 36 % degli italiani di età compresa tra i 50 e i 74 anni ha riferito di aver effettuato uno screening per il tumore del colon-retto nei due anni precedenti; questa percentuale è leggermente superiore alla media UE del 33 %. Si può osservare una ripartizione disuguale tra le regioni, con dati di adesione migliori per le regioni settentrionali rispetto a quelle meridionali. Sempre nel 2019 la percentuale di persone che avevano effettuato uno screening per il tumore del colon-retto o un test del sangue occulto nelle feci nei due anni precedenti in Veneto era sei volte superiore a quella della Puglia (Figura 8).

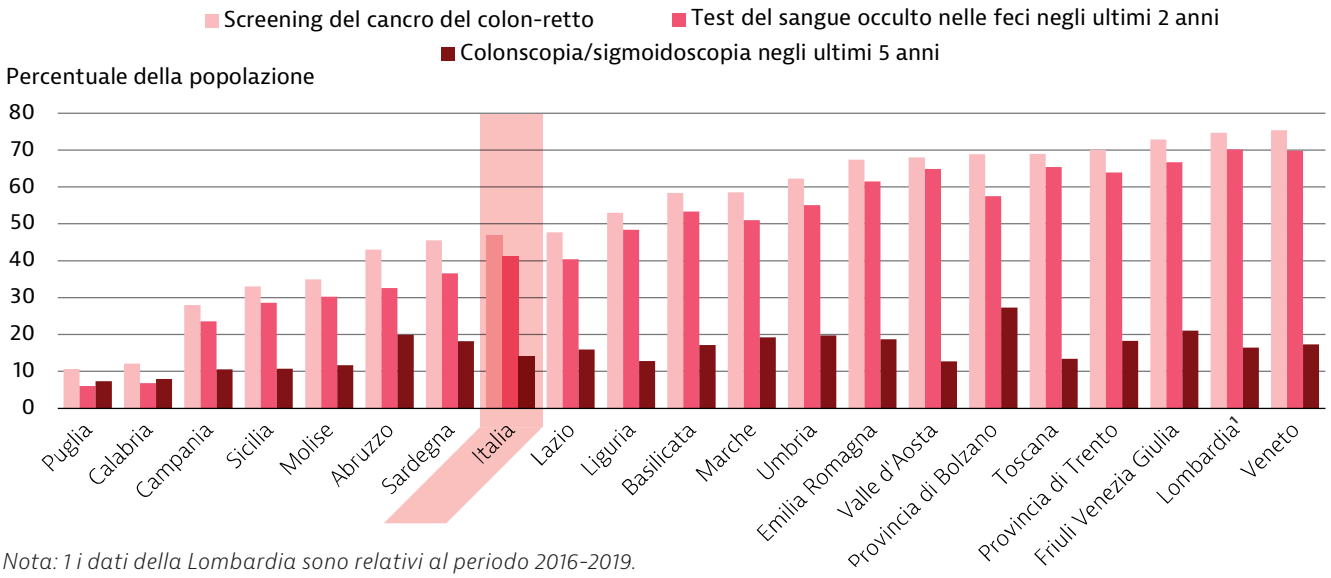
Sono attualmente in fase di sviluppo programmi di screening per il cancro ai polmoni

Sebbene l'Italia non disponga ancora di un programma di screening nazionale per il cancro ai polmoni, negli ultimi anni sono stati compiuti dei progressi e sono attualmente in via di sviluppo alcuni studi pilota (Box 4). In Lombardia è stato realizzato un programma privato di screening per il cancro ai polmoni, organizzato dall'Istituto europeo di oncologia e dall'ospedale Humanitas, in collaborazione con la fondazione Umberto Veronesi. Il programma è rivolto a persone di età compresa tra i 50 e i 74 anni che fumano almeno 10 sigarette al giorno da 30 anni o almeno 15 sigarette al giorno da 25 anni. Sono stati inclusi anche ex fumatori che rispondevano ai suddetti criteri e che avevano smesso di fumare da meno di 10 anni. Lo screening utilizza la tomografia computerizzata a basso dosaggio ed è raccomandato con frequenza annuale o biennale. Le persone che si sottopongono all'esame ricevono una scheda informativa e sottoscrivono un modulo di consenso informato; possono inoltre contattare il centro antifumo dell'Istituto europeo di oncologia per ricevere una consulenza personalizzata per smettere di fumare. Coloro che risultano positivi all'esame sono indirizzati a uno specialista e valutati da un team multidisciplinare. La fondazione Umberto Veronesi ha avviato un programma simile presso l'ospedale San Raffaele di Milano, dove gli esami di screening e la consulenza per smettere di fumare sono disponibili per le persone di età pari o superiore a 55 anni che fumano da più di 30 anni. Il Ministero della Salute ha inoltre finanziato, attraverso il Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM), uno studio di valutazione delle tecnologie sanitarie relative a tale metodologia di screening.

Riquadro 4. Un programma nazionale di screening del cancro ai polmoni è attualmente in via di sviluppo

Nel 2021 il Ministero della Salute ha istituito una rete nazionale per i programmi di screening per il cancro ai polmoni, stanziando un finanziamento di 2 milioni di EUR per il periodo 2021-2022 e selezionando 18 centri in 15 regioni nei quali sarà disponibile tale screening. Il programma di screening nazionale prevede inoltre un servizio di consulenza per smettere di fumare. I partecipanti sono inviati dai medici di base, ma vi sono anche informazioni online disponibili a tutti gli interessati. I partecipanti ricevono un foglio informativo, firmano un modulo di consenso informato e compilano un questionario che raccoglie informazioni sul loro stato di salute. I centri regionali inseriscono successivamente tali informazioni in una banca dati nazionale.

