

Mortalità per Carcinoma della Mammella nell'AS 7 – Anni 1997-2001

A. Suter Sardo, A. Mazzei, F. Rizzuto

Introduzione

Da sempre l'epidemiologia può contribuire a misurare lo stato di salute della popolazione, il bisogno ed il sistema sanitario nei suoi aspetti di funzionamento.

Tra le patologie oncologiche più frequenti in Italia spiccano i tumori della mammella.

L'incidenza per tali neoplasie nelle donne è più elevata nei paesi più industrializzati, soprattutto nel continente nordamericano ed in Europa settentrionale, mentre risulta più bassa nei paesi orientali. Le differenze nord-sud sono confermate anche in Italia che si colloca fra i paesi a incidenza medio-alta, con un tasso standardizzato di 53,7 casi ogni 100.000 abitanti. La rilevazione dei nuovi casi viene effettuata attraverso i Registri tumori, che non hanno una distribuzione omogenea sul territorio, pertanto il P.S.N. 1998-2000 suggerisce la creazione di una rete che consenta “la realizzazione di stime d'incidenza, prevalenza e sopravvivenza per l'intera popolazione italiana”.

I tumori della mammella nella donna rappresentano in Italia la seconda causa di morte dopo le malattie cardiovascolari. Ogni anno muoiono nella nazione circa 28.000 donne per carcinoma diagnosticato e trattato in anni precedenti, pertanto la riduzione della sua mortalità rientra tra gli obiettivi previsti dal P.S.N.

I tassi standardizzati di mortalità nel periodo '95-'98 si sono ridotti del 4% circa, passando da 3,4 a 3,2 decessi per 10.000 donne grazie alla riduzione della mortalità per tutte le età eccetto che nelle ultraottantenni. Tale andamento potrebbe essere influenzato da una riduzione dei tassi d'incidenza nelle donne più giovani oppure da loro modificazioni nei comportamenti. Un maggiore ricorso alla prevenzione (controlli mammografici), più diffuso nelle nuove generazioni o tra le donne più istruite, può comportare una diagnosi precoce ed un miglioramento dell'efficacia del trattamento che si traducono in un guadagno in termini di sopravvivenza.

Il servizio di Epidemiologia dell'AS 7, già da qualche anno, fornisce gli indicatori costruibili attraverso reti di flussi informativi sufficientemente organizzate (ad es: Schede Istat di morte, SDO). Attraverso le Schede Istat di morte, che pervengono

al servizio, sede del Re.Ca.M, vengono infatti analizzate, ogni anno, le patologie che causano il decesso nei residenti sul territorio e vengono effettuati pertanto i confronti temporo-geografici utili alla comprensione di problemi prioritari nell'AS 7.

L'analisi della mortalità normalmente viene condotta secondo la classificazione delle patologie che hanno causato il decesso, raggruppate in gruppi nosologici che seguono criteri legati all'eziologia, alla lesione anatomo-patologica o alla localizzazione. Questi criteri, pur fornendo una valutazione quantitativa della situazione, non sono sempre soddisfacenti: dal punto di vista della prevenzione, per esempio, appare sicuramente più utile raggruppare le patologie che riconoscono lo stesso tipo di fattore di rischio oppure quelle evitabili con interventi sanitari mirati.

Nel 1976 Rutstein ha introdotto il concetto di "evento sentinella" per indicare alcune cause di morte che costituiscono un segnale d'allarme sulla qualità dei servizi sanitari. Il buon funzionamento degli stessi e l'idonea applicazione delle metodologie d'intervento in campo preventivo, diagnostico terapeutico e riabilitativo portano alla contrazione di tali eventi.

Dal concetto degli "eventi sentinella" è derivato quello di "mortalità evitabile"(Charlton 1983), basata sull'utilizzo di dati aggregati per il confronto tra aree geografiche o periodi temporali diversi. Il numero delle cause di morte evitabili, considerate nel primo Atlante Europeo sulla Mortalità Evitabile, è stato ampliato da Simonato e suddiviso in 3 gruppi dal ministero della Sanità che le ha valutate nella Relazione sullo stato sanitario del paese.

Il primo gruppo, denominato "Prevenzione primaria", comprende sette cause di morte riducibili attraverso l'adozione di normative, comportamenti e stili di vita definibili di Prevenzione primaria.. Fanno parte di questo gruppo le patologie più strettamente correlabili al fumo e al consumo di alcool e le morti violente, prevalentemente rappresentate dagli incidenti stradali, su cui è possibile intervenire con numerose misure (uso di caschi e di cinture di sicurezza, limiti di velocità, eccetera).