Figura 8. Per quanto riguarda lo screening del cancro del colon-retto, la partecipazione nelle regioni settentrionali è sei volte superiore a quella nelle regioni meridionali



Nota: 1 i dati della Lombardia sono relativi al periodo 2016-2019.
Fonte: Istituto superiore di sanità

5. L'efficacia delle cure oncologiche

5.1 Accessibilità

Le cure oncologiche in Italia sono gratuite, ma la disponibilità dei servizi varia da regione a regione

In Italia le persone con sospetta diagnosi di cancro possono accedere gratuitamente alle cure. Pertanto i problemi di accessibilità tendono a essere principalmente legati a carenze relative al coordinamento delle cure e alla disponibilità di strutture, operatori e/o attrezzature, invece che a barriere economiche. Sono disponibili oncologi e centri oncologici specializzati, anche se la distribuzione geografica dei servizi è disomogenea. L'Italia ha il tasso più elevato di medici con specializzazione in oncologia nell'UE, pari a 7,2 per 100 000 abitanti rispetto ad una media di 3,29 tra 23 Stati membri dell'UE nel 2014. Il numero di centri che erogano terapie oncologiche per 1 000 000 di abitanti è in linea con la media dell'UE; tuttavia, mentre la disponibilità di apparecchi per la radioterapia ad alto voltaggio (MV) è superiore alla media dell'UE, la situazione si capovolge per la radioterapia a basso voltaggio (kV), la brachiterapia e l'adroterapia (Figura 9). Inoltre la distribuzione geografica dei centri oncologici è disomogenea su scala nazionale, con il risultato che numerosi pazienti oncologici si rivolgono alle regioni settentrionali, dove il numero di centri è superiore (OCSE, 2013).

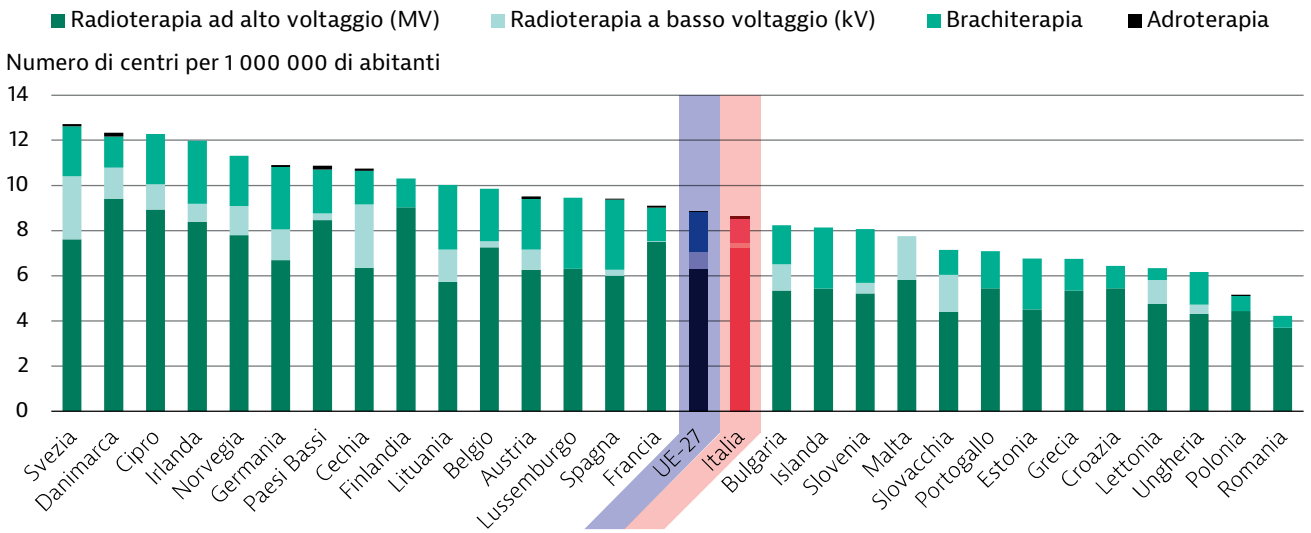
Nel 2015 la percentuale di medici con specializzazione in oncologia in Italia era di 7,1 per 100 000 abitanti, la più alta tra i 20 Stati membri dell'UE per i quali sono disponibili dati (banca dati di Eurostat). Nonostante l'alto tasso di specialisti, le competenze e la formazione degli oncologi presentano margini di miglioramento.

Il piano oncologico nazionale 2010-2012 ha segnalato la necessità di rivedere la formazione oncologica degli operatori sanitari e di definire un piano nazionale di formazione in oncologia, che però non è mai stato pubblicato. Nel 2020 l'associazione italiana di oncologia medica (AIOM), il collegio italiano dei primari oncologi medici ospedalieri (CIPOMO) e il collegio degli oncologi medici universitari (COMU) hanno pubblicato uno studio intitolato Il ruolo dell'oncologo, profilo delle competenze e formazione specialistica, che evidenziava le carenze degli attuali piani formativi in oncologia e la necessità di ripensarli e migliorarli. La bozza del nuovo piano oncologico nazionale 2020-2027 include tra i suoi obiettivi strategici il miglioramento dell'istruzione e della formazione dei caregiver oncologici formali e informali.

L'Italia ha sviluppato un sistema di reti per migliorare l'accessibilità delle cure oncologiche a livello nazionale

Nel 2019, per migliorare l'accessibilità alle cure oncologiche e alla prevenzione, l'Italia ha creato un sistema di reti oncologiche regionali per le cure. Le reti mirano a garantire un approccio multidisciplinare alle cure oncologiche, fornendo ai pazienti un accesso equo e tempestivo alle cure più appropriate. Si tratta di reti di operatori sanitari con diverse specializzazioni che coordinano le cure per garantire un accesso adeguato ai servizi più appropriati, dalla prevenzione e diagnosi al trattamento e alle cure palliative. Anche se le reti sono regionali, il Ministero della Salute ha istituito un organismo di coordinamento strategico, che analizza, misura e valuta l'attuazione delle reti nelle varie regioni. L'Italia ha inoltre istituito una rete specifica per migliorare l'accesso alle cure per le persone affette da tumori rari (Riquadro 5).

Figura 9. La disponibilità di centri per la cura del cancro in Italia è prossima alla media dell'UE



Nota: la media dell'UE-27 non è ponderata (calcolata dall'OCSE). Le informazioni provengono dall'Agenzia internazionale per l'energia atomica.
Fonte: Agenzia internazionale per l'energia atomica.

Riquadro 5. Migliorare la ricerca e le cure per i tumori rari e pediatrici

Nel 2017 l'Italia ha istituito una rete nazionale dei tumori rari, che si concentra sui tumori solidi dell'adulto, sui tumori ematologici dell'adulto e sui tumori pediatrici. La rete intende migliorare l'accesso e il coordinamento delle cure, fornire ai pazienti una diagnosi tempestiva e un'assistenza di alta qualità, e potenziare la ricerca sui tumori rari.

Poiché in Italia l'erogazione delle cure oncologiche è di competenza delle regioni, il Ministero della Salute ha istituito un organismo nazionale incaricato di garantire il coordinamento funzionale della rete, costituito da rappresentanti del Ministero della Salute, dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, delle regioni, dei professionisti sanitari e delle associazioni del settore. L'organismo di coordinamento ha inoltre il compito di monitorare e valutare la rete, nonché di sostenerne lo sviluppo.

Il piano oncologico nazionale 2022-2027, ancora da approvare, si pone l'obiettivo di sviluppare una piattaforma nazionale per la condivisione dei dati e i teleconsulti per le persone affette da tumori rari.

Le cure palliative sono fornite da equipe multidisciplinari

Le cure palliative sono disponibili gratuitamente per le persone di tutte le età in tutti i contesti e sono fornite da equipe multidisciplinari. Dal 2014 tutti i professionisti che forniscono cure palliative devono possedere un insieme specifico di competenze. Essi devono fornire ai pazienti informazioni adeguate sul loro stato di salute e sulle opzioni terapeutiche, e devono tenere conto delle preferenze individuali. La società italiana di cure palliative promuove la consapevolezza delle disuguaglianze etniche e culturali nelle cure palliative, fornendo corsi e materiali formativi sul suo sito web.

La crisi della COVID-19 ha evidenziato chiaramente la necessità di fornire assistenza domiciliare e di investire in tal senso. Nel luglio 2020 l'Italia ha investito nel miglioramento dell'assistenza domiciliare, compresa la fornitura di cure palliative a domicilio, con l'obiettivo di garantire servizi di assistenza domiciliare adeguati in tutte le regioni, per eliminare le differenze geografiche nell'accesso.

La digitalizzazione delle cure oncologiche intende migliorare l'accesso alle cure e alle informazioni

La bozza del piano oncologico nazionale 2022-2027 include una sezione dedicata alla digitalizzazione delle cure oncologiche. Gli obiettivi strategici in questo ambito includono: migliorare l'accesso alle informazioni e alle cure, potenziando il ricorso al teleconsulto; realizzare una smart card (un documento digitale che riassume tutte le informazioni cliniche del paziente oncologico per semplificare l'erogazione e il monitoraggio delle cure di follow-up); migliorare la conoscenza dei malati oncologici e dei loro familiari in merito alla cura del cancro, ai fattori di rischio e alla prevenzione; e fornire formazione digitale ai professionisti dell'assistenza oncologica, alle associazioni, ai pazienti e ai loro careviger (Ministero della Salute, di prossima adozione).

5.2 Qualità

La sopravvivenza al cancro in Italia è superiore a quella dell'UE ed è aumentata nel tempo

I tassi di sopravvivenza al cancro in Italia sono migliorati nel tempo e sono superiori alla media dell'UE. In Italia, per i pazienti diagnosticati nel 2000-2014, rispetto a quelli diagnosticati nel 1995-1999, i tassi di sopravvivenza a cinque anni sono aumentati del 5-10 % per i tumori del colon-retto e del fegato. I tassi di sopravvivenza a cinque anni per il cancro della prostata, della mammella, del collo dell'utero, del colon e del polmone e per la leucemia infantile sono risultati superiori in Italia rispetto alle medie dell'UE per le persone diagnosticate nel periodo 2010-2014 (Figura 10). Per le persone diagnosticate tra il 2010 e il 2014, i tassi di sopravvivenza più elevati sono stati registrati per il cancro alla prostata (89 % rispetto all'87 % nell'UE) e per la leucemia infantile (88 % rispetto all'82 %), mentre la sopravvivenza è rimasta bassa per il cancro del polmone (16 % in Italia rispetto al 15 % nell'UE). I tassi di sopravvivenza a cinque anni più elevati in Italia sono stati registrati per il cancro alla tiroide nelle donne (96,2 %) e al testicolo negli uomini (93,2 %) (Associazione italiana di oncologia medica e Associazione italiana registri tumori, 2021).