Il secondo gruppo, denominato "Diagnosi precoce e terapia", comprende alcuni tumori riconducibili a carenze di diagnosi precoce e terapia e riducibili sulla base di interventi di screening (per mammella e corpo dell'utero) e di diagnosi tempestiva accompagnata da una adeguata terapia.

Infine il terzo gruppo, denominato “Igiene ed Assistenza sanitaria”, comprende un gruppo eterogeneo di malattie. Per quanto attiene alle malattie infettive, queste si avvalgono di provvedimenti igienici, di interventi di prevenzione (vaccinazioni) e di adeguata assistenza; alcune delle patologie considerate (es: appendicite, mortalità materna, ecc), sono tipici indicatori di malasania, correlabili al funzionamento complessivo del sistema sanitario, come per esempio diagnosi non tempestiva, ritardi nel trasporto in ospedale o nell'intervento clinico.

L'analisi è stata ristretta alle classi d'età inferiori ai 70 anni, al fine di ridurre l'influenza di fattori legati a patologie concomitanti.

Obiettivo generale del presente lavoro valutare nell'arco di tempo esaminato l'andamento della mortalità per carcinoma della mammella nell'AS 7 , attraverso:

- Elaborazione dei tassi di mortalità specifici per classi d'età e confronto negli anni 1997-2001;
- Elaborazione del tasso di mortalità standardizzato e confronto con i dati nazionali e regionali (anno 1998);
- Elaborazione mortalità grezza e standardizzata (anni 1997-2001) e confronto col territorio di Ragusa (anni 1988-1992);
- Elaborazione della mortalità evitabile per alcune principali cause in donne residenti nell'As 7 (anni 1997-2001).

Fattori di rischio

Diversi sono i fattori di rischio presi in considerazione nella genesi dei tumori della mammella:

1. Anamnesi familiare positiva: le donne che hanno un parente di primo grado colpito da carcinoma della mammella hanno un rischio quasi doppio di sviluppare una neoplasia rispetto a chi non ha familiari colpiti.
2. Anamnesi positiva per carcinoma ovario, uterino o del colon;
3. Fattori genetici: Il cancro mammario su base ereditaria è un disordine autosomico dominante e presenta le seguenti caratteristiche cliniche a) età d'insorgenza più giovane rispetto agli altri casi; prevalenza più alta di tumori mammari bilaterali; sviluppo di altri tipi di tumori nei componenti affetti della famiglia in considerazione. Le mutazioni genetiche provocano il 10% di tutti i casi di tumore della mammella; i geni implicati nella loro genesi sono: BRCA-1 (5% dei casi), BRCA-2, p53.
4. Esposizione a radiazioni;
5. Dieta: L'aumento di assunzione di grassi nella dieta e l'aumento del numero totale di calorie assunte fanno aumentare l'incidenza di carcinoma mammario; ciò potrebbe spiegare la loro maggiore incidenza nei paesi industrializzati, rispetto alle popolazioni del terzo mondo;
6. Obesità;
7. Ormoni estrogeni: Hanno un rischio maggiore le donne con menarca precoce (<12 anni) o una menopausa tardiva (>55 anni), oppure le donne nullipare e quelle che sono diventate gravide dopo i 30 anni.
8. Malattie della mammella: a) mastopatia fibrocistica, solo nella variante "iperplasia atipica"; b) fibroadenoma, se la lesione è in situ.

Materiali e metodi

La popolazione dell'AS 7 adoperata è quella al 31/12 di ogni anno preso in esame. Sono state analizzate dal servizio Epidemiologico dell'AS7 le schede di morte dei residenti relative agli anni 1997-2001 e, per la Mortalità evitabile, la fascia d'età 5-69 anni.

I criteri seguiti per la codifica sono quelli previsti dalla IX Revisione della Classificazione Internazionale delle malattie (ICD IX).