Inoltre la copertura dei registri regionali è passata dal 38,6 % nel 1995-1999 al 58,3 % nel 2000-2014 e al 70 % (includendo solo i registri certificati) nel 2017, il che significa che i dati recenti probabilmente forniscono un quadro più realistico della situazione attuale, nonostante sia in corso la realizzazione di un registro nazionale dei tumori con una copertura completa. In Italia la percentuale di diagnosi precoce dei tumori mammari è del 45,7 %, un dato inferiore a quello della maggior parte degli Stati membri dell'UE. Se l'Italia migliorasse la tempestività della diagnosi di questo tumore, si potrebbero registrare ulteriori miglioramenti in relazione al tasso di sopravvivenza (Allemani et al., 2018).

Figura 10. La sopravvivenza al cancro in Italia è superiore alla media UE per la maggior parte dei tumori

Cancro della prostata	Leucemia infantile	Cancro della mammella	Cancro del collo dell'utero	Cancro del colon	Cancro dei polmoni
Italia: 89%	Italia: 88%	Italia: 86%	Italia: 67%	Italia: 64%	Italia: 16%
UE-24: 87%	UE-24: 82%	UE-24: 83%	UE-24: 64%	UE-24: 60%	UE-24: 15%

Nota: i dati si riferiscono alle persone che hanno ricevuto una diagnosi tra il 2010 e il 2014. Per leucemia infantile si intende la leucemia linfoblastica acuta.

Fonte: programma CONCORD, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Esistono diverse iniziative a favore del "diritto all'oblio"

I piani nazionali di lotta contro il cancro comprendono sin dal 2010 anche il sostegno psicosociale per i pazienti oncologici, sebbene l'erogazione di questo tipo di assistenza sia ostacolata dalla carenza di risorse e di consapevolezza da parte dei pazienti e degli operatori sanitari stessi. Per migliorarne l'adozione nella pratica clinica, nel 2019 l'associazione italiana di oncologia medica ha elaborato delle linee guida fondate su dati concreti riguardanti il sostegno psicologico per i pazienti oncologici. La bozza del piano oncologico nazionale 2022-2027 mira a rafforzare ulteriormente il sostegno psicologico per i pazienti oncologici, con particolare attenzione ai pazienti della nuova oncologia di precisione.

Il piano riconosce inoltre la necessità di garantire il reinserimento lavorativo dei pazienti oncologici, includendo iniziative come la valutazione iniziale e l'adattamento delle condizioni di lavoro. Anche molto tempo dopo la guarigione, i pazienti spesso subiscono discriminazioni nel mercato del lavoro e nei servizi finanziari e assicurativi. L'Italia è sprovvista di una legge sul diritto all'oblio (un diritto che dà alle persone la possibilità di esercitare il controllo sui propri dati personali, comprese le informazioni sanitarie, decidendo quali debbano essere accessibili al pubblico); tuttavia, nel gennaio 2022, la fondazione dell'associazione italiana di oncologia medica ha avviato una campagna sulle piattaforme social per condividere informazioni e aumentare la consapevolezza sul tema della sopravvivenza al cancro e del diritto all'oblio. La fondazione ha anche avviato una raccolta di firme per l'introduzione del diritto all'oblio nella normativa italiana; a settembre 2022 erano state raccolte circa 76 000 firme, su un obiettivo di 100 000.

Un registro nazionale tumori è attualmente in via di sviluppo

In Italia è attualmente in corso di realizzazione un registro nazionale tumori. Al 2022 sono 50 i registri tumori certificati in tutte le regioni, che coprono il 70 % della popolazione. La gestione ed erogazione delle cure oncologiche su base regionale, insieme agli spostamenti dei pazienti tra le varie regioni, hanno ritardato la creazione di un registro nazionale dotato di copertura completa. Tuttavia nel 2019 il parlamento nazionale ha approvato una legge sull'istituzione di un registro nazionale tumori, con uno stanziamento di 1 milione di EUR annui a partire dal 2020. Tale somma è stata ripartita tra le regioni per finanziare lo sviluppo dei registri tumori regionali, che raccoglieranno e trasferiranno i dati al registro nazionale. La bozza del piano oncologico nazionale 2022-2027 include tra i propri obiettivi il completamento del registro nazionale tumori e definisce indicatori di monitoraggio (Ministero della Salute, di prossima adozione).

L'Italia sta pianificando il passaggio a un percorso di cura dei pazienti integrato e multidisciplinare

L'assistenza oncologica in Italia è stata tradizionalmente fornita in regime di ricovero ospedaliero. La durata media della degenza ospedaliera per cancro nel 2019 è stata vicina o superiore alla media dell'UE per la maggior parte dei tumori, ad eccezione del cancro della mammella e del cancro della pelle e delle ghiandole sudoripare.

La bozza del piano oncologico nazionale 2022-2027 definisce un nuovo modello di cure per i pazienti oncologici, definito come un percorso di prevenzione, diagnosi, terapia e cure palliative. Il piano mira a sviluppare un percorso integrato che sostenga il paziente dal momento del sospetto diagnostico o della diagnosi di cancro a tutte le successive fasi della malattia. Tra gli elementi principali vi sono l'approccio decisionale basato sulle evidenze scientifiche, l'individuazione del case manager per migliorare il coordinamento delle cure, l'istituzione di equipe multidisciplinari e l'erogazione di assistenza ambulatoriale, ove possibile (Ministero della Salute, di prossima adozione).

Gli indicatori di qualità non sono molto diffusi, ma stanno nascendo iniziative locali

Gli indicatori di qualità non sono molto diffusi in Italia per le cure oncologiche. Tuttavia alcuni indicatori sono monitorati regolarmente a livello regionale o nazionale

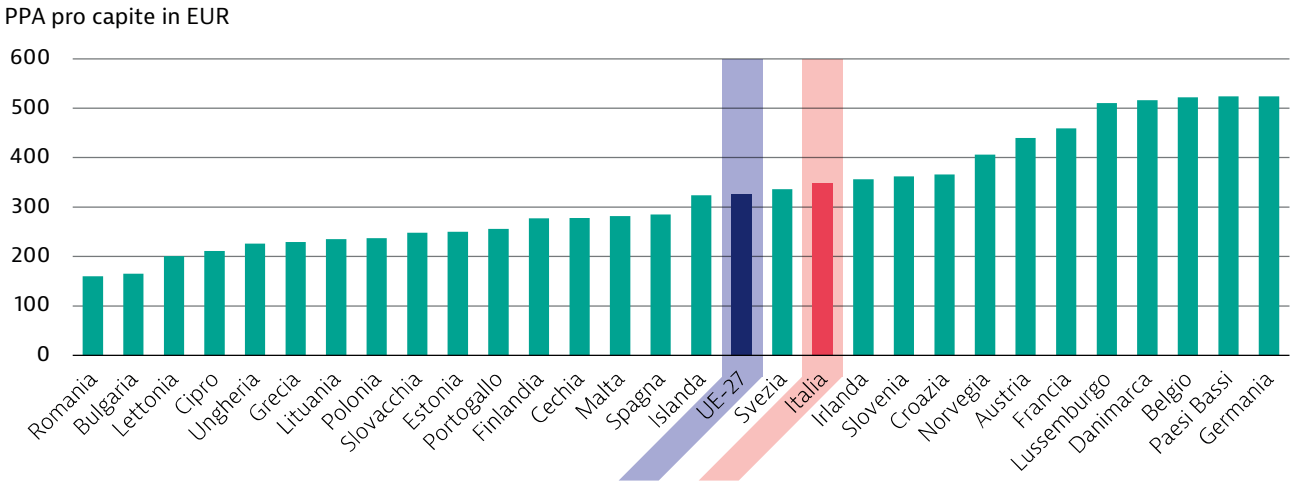
attraverso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, che pubblica una valutazione annuale degli esiti dei servizi sanitari che include sia gli operatori pubblici che quelli privati. La bozza del piano oncologico nazionale 2022-2027 riconosce l'importanza degli indicatori di qualità e individua l'obiettivo di sviluppare l'utilizzo di misure di esito (patient-reported outcome measures - PROM) e di esperienza (patient-reported experience measures - PREM) riportate dai pazienti e di altri indicatori della qualità delle cure oncologiche (Ministero della Salute, di prossima adozione). Stanno già nascendo iniziative locali per misurare gli esiti e l'esperienza riferiti dai pazienti. Ad esempio, in Piemonte e Toscana, l'ospedale dell'ASL di Biella e l'istituto di management MeS della Scuola superiore Sant'Anna di Pisa (OCSE, 2021b) hanno raccolto i questionari di esito e di esperienza (PROM e PREM) di pazienti oncologiche tra il 2019 e il 2021. Le pazienti hanno compilato i questionari in forma totalmente digitale dal proprio domicilio. I questionari erano rivolti a pazienti sottoposte a un intervento di ricostruzione del seno, e hanno raccolto informazioni sulla qualità della vita e sul livello di soddisfazione per i risultati dell'intervento chirurgico. Il sito web del centro di ricerca MeS contiene i primi rapporti con i risultati aggregati dell'indagine.

5.3 Costi e rapporto costi/benefici

I prestatori di assistenza informale rappresentano una quota importante dei costi totali del cancro

Nel 2018 l'Italia ha speso 348 EUR pro capite (cifra adeguata in base alla parità di potere d'acquisto PPA) per i tumori, un importo in linea con la media UE pari a 326 EUR (Figura 11). Il costo totale annuo delle cure oncologiche è stimato a 20 miliardi di EUR, di cui quasi 6 miliardi di EUR di spesa farmaceutica e più di 5 miliardi di EUR a carico dei pazienti. L'assistenza informale rappresenta una quota significativa dei costi totali del cancro. L'Italia è al secondo posto nell'UE per i costi dell'assistenza informale, con 85 EUR pro capite nel 2018, circa il doppio della media UE di 39 EUR. Si prevede inoltre che tale costo aumenterà ulteriormente; al riguardo, nel 2017 l'Italia ha istituito un fondo per sostenere i prestatori di assistenza informale. Il fondo aveva una dotazione annua di 20 milioni di EUR nel periodo 2018-2020, che è stata portata a 30 milioni di EUR per il periodo 2021-2023 (Ministero della Salute, di prossima adozione). Dal 2014 il Ministero della Salute finanzia il progetto EPICOST, che raccoglie i dati sui costi del cancro per regione, tipo di tumore e stadio della malattia per sostenere il processo decisionale sugli investimenti nelle cure oncologiche. Il progetto ricostruisce i modelli individuali di cura e i profili dei costi direttamente sostenuti dal sistema sanitario nazionale per la gestione dei pazienti oncologici, dalla diagnosi al trattamento e al monitoraggio, fino al follow-up di fine vita.

Figura 11. Il costo totale pro capite del cancro è prossimo alla media dell'UE



Nota: La media dell'UE non è ponderata (calcolata dall'OCSE).
Fonte: Hofmarcher et al. (2020).