Sono stati calcolati:

- Anni di vita potenzialmente persi (YPLL = years of potential life lost). Tale indicatore per la mortalità prematura si ottiene sommando per ogni deceduto in età minore del limite di età prescelto, la differenza tra questo limite e l'età in cui si è verificato il decesso.
- Tasso di YPLL per 1000 abitanti, ottenuto rapportando YPLL al totale della popolazione di età inferiore a 70 anni, nel periodo di tempo considerato.
- Tasso specifico di mortalità per causa: numero di morti, per la specifica causa in esame, sulla popolazione media residente, nelle fasce d'età 0-14, 15-34, 35-54, 55-74, 75 e oltre, negli anni 1997-2001.
- Tasso standardizzato di mortalità, per Ca mammella, calcolato col metodo diretto, utilizzando come popolazione standard quella italiana all'1-1-1998 (fonte Istat).

Risultati

Nella tabella n.1 è riportato il tasso di mortalità per fasce d'età, in donne residenti nell'AS 7 negli anni 1997-2001.

Esaminando i tassi di mortalità per la patologia in esame, si assiste ad una riduzione dei suoi valori nella fascia 35-54 anni, nel periodo considerato, a fronte di un incremento tra i 55 ed i 74 anni. Ma è dai 75 anni in su che osserviamo i valori più elevati, in accordo con quanto rilevato a livello nazionale. In complesso

la mortalità cresce con l'aumentare dell'età ed ha mostrato un incremento nel periodo esaminato.

Tabella N° 1
Mortalità per fasce di età in donne residenti nell'AS 7.

Anni	0-14	15-34	35-54	55-74	75 e +	Totale
1997	0	0	20,1	38,8	36,4	16,3
1998	0	0	11,5	31,0	81,8	16,3
1999	0	0	23,0	38,8	90,9	21,7
2000	0	0	11,5	42,6	63,6	17,1
2001	0	0	11,5	50,4	136,4	24,9
Totale	0	0	15,5	40,3	81,8	19,2

La tabella n.2 riporta i Tassi standardizzati di Mortalità per Ca mammario per territorio, nell'anno 1998.

Nel territorio dell'AS 7, nel periodo considerato, il tasso di mortalità standardizzato per Ca mammario presenta un valore inferiore sia al dato italiano che a quello calabrese.

Tabella N° 2
Tassi standardizzati di Mortalità per Ca mammella per territorio - Anno 1998
Tassi X 10.000 abitanti.

Territorio	N° decessi	T.M.S.
Italia	11.392	3,2
Calabria	232	2,4
AS7	21	1,8

Nella tabella n.3 sono evidenziati il numero dei decessi ed i Tassi di Mortalità grezzi e standardizzati per Ca della mammella nei territori di Ragusa e dell'AS 7. E' stata scelta Ragusa per effettuare un raffronto temporo-spaziale, in quanto, tra le sedi di registro tumori, è quella con caratteristiche più simili al nostro territorio. Il confronto ha riguardato rispettivamente gli anni 1997/2001 (AS 7) e 1988/1992 (Ragusa). Anche in questo caso il dato locale ha evidenziato tassi di mortalità inferiori.