Per il controllo dei costi si fa ricorso a meccanismi di condivisione del rischio e a massimali tariffari per i farmaci

In Italia i pazienti possono accedere gratuitamente alle cure oncologiche, ma vigono meccanismi per garantire un utilizzo razionale e concreto dei farmaci. Come altri Stati membri dell'UE, l'Italia applica in alcuni casi meccanismi di condivisione del rischio e massimali tariffari per i farmaci. Dopo l'approvazione da parte dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), i farmaci oncologici sono messi a disposizione dei medici del servizio sanitario nazionale in conformità all'indicazione terapeutica approvata e subordinatamente alle eventuali restrizioni che possono essere introdotte dall'Agenzia. Per prescrivere molti dei

nuovi farmaci oncologici, i medici devono compilare un modulo di un apposito registro volto a garantire l'appropriatezza dell'uso di tali farmaci e a monitorare alcuni parametri fondamentali di efficacia e sicurezza. Inoltre il servizio sanitario nazionale copre il costo totale dei farmaci solo se ne è stata provata l'efficacia (OCSE, 2013).

Per garantire l'accesso ai nuovi farmaci oncologici ad alto costo, nel 2017 l'Italia ha istituito un apposito fondo nazionale per i farmaci oncologici innovativi con una dotazione annua di 500 milioni di EUR. Nel 2020 il fondo è stato rifinanziato con ulteriori 500 milioni di EUR. L'Agenzia Italiana del Farmaco ha fissato tre criteri per l'individuazione dei farmaci innovativi: bisogno terapeutico, valore terapeutico aggiunto e qualità e solidità delle prove. Per ridurre al minimo le disuguaglianze regionali, tutti i farmaci innovativi (compresi quelli oncologici) devono essere inclusi in tutti gli elenchi regionali. Se la spesa per i farmaci innovativi supera la dotazione del fondo, le spese sono conteggiate nella spesa farmaceutica generale, per la quale le aziende farmaceutiche devono sostenere una quota dell'eccedenza rispetto alla dotazione. L'Italia consente l'uso off-label regolamentato dei farmaci oncologici a determinate condizioni: se a) esistono esigenze non soddisfatte; b) l'azienda farmaceutica non sta effettuando sperimentazioni cliniche; oppure c) non vi sono programmi per l'uso compassionevole. Per essere rimborsati dal servizio sanitario nazionale, questi usi off-label devono essere approvati dall'AIFA.

L'Italia utilizzerà una parte dei fondi del dispositivo europeo per la ripresa e la resilienza per migliorare l'assistenza ai malati di cancro e ridurre le disuguaglianze tra le regioni. Sono previsti investimenti mirati alla digitalizzazione dell'offerta assistenziale e all'ampliamento della rete di strutture ambulatoriali disponibili per l'erogazione di un'assistenza oncologica multidisciplinare e territoriale, migliorando l'accessibilità (Ministero della Salute, di prossima adozione).

5.4 COVID-19 e cancro: rafforzare la resilienza

La crisi della COVID-19 ha avuto gravi ripercussioni sui programmi di screening dei tumori

In Italia il numero di esami di screening dei tumori è diminuito durante la pandemia. Tra gennaio 2020 e maggio 2021 i tassi di screening per il tumore del collo dell'utero sono diminuiti del 35,6 %, per il tumore della mammella del 28,5 % e per il tumore del colon-retto del 34,3 %. Di conseguenza le diagnosi di tumore sono diminuite e i programmi di screening hanno accumulato ritardi. L'Osservatorio Nazionale Screening stima che i ritardi accumulati dai programmi di screening ammontino a 6 mesi per il tumore del collo dell'utero, a 4,8 mesi per lo screening del tumore della mammella e a 5,8 mesi per il tumore del colon-retto. L'entità degli screening mancati e ritardati è diseguale nelle varie regioni. Le regioni settentrionali, colpite più gravemente dalla pandemia, hanno registrato le maggiori contrazioni di partecipazione agli screening. I ritardi accumulati registrati in Basilicata, Calabria, Lombardia e Valle d'Aosta sono pari al doppio della media nazionale. Rispetto ai ritardi registrati nel 2020, i dati del 2021 mostrano un certo miglioramento; sono tuttavia necessari ulteriori sforzi nella maggior parte delle regioni per tornare ai livelli pre-pandemia. La bozza del piano oncologico nazionale 2022-2027 non include misure specifiche per garantire che, oltre a recuperare i ritardi accumulati negli screening anti tumorali, si riducano le disuguaglianze socioeconomiche e regionali di partecipazione ai programmi di screening. Tuttavia il piano riconosce l'importanza di ridurre l'impatto di queste disuguaglianze sulla partecipazione agli screening. L'Istituto Superiore di Sanità ha sollecitato azioni in tal senso.

Il prossimo piano nazionale di vaccinazione mirerà a colmare i ritardi nella vaccinazione contro il papillomavirus umano

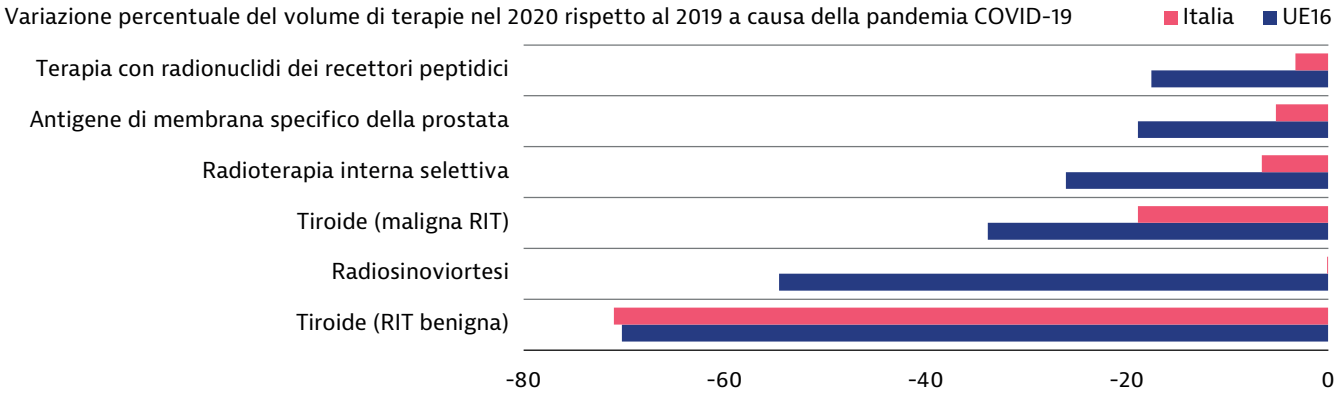
I ritardi dovuti alla pandemia hanno riguardato anche le campagne di vaccinazione, compresa quella anti-HPV. Il tasso di vaccinazione completa contro il papillomavirus umano per le ragazze di 15 anni è sceso, passando dal 70 % nel 2019 al 64 % nel 2020. L'Italia sta predisponendo il piano nazionale di vaccinazione 2022-2025, che affronterà le problematiche legate all'interruzione delle campagne di vaccinazione per ridurre i ritardi causati dalla pandemia. Il piano affronterà anche le disuguaglianze nell'accesso ai vaccini, armonizzando le campagne di vaccinazione tra le regioni.

Il volume delle terapie oncologiche è diminuito durante la pandemia, ma meno della media europea

I dati relativi all'impatto della COVID-19 sulla chirurgia oncologica sono attualmente disponibili solo per il cancro al seno e al colon-retto. In particolare i dati rivelano una riduzione degli interventi chirurgici del 12,3 % per il cancro al seno e del 13,6 % per il cancro del colon-retto tra il 2019 e il 2020 (Associazione Italiana di Oncologia Medica e Associazione Italiana Registri Tumori, 2021).

Le terapie per il trattamento del cancro hanno subito meno interruzioni nel 2020 in Italia rispetto alla media dell'UE, ad eccezione della terapia con radioiodio per le neoplasie benigne (Figura 12). Tuttavia una quota non trascurabile di pazienti ha saltato terapie e trattamenti farmacologici a causa della pandemia. Tra il 13 % delle persone che hanno dichiarato di aver saltato una somministrazione farmacologica nel 2020, nella metà dei casi ciò è avvenuto perché la struttura sanitaria o la farmacia erano chiuse e in un quinto dei casi perché la persona è stata respinta dalla struttura sanitaria o dalla farmacia.

Figura 12. L'interruzione delle terapie oncologiche a causa della COVID-19 è stata inferiore in Italia rispetto agli Stati membri dell'UE.



Nota: la media dell'UE non è ponderata (calcolata dall'OCSE).
Fonte: Freudenberg et al. (2020).

6. Approfondimento sulle disuguaglianze

L'incidenza del cancro in Italia è più alta tra gli uomini che tra le donne, come avviene in altri Stati membri dell'UE. Anche la mortalità complessiva e quella prevenibile sono più alte tra gli uomini che tra le donne, ma la mortalità sta diminuendo più rapidamente tra gli uomini grazie alla riduzione del tabagismo. Le disparità di genere, di istruzione e geografiche influenzano la distribuzione dei principali fattori di rischio per il cancro.

- Il divario di genere nel tabagismo è leggermente più ampio in Italia (divario del 61 %) rispetto alla media dell'UE (divario del 50 %), con una maggiore prevalenza del fumo tra gli uomini.
- Il consumo complessivo di alcol e il consumo pericoloso di alcol sono più comuni tra le persone con livelli di istruzione e reddito più bassi. Le persone con un livello di istruzione inferiore hanno il 75 % di probabilità in più di essere forti bevitori rispetto a quelle con un livello di istruzione più alto.
- La probabilità di sovrappeso e obesità è maggiore del 60 % per le persone con un livello di istruzione inferiore e del 50 % per gli individui di sesso maschile. Gli stessi gruppi hanno anche minori probabilità di dichiarare abitudini alimentari sane.
- Il numero di persone che smettono di fumare è superiore nelle regioni settentrionali, mentre nelle regioni meridionali la prevalenza di sovrappeso e obesità è più alta e l'attività fisica è meno diffusa.
- L'adesione ai programmi di screening varia a seconda dei livelli di istruzione, della fascia di reddito e delle aree geografiche. Nello screening del cancro al seno, i divari di istruzione e di reddito sono più ampi rispetto alle medie dell'UE. Ad esempio lo scarto tra le donne con un livello di istruzione più alto e quelle con un livello inferiore è di 13 punti percentuali e tra le fasce di reddito più alto e più basso è di 20 punti percentuali.
- Per i tre principali programmi di screening del cancro l'adesione è maggiore nelle regioni settentrionali rispetto a quelle meridionali. La percentuale di persone che hanno effettuato uno screening per il cancro del colon-retto o un test del sangue occulto nelle feci negli ultimi due anni in Veneto è stata sei volte superiore a quella della Puglia.

Le cure oncologiche sono gratuite, anche se l'assistenza informale rappresenta una componente importante dell'onere economico del cancro in Italia. Inoltre la distribuzione geografica disomogenea dei centri oncologici su scala nazionale induce i pazienti a cercare assistenza nelle regioni settentrionali. Per migliorare l'accessibilità e la qualità delle cure oncologiche sono necessari un maggiore coordinamento tra i centri oncologici e una maggiore disponibilità di dati.