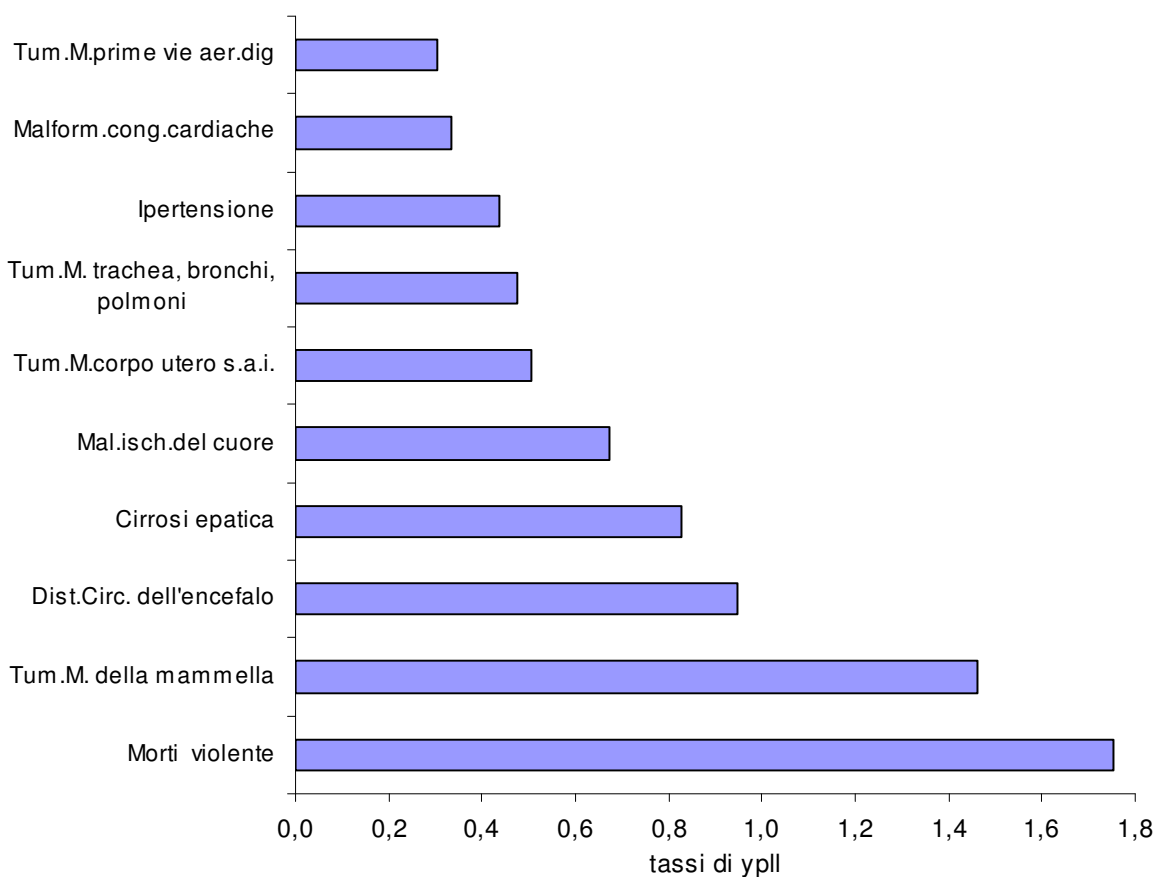
Tabella N° 3

**Numero decessi, Mortalità grezza e standardizzata per Ca della Mammella
Tassi X 100.000 abitanti.**

Territori	N° decessi	T.M.G.	T.M.S.
Ragusa	262	35,6	35,7
AS7	124	19,2	20,8

Il grafico riporta i tassi di anni di vita potenzialmente persi (mortalità evitabile) per le principali cause di morte, in donne residenti nel territorio dell'AS 7, negli anni 1997-2001. Se si escludono le morti violente che, a causa degli incidenti stradali interessano fasce d'età particolarmente basse, il carcinoma della mammella presenta il più alto tasso di anni di vita potenzialmente persi, precedendo i disturbi circolatori dell'encefalo, la cirrosi epatica, le malattie ischemiche del cuore.

**Mortalità evitabile per alcune principali cause in donne residenti nell'AS 7
Anni 97- 01**



Conclusione

Negli ultimi anni, a fronte di un' aumentata frequenza di tumori della mammella in tutto il mondo, si è assistito ad una stabilizzazione della mortalità, che conferma l'utilità dei programmi di screening e diagnosi precoce associati al miglioramento delle cure. Tale affermazione è convalidata dal fatto che nelle nazioni più industrializzate è stato osservato persino un modesto declino dei decessi per questa patologia.

Nei principali atti di programmazione sanitaria sono stati fatti molti passi avanti, negli ultimi anni, in tema di prevenzione oncologica. Nel nostro paese, con la legge finanziaria per il 2002, per quanto riguarda la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale femminile, sono stati soppressi i ticket per la mammografia.

I dati presentati per il territorio dell'AS 7 indicano che, nel periodo esaminato, è stato rilevato un incremento del tasso di mortalità per carcinoma della mammella, attribuibile in modo particolare alla fascia d'età più avanzata. Molto ancora può e deve essere fatto per combattere una patologia che, anche nell'AS 7, è causa di un elevato numero di decessi e di invalidità. Deve essere promosso nelle donne un comportamento più consapevole dei problemi di salute e della loro prevenzione, ma è anche giusto attribuire una particolare attenzione all'adeguamento del sistema sanitario ad una domanda crescente di prestazioni diagnostiche e terapeutiche. L'uso sistematico della mammografia sulla popolazione target sembra essere un mezzo efficace per ottenere la riduzione della mortalità per tumore della mammella. Il monitoraggio della sua incidenza necessita dell'attivazione di una rete di Registri dei tumori, che misurino continuamente, ed in modo omogeneo sul territorio, eventuali progressi nella lotta contro le più frequenti patologie oncologiche.