La pandemia di COVID-19 ha causato ritardi nei programmi di screening dei tumori e ha rallentato le attività di prevenzione, soprattutto nelle regioni settentrionali. La pandemia ha anche influito sulla somministrazione delle terapie oncologiche, evidenziando la necessità di investire nell'assistenza domiciliare.

Fonti

IARC (2017), *Cancer screening in the European Union (2017): report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening*. Lione, Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro, https://ec.europa.eu/health/system/files/2017-05/2017_cancerscreening_2ndreportimplementation_en_0.pdf.

Commissione europea (2021), *Piano europeo di lotta contro il cancro*. Bruxelles, Commissione europea, https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/cancer-plan-europe_it.

Hofmarcher T et al. (2020), The cost of cancer in Europe 2018, *European Journal of Cancer,* 129:41-49.

Freudenberg, L. et al. (2020), "Global Impact of COVID-19 on Nuclear Medicine Departments: An International Survey in April 2020", *Journal of Nuclear Medicine,* Vol. 61/9, pag. 1278-1283, https://doi.org/10.2967/jnumed.120.249821.

Ministero della Salute (2021), *Coperture vaccinali al 31.12.2020 per HPV*. Roma, Ministero della Salute, https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_tavole_27_1_5_file.pdf.

Ministero della Salute (di prossima adozione), *Documento di pianificazione e indirizzo per la prevenzione e il contrasto del cancro 2022-2027*. Roma, Ministero della Salute.

Istituto superiore di sanità ISS (2021), *Prevenzione del tabagismo in Italia a 15 anni dal Programma nazionale Guadagnare Salute: ombre sull'approccio intersettoriale al tabacco,* https://www.epicentro.iss.it/ben/2021/4/prevenzione-tabagismo-guadagnare-salute (consultato nel 2022).

Istituto superiore di sanità ISS (2022), Sorveglianza PASSI: I dati per l'Italia https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/attivita-oms.

OCSE (2013), *Cancer care: assuring quality to improve survival*. Parigi, Edizioni OCSE, https://dx.doi.org/10.1787/9789264181052-en.

OCSE (2019), *The heavy burden of obesity: the economics of prevention*. Parigi, Edizioni OCSE, https://dx.doi.org/10.1787/67450d67-en.

OCSE (2021a), *Preventing harmful alcohol use*. Parigi, Edizioni OCSE, https://dx.doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en.

OCSE (2021b), *Health at a glance 2021: OECD indicators*. Parigi, Edizioni OCSE, https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en.

Piano nazionale della prevenzione 2020-2025 - https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?id=5029&menu=notizie

Elenco dei codici paese

Austria	AT	Danimarca	DK	Ungheria	HU	Lussemburgo	LU	Romania	RO
Belgio	BE	Estonia	EE	Islanda	IS	Malta	MT	Slovacchia	SK
Bulgaria	BG	Finlandia	FI	Irlanda	IE	Paesi Bassi	NL	Slovenia	SI
Croazia	HR	Francia	FR	Italia	IT	Norvegia	NO	Spagna	ES
Cipro	CY	Germania	DE	Lettonia	LV	Polonia	PL	Svezia	SE
Cechia	CZ	Grecia	EL	Lituania	LT	Portogallo	PT		

European Cancer Inequalities Registry

Profili sul cancro per paese 2023

Il registro europeo delle disuguaglianze di fronte al cancro è un'iniziativa faro del piano europeo di lotta contro il cancro. Il registro fornisce dati solidi e affidabili sulla prevenzione e sulla cura del cancro per individuare le tendenze, nonché le disparità e le disuguaglianze tra Stati membri e regioni. Il Registro contiene un sito web e uno strumento di dati sviluppato dal Centro comune di ricerca della Commissione europea (https://cancer-inequalities.jrc.ec.europa. eu/), nonché una serie alternata di profili biennali sul cancro e un rapporto generale sulle disuguaglianze nel cancro in Europa.

I profili sul cancro per paese identificano i punti di forza, le sfide e le aree d'azione specifiche per ciascuno dei 27 Stati membri dell'UE, l'Islanda e la Norvegia, per orientare gli investimenti e gli interventi a livello europeo, nazionale e regionale nell'ambito del piano europeo di lotta contro il cancro. Il Registro europeo delle disuguaglianze in materia di cancro sostiene anche l'iniziativa faro 1 del Piano d'azione "Inquinamento zero".

I profili sono realizzati dall'OCSE in collaborazione con la Commissione europea. Il gruppo di lavoro desidera ringraziare gli esperti nazionali, il comitato per la salute dell'OCSE e il gruppo tematico di esperti dell'UE sul registro delle disuguaglianze di fronte al cancro per i preziosi commenti e suggerimenti forniti.

Ciascun Profilo del cancro nazionale fornisce una breve sintesi di:

- il carico oncologico nazionale
- i fattori di rischio per il cancro, con particolare attenzione ai fattori di rischio comportamentali e ambientali
- i programmi di diagnosi precoce
- le prestazioni dell'assistenza oncologica, con particolare attenzione all'accessibilità, alla qualità dell'assistenza, ai costi e all'impatto della COVID-19 sull'assistenza oncologica.

Come citare questo documento:
OECD (2023), *Profili sul cancro per paese: Italia 2023,* EU Country Cancer Profiles, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/e8b5d03a-it.

ISBN 9789264325494 (PDF)
Series : EU Country Cancer Profiles

European Commission

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES