

ITALIA

# Profilo nazionale sul cancro

2025



## Serie di profili nazionali sul cancro

Il Registro Europeo delle Disuguaglianze di fronte al Cancro è un'iniziativa chiave del Piano Europeo di lotta contro 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, le regioni e i gruppi di popolazione. I Profili Nazionali sul cancro 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 di fronte al Cancro sostiene inoltre l'iniziativa chiave 1 del Piano d'Azione per l'Inquinamento Zero. I Profili sono realizzati dall'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) in collaborazione con la Commissione Europea. Il gruppo di lavoro desidera ringraziare 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 Nazionali sul Cancro derivano principalmente da statistiche nazionali ufficiali fornite a Eurostat e all'OCSE, convalidate per garantire i più elevati standard in materia 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 e informazioni provengono altresì dal Centro comune di ricerca (JRC) della Commissione Europea, dalle statistiche dell'UE sul reddito e sulle condizioni di vita (EU-SILC), dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), dall'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (AIRC), dall'Agenzia Internazionale per l'Energia Atomica (AIEA), dalla Società Europea di Oncologia Pediatrica (SIOPE), dall'Agenzia dell'Unione Europea per i Diritti Fondamentali (FRA LGBTIQ), dall'indagine sui comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare (Health Behaviour in School-aged Children study - HBSC), nonché dalle edizioni del 2023 dei Profili Sanitari e sul Cancro Nazionali e da altre fonti nazionali (indipendenti da 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 UE. I tassi di mortalità e di incidenza sono standardizzati per età rispetto alla popolazione standard europea adottata da Eurostat nel 2013.

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.

*Dichiarazioni di non responsabilità: Questo lavoro è pubblicato sotto la responsabilità del segretario generale dell'OCSE e della Presidente della Commissione Europea. Le opinioni espresse e le argomentazioni utilizzate nel presente documento non riflettono necessariamente le opinioni ufficiali dell'OCSE o dell'Unione Europea. Il presente documento, così come i dati e le cartine ivi inclusi, non pregiudicano lo status di un territorio o la sovranità su di esso, la demarcazione delle frontiere e dei confini internazionali e la denominazione di qualunque territorio, città o area geografica. Le denominazioni di paesi e territori e le mappe utilizzate in questa pubblicazione congiunta seguono la prassi dell'OCSE.*

*Clausole di esclusione della responsabilità territoriali specifiche applicabili all'OCSE: nota della Repubblica di Turchia: le informazioni contenute nel presente documento con riferimento a "Cipro" si riferiscono alla parte meridionale dell'isola. Non esiste un'unica autorità che rappresenti sia il popolo turco che quello greco-cipriota sull'isola. La Turchia riconosce la Repubblica turca di Cipro del Nord (TRNC). Fino a quando non sarà trovata una soluzione duratura ed equa nel contesto delle Nazioni Unite, la Turchia mantiene la sua posizione in merito alla "Questione Cipriota".*

*Nota di tutti gli Stati membri dell'Unione Europea aderenti all'OCSE e dell'Unione Europea: la Repubblica di Cipro è riconosciuta da tutti i membri delle Nazioni Unite ad eccezione della Turchia. Le informazioni contenute nel presente documento si riferiscono alla zona sotto il controllo effettivo del governo della Repubblica di Cipro.*

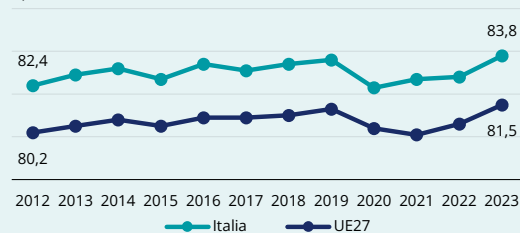
© OCSE/Unione europea 2025. In caso di discrepanze tra l'opera originale e la versione tradotta della stessa, soltanto il testo dell'opera originale è da considerarsi valido.

## Indice

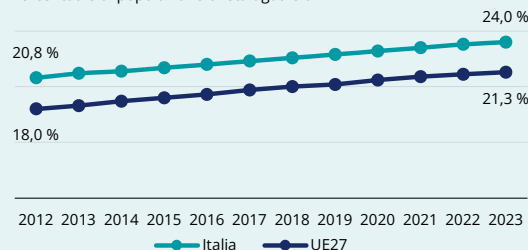
1. PRINCIPALI FATTI E CIFRE	3
2. IL CANCRO IN ITALIA	4
3. FATTORI DI RISCHIO E POLITICHE DI PREVENZIONE	9
4. DIAGNOSI PRECOCE	12
5. EFFICACIA DELLE CURE ONCOLOGICHE	17
5.1 Accessibilità	17
5.2 Qualità	21
5.3 Costi e rapporto costi/benefici	24
5.4 Benessere e qualità di vita	26
6. APPROFONDIMENTO SUI TUMORI PEDIATRICI	29

## Principali statistiche demografiche e del sistema sanitario

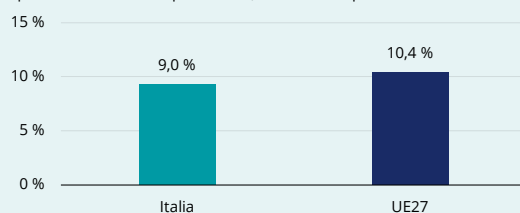
Speranza di vita alla nascita (anni)



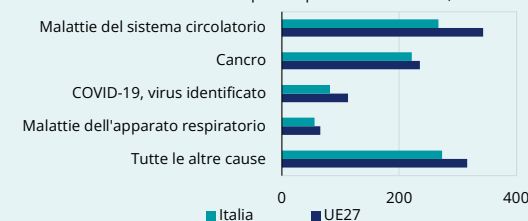
Percentuale di popolazione di età uguale o



Spesa sanitaria in % rispetto al PIL, 2022 o anno più vicino

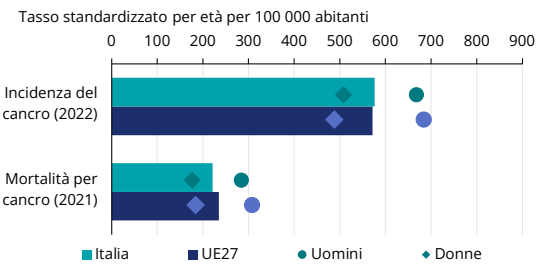


Tasso di mortalità standardizzato per età per 100 000 abitanti, 2021



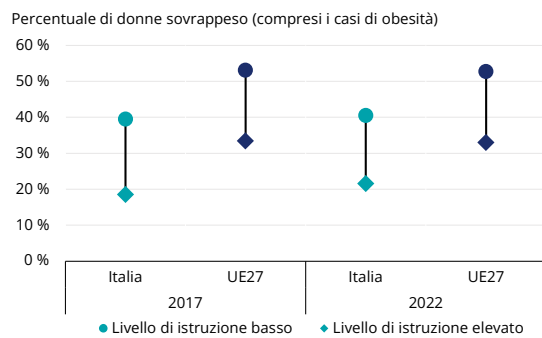
Fonte: banca dati di Eurostat.

# 1. Principali fatti e cifre



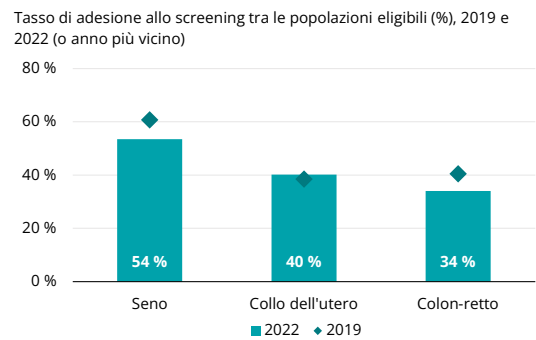
## Il cancro in Italia

Nel 2022 il tasso di incidenza stimato del cancro in Italia era del 2% inferiore rispetto alla media UE per gli uomini, ma del 4% al di sopra della media UE per le donne. Il tasso di mortalità per cancro standardizzato per età è risultato inferiore del 6% rispetto alla media UE, diminuendo del 15% tra il 2011 e il 2021 e superando il calo registrato in media in UE del 12%. Il tasso di prevalenza del cancro a cinque anni in Italia nel 2022 era superiore di circa il 6% rispetto alla media UE.



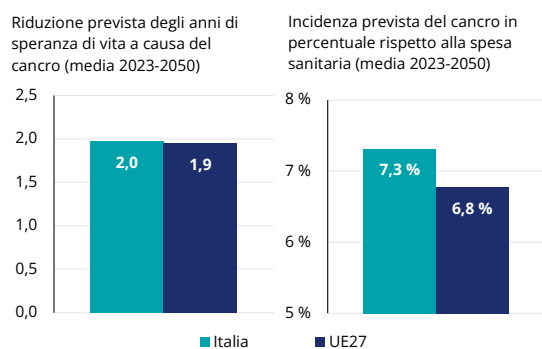
## Fattori di rischio e politiche di prevenzione

L'Italia registra risultati migliori rispetto alla maggior parte dei paesi dell'UE per quanto riguarda i fattori di rischio per il cancro, come il consumo di alcol, il sovrappeso e la qualità della dieta, ma presenta un'esposizione all'inquinamento atmosferico superiore alla media. Sebbene le percentuali dei fumatori siano diminuite nell'ultimo decennio, tale tendenza si è invertita durante la pandemia, in particolare tra i giovani adulti. I tassi di sovrappeso e obesità degli adulti in Italia sono tra i più bassi dell'UE, ma presentano un marcato gradiente socioeconomico: nel 2022, il 40% delle donne italiane con un livello di istruzione inferiore erano in sovrappeso, rispetto al 22% delle donne italiane con un livello di istruzione superiore.



## Diagnosi precoce

L'Italia ha istituito programmi di screening della popolazione per i tumori al seno, al colon-retto e del collo all'utero, e ha pianificato di ampliare le fasce di età per lo screening oncologico al seno e del colon-retto. I tassi di screening del cancro al seno e del colon-retto rimangono al di sotto del livello pre-pandemico del 2019 e mostrano marcate disparità interregionali. L'Italia sta valutando la fattibilità di programmi organizzati di screening per il cancro della prostata e al polmone, e sta passando al test HPV-DNA per il papillomavirus umano per lo screening per il tumore della cervice uterina, anche se i tempi di attuazione variano significativamente tra regioni.



## Efficacia delle cure oncologiche

Il Servizio Sanitario Nazionale italiano offre cure oncologiche complete e gratuite, ma persistono disparità di accesso a livello regionale. Le apparecchiature per la radioterapia sono concentrate al nord, creando ostacoli all'assistenza ambulatoriale nelle regioni meridionali. Si prevede che, dal 2023 al 2050, il cancro ridurrà la speranza di vita degli italiani di quasi due anni, un risultato in linea con la media UE. Tuttavia, si prevede che nei prossimi 25 anni l'aumento dei costi dei farmaci oncologici aumenterà in misura significativa la spesa sanitaria dell'Italia per il cancro, portandola al di sopra della media UE. Sebbene l'Italia abbia implementato una legislazione progressiva e misure di sicurezza sociale a sostegno dei sopravvissuti al cancro, permangono lacune nella copertura dei servizi di riabilitazione oncologica, e l'accesso alle cure palliative è ancora inadeguato in molte regioni.

## 2. Il cancro in Italia

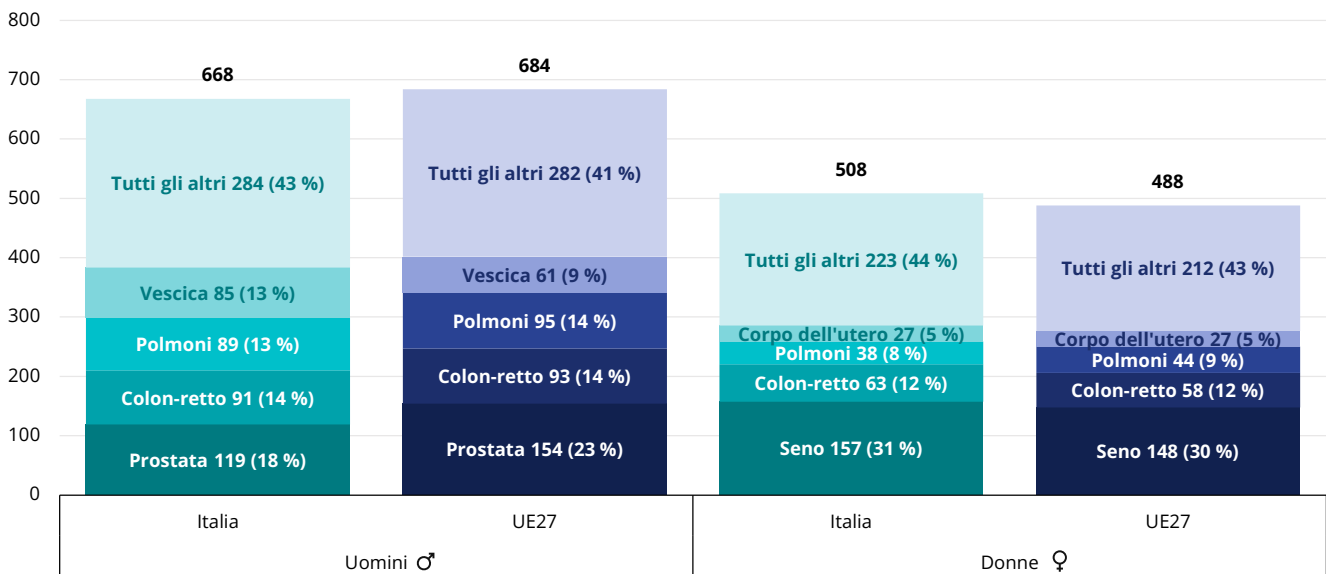
### L'invecchiamento demografico sta determinando un aumento dei tassi di cancro in Italia

Secondo proiezioni del Sistema Europeo d'Informazione sul Cancro (European Cancer Information System - ECIS) del Centro comune di ricerca (JRC) basate sui dati pre-pandemia, nel 2022 si prevedevano in Italia 407 240 nuovi casi di tumore, di cui 213 092 tra gli uomini (52%) e 194 148 tra le donne (48%). Il tasso di incidenza del cancro standardizzato per età era del 2% inferiore alla media UE tra gli uomini, ma del 4% superiore per le donne.

I tumori al seno, al colon-retto, ai polmoni e alla prostata rappresentavano insieme quasi la metà dell'incidenza del cancro nel 2022. Il cancro alla prostata è stato il principale tumore tra gli uomini, con il 18% dell'incidenza, seguito dai tumori del colon-retto (14%) e del polmone (13%)<sup>1</sup>. Per le donne, il cancro al seno è stato il più comune con il 31% dei casi, seguito dai tumori del colon-retto (12%), del polmone (8%) e dell'utero (5%) (Figura 1). In prospettiva, l'ECIS stima che i casi di cancro in Italia aumenteranno del 18% tra il 2022 e il 2040.

### Figura 1. Nel 2022 il tasso di incidenza del cancro standardizzato per età in Italia era paragonabile alla media UE

Tasso di incidenza standardizzato per età per 100 000 abitanti, stime, 2022



Note: I dati sono stime basate sulle tendenze di incidenza degli anni precedenti e possono differire dai tassi osservati negli anni più recenti. I dati comprendono tutte le sedi tumorali eccetto quelli della pelle non-melanoma. Il tumore del corpo dell'utero non include il cancro della cervice uterina.

Fonte: Sistema Europeo d'Informazione sul Cancro (ECIS). Da <https://ecis.jrc.ec.europa.eu>, consultato il 10.3.2024. © Unione Europea, 2024. La ripartizione percentuale dell'incidenza è stata ricalcolata sulla base di tassi di incidenza standardizzati per età e, di conseguenza, differisce dalla ripartizione percentuale dei numeri assoluti riportata sul sito web dell'ECIS.

### Il tasso di mortalità per cancro in Italia è diminuito del 15% nell'ultimo decennio ed è inferiore alla media UE

Dopo le malattie del sistema cardiocircolatorio, il cancro rappresenta la seconda causa principale di morte in Italia, con oltre il 23% di tutti i decessi registrati nel 2021. Pur presentando un tasso di

incidenza del cancro in linea con la media UE, la mortalità per cancro standardizzata per età rilevata in Italia è relativamente bassa; con 222 decessi per 100 000 abitanti, si tratta di un dato inferiore di quasi il 6% rispetto alla media UE di 235 decessi per 100 000 abitanti. Come in altri Paesi dell'UE, in Italia i tassi di mortalità per cancro

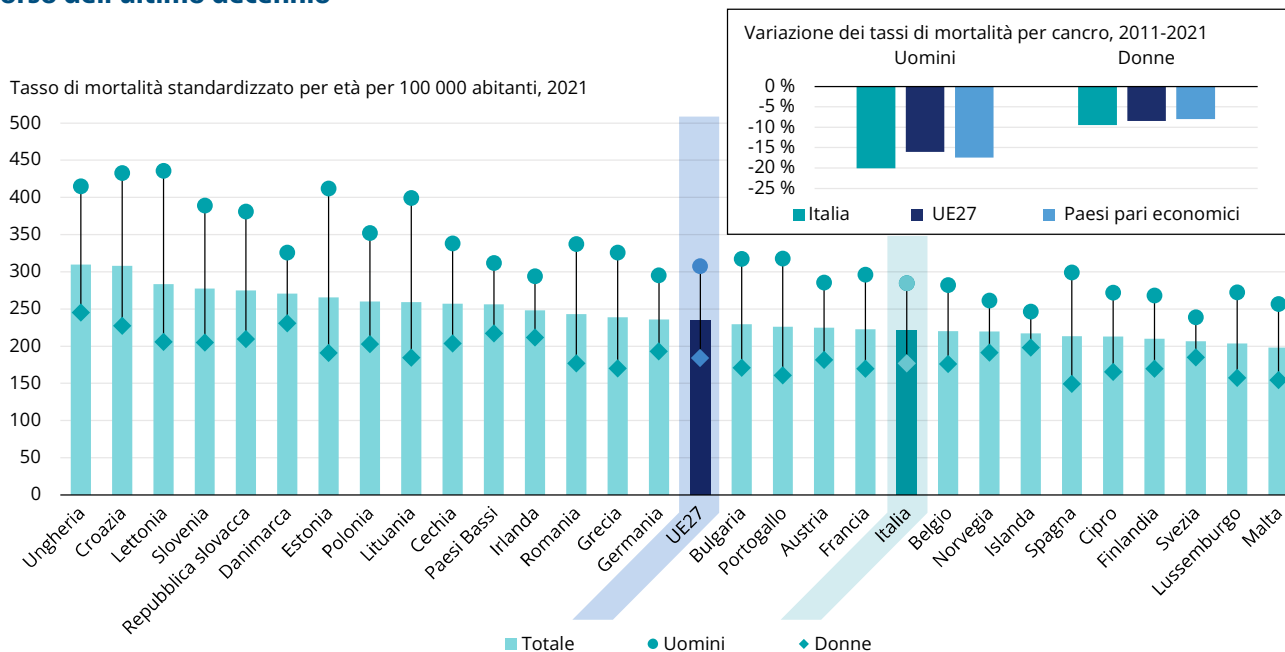
<sup>1</sup> Con "cancro ai polmoni" ci si riferisce anche al cancro della trachea e dei bronchi.

sono più elevati tra gli uomini, sebbene il divario di genere sia inferiore rispetto alla media UE.

Dal 2011 al 2021, il tasso di mortalità per cancro in Italia è diminuito del 15%, superando sia il calo della media UE, pari al 12% che la diminuzione media del 13% tra i suoi pari economici<sup>2</sup> (Figura 2). Quesa riduzione è avvenuta principalmente grazie a un calo del 20% della mortalità per tumore tra

gli uomini. Tale diminuzione riflette importanti progressi nella diagnosi precoce e nel trattamento dei tumori, sottolineando allo stesso tempo i progressi compiuti nella riduzione dei fattori di rischio comportamentali. Il calo dei tassi di fumo, in particolare tra gli uomini, ha rappresentato un fattore particolarmente significativo negli ultimi decenni (cfr. sezione 4).

**Figura 2. Il tasso di mortalità per cancro dell'Italia è diminuito in modo relativamente rapido nel corso dell'ultimo decennio**



Note: I paesi pari economici sono definiti come cluster di terzili basati sul PIL pro capite del 2022 in termini di standard di potere d'acquisto. I paesi pari economici per l'Italia includono CY, CZ, ES, FI, FR, LT, MT e SI.  
Fonte: Banca dati di Eurostat.

**La mortalità per cancro mostra un notevole gradiente socioeconomico tra gli uomini italiani**

Come in altri paesi dell'UE+2<sup>3</sup>, in Italia i tassi di mortalità per cancro sono più elevati tra le persone con livelli inferiori di istruzione per quasi tutti i tipi di tumore. Tale disparità rispecchia la distribuzione disomogenea dei fattori di rischio tra le persone con livelli diversi di istruzione, nonché capacità diverse di orientarsi tra le offerte del servizio sanitario nazionale (SSN) ed accedere a cure mediche tempestive (cfr. sezione 3). Il divario di mortalità per cancro legato all'istruzione in Italia è particolarmente marcato tra gli uomini: rispetto ai laureati, i diplomati delle scuole superiori hanno registrato un tasso di mortalità per cancro superiore del 26%, mentre quelli con un livello di istruzione primaria o inferiore hanno registrato un tasso più elevato del 75%. Il cancro ai polmoni ha rappresentato la percentuale più

elevata (oltre un terzo) dei decessi per cancro associati a livelli inferiori di istruzione (Pizzato et al., 2023).

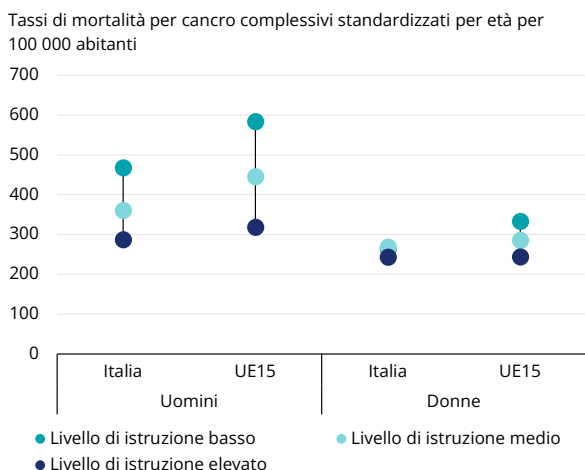
Tali risultati sono in linea con i quelli del progetto EU-CanIneq, che mira a sviluppare indicatori comparabili delle disparità socioeconomiche nelle cure oncologiche in tutta l'UE. Tra il 2015 e il 2019 gli uomini italiani con il livello di istruzione più basso hanno registrato, in media, un tasso di mortalità per cancro superiore del 63% rispetto a quello degli uomini italiani con i livelli di istruzione più elevati. Per le donne, tale divario è stato pari soltanto al 9%, ossia circa un quarto del divario medio nell'UE e uno dei più contenuti tra i paesi dell'UE con dati disponibili (Figura 3).

2 I paesi pari economici sono definiti come cluster di terzili basati sul PIL pro capite 2022 in termini di standard di potere d'acquisto. I pari economici per l'Italia includono Cipro, Repubblica Ceca, Spagna, Finlandia, Francia, Lituania, Malta e Slovenia.

3 Tra i paesi dell'UE+2 figurano i 27 Stati membri dell'UE (UE27), più Islanda e Norvegia.



### Figura 3. Le disuguaglianze socioeconomiche nella mortalità per cancro in Italia sono meno pronunciate rispetto alla maggioranza degli altri paesi dell'UE, sia per gli uomini che per le donne



Note: i dati dello studio "EU-CanIneq" si riferiscono al periodo 2015-2019. Con UE15 si fa riferimento alla media semplice di 14 paesi dell'UE e della Norvegia.

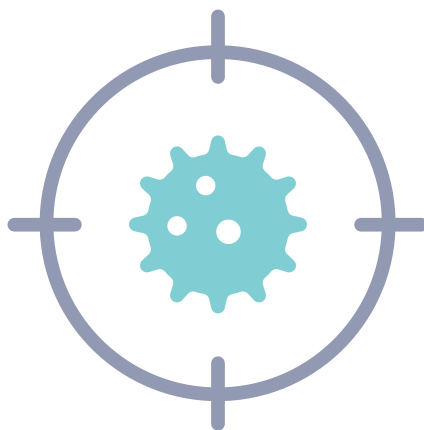
Fonte: Commissione Europea/IARC/Erasmus MC (2024), "Mapping socio-economic inequalities in cancer mortality across European countries". ECIR Inequalities factsheet.

### **l'Italia ha ridotto significativamente la mortalità per cancro evitabile nell'ultimo decennio, ma rimane un ampio margine per ulteriori riduzioni**

Grazie al miglioramento delle strategie di prevenzione e ai progressi nelle opzioni di trattamento, una percentuale significativa di decessi per cancro tra le persone di età inferiore ai 75 anni è considerata evitabile<sup>4</sup>. In Italia, come in altri paesi dell'UE, il cancro ai polmoni costituisce la principale causa di mortalità per cancro

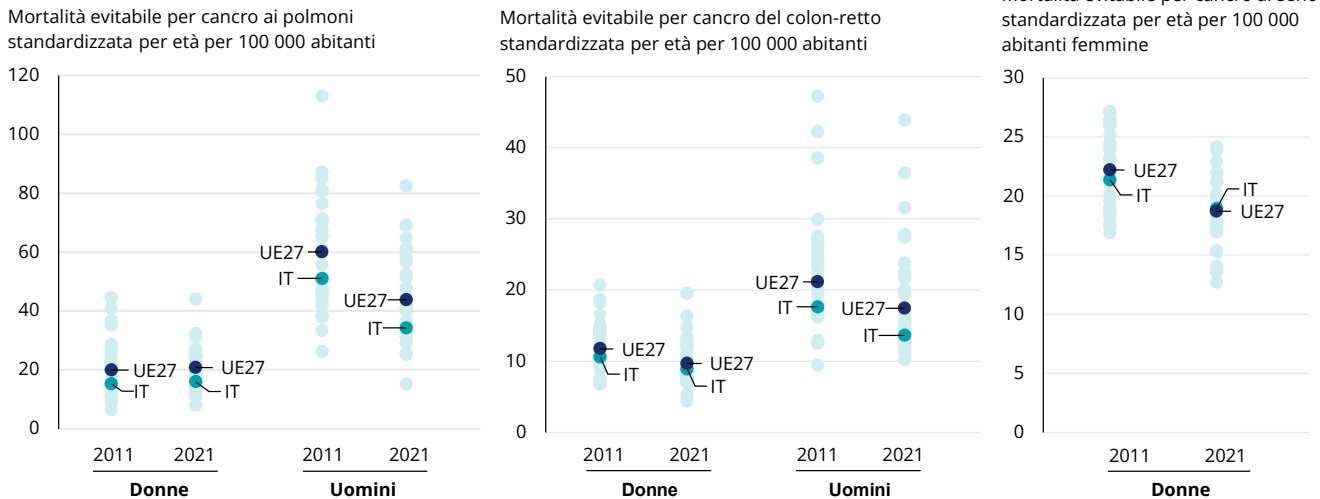
prevenibile, con il 19% di tutti i decessi evitabili tra gli uomini e il 22% tra le donne nel 2021. Tuttavia, il tasso di mortalità totale per cancro ai polmoni in Italia è stato inferiore di quasi il 22% rispetto alla media UE. In linea con la tendenza generale nell'UE, l'Italia ha registrato una riduzione sostenuta della mortalità per cancro ai polmoni dal 2011 al 2021, rispecchiando l'impatto positivo delle politiche di lotta al tabagismo degli ultimi decenni. Il tasso tra gli uomini italiani è diminuito di quasi un terzo, superando leggermente il calo medio registrato nell'UE nel suo complesso (Figura 4). Al contrario, il tasso tra le donne è aumentato leggermente sia in Italia che nell'UE, riflettendo l'eredità di un aumento dei tassi di tabagismo tra le coorti di donne nate più di recente. In questo contesto, la mortalità per cancro ai polmoni rimane altamente concentrata tra gli uomini. Nel 2021, i tassi maschili sia in Italia che nell'UE erano più del doppio rispetto a quelli delle donne, riflettendo la storicamente più alta prevalenza del fumo tra gli uomini.

Nel 2021 l'Italia ha registrato un tasso di mortalità trattabile per cancro al seno di 19 per 100 000 donne – leggermente superiore alla media UE. Al contrario, il tasso di mortalità trattabile per cancro coloretale era di oltre il 16% inferiore alla media UE, segnando un calo di quasi il 20% tra il 2011 e il 2021. Questa riduzione ha superato leggermente la media UE ed è principalmente attribuita al miglioramento dell'adesione allo screening e alle iniziative di diagnosi precoce (cfr. sezione 4). Il calo della mortalità per cancro coloretale in Italia è stato particolarmente significativo tra gli uomini, raggiungendo un livello quasi del 22% inferiore rispetto alla media UE nel 2021.



<sup>4</sup> La mortalità evitabile include sia i decessi prevenibili che possono essere evitati attraverso interventi efficaci di sanità pubblica e prevenzione, sia i decessi trattabili che possono essere evitati tramite interventi sanitari tempestivi ed efficaci.

**Figura 4. Il tasso di mortalità per cancro evitabile in Italia è relativamente basso, in particolare per gli uomini**



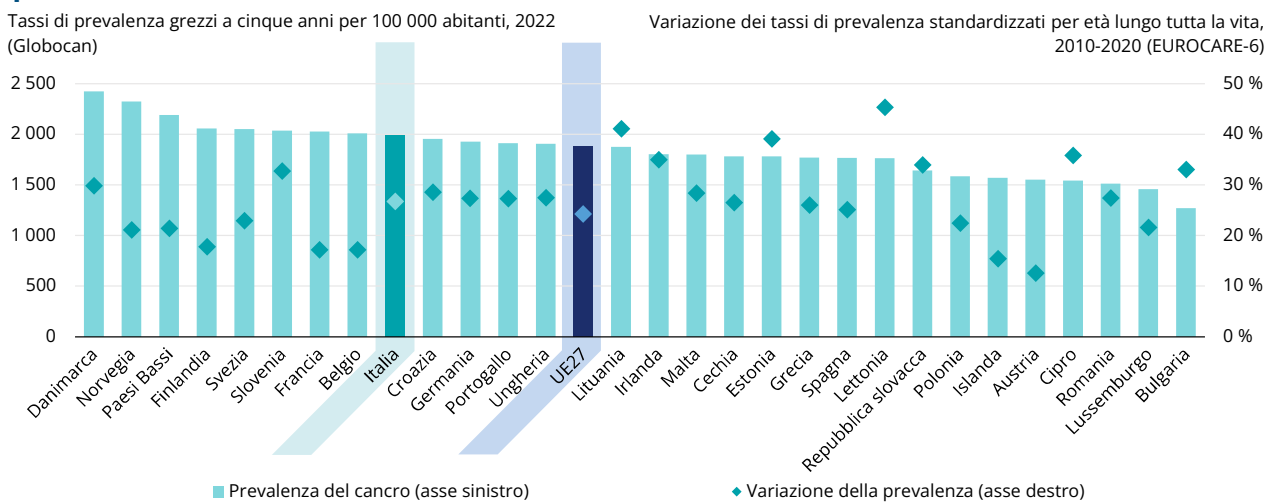
Note: I dati sulla mortalità evitabile si riferiscono ai decessi di persone di età inferiore ai 75 anni.  
Fonte: Banca dati di Eurostat.

**La prevalenza del cancro in Italia è più alta rispetto alla maggior parte degli altri paesi dell'UE**

Stime recenti indicano che nel 2020 in Italia i sopravvissuti al cancro erano circa 3.5 milioni, pari al 6% della popolazione (De Angelis et al., 2020). Tra questi, circa due terzi avevano ricevuto la diagnosi di tumore oltre cinque anni prima, e un terzo oltre un decennio prima. Secondo le stime di Globocan, la prevalenza<sup>5</sup> standardizzata del cancro a cinque anni in Italia nel 2022 era circa il 6% superiore alla media UE (Figura 5). Insieme al suo tasso di mortalità per cancro inferiore alla media, questo dato sottolinea i risultati relativamente

solidi dell'Italia in termini di sopravvivenza, che rispecchiano sia un'individuazione e un trattamento efficaci (cfr. sezioni 4 e 5) nonché una combinazione di casi di cancro con una prognosi relativamente favorevole. Dal 2010 al 2020, la prevalenza del cancro standardizzata per età in Italia è aumentata del 27%, un dato superiore di circa 3 punti percentuali rispetto all'aumento medio a livello di UE. Tale tendenza al rialzo evidenzia la crescente importanza di affrontare aspetti quali la qualità della vita e la sopravvivenza (cfr. sezione 5.4), dato il numero crescente di persone che vivono più a lungo aventi un passato oncologico.

**Figura 5. Il tasso di prevalenza del cancro standardizzata a cinque anni in Italia è superiore del 6% rispetto alla media UE**



Fonti: Banca dati Globocan dell'IARC 2024; studio EURO CARE-6 (De Angelis et al., 2024).

<sup>5</sup> Con "prevalenza del cancro" si fa riferimento alla percentuale della popolazione cui è stato diagnosticato un cancro e che è ancora in vita, comprensiva delle persone correntemente sottoposte a trattamento del cancro e di quelle che hanno completato tale trattamento. La prevalenza del cancro a cinque anni comprende le persone alle quali è stato diagnosticato un cancro nei cinque anni precedenti, mentre la prevalenza lungo tutto l'arco della vita fa riferimento a coloro che hanno ricevuto una diagnosi di cancro in qualsiasi momento della loro vita.

## L'Italia dispone di un piano ambizioso di lotta contro il cancro, ma l'attuazione ha subito ritardi nel suo primo anno

Nel gennaio 2023, l'Italia ha adottato il Piano Oncologico Nazionale (PON) 2023-2027, un ambizioso quadro strategico sviluppato dal Ministero della Salute con il contributo di tutti i principali stakeholder. Il Piano mira a migliorare la qualità, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure oncologiche in tutto il paese, concentrandosi sulla riduzione delle disparità regionali nell'accessibilità ed efficacia delle cure e della prevenzione del cancro, mitigando così il fenomeno della migrazione interregionale dei pazienti (Ministero della Salute, 2023a).

Il PON comprende una vasta gamma di obiettivi, tra cui la promozione di stili di vita sani, l'aumento della partecipazione ai programmi di screening oncologico, l'ampliamento della fascia d'età per lo screening del cancro al seno e colorettoleale, l'implementazione del test del papillomavirus umano (HPV) basato sul DNA in tutte le regioni e l'identificazione di individui a rischio ereditario

attraverso percorsi diagnostici dedicati (Riquadro 1). Il fulcro del PON consiste nella piena attivazione delle Reti Oncologiche Regionali (ROR) e nel rendere operativi i Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) in tutte le regioni. Un altro obiettivo chiave è la piena implementazione del Registro Tumori Nazionale, che dipende a sua volta dall'implementazione dei Registri Tumori Regionali nelle aree prive di registri accreditati (cfr. sezione 5.2).

Mentre il Governo italiano ha stanziato 50 milioni di euro per sostenere l'implementazione regionale del PON, i progressi sono stati lenti nel primo anno, con gli stakeholder che hanno citato l'assenza di un organo centrale di coordinamento e finanziamenti inadeguati come ragioni principali (FAVO, 2024). In risposta, il Ministero della Salute ha annunciato nel maggio 2024 che avrebbe presto formato un Comitato Direttivo del PON per affrontare gli ostacoli e incentivare le regioni ad accelerarne l'implementazione (Quotidiano Sanità, 2024).

### Riquadro 1. Il Piano Oncologico Nazionale 2023-2027 si allinea al Piano Europeo di Lotta Contro il Cancro.

Il PON si prefigge di migliorare la prevenzione primaria oncologica attraverso cambiamenti dello stile di vita, campagne vaccinali contro HPV ed epatite B e la riduzione dei rischi ambientali e occupazionali, promuovendo collaborazioni intersettoriali per una prevenzione e cura oncologica completa. Il Piano punta a potenziare i programmi di screening per i tumori al seno, del colon-retto e della cervice uterina, oltre all'identificazione precoce del rischio genetico per il carcinoma mammario e alla sperimentazione di nuovi modelli di gestione per i tumori prostatici e polmonari. È prevista l'implementazione delle ROR in coordinamento con i dipartimenti di prevenzione per ottimizzare i PDTA, migliorando l'assistenza sia ospedaliera che territoriale. Il PON include inoltre il potenziamento del supporto psicologico per i pazienti oncologici e programmi per il loro reinserimento lavorativo. Allineandosi alle direttive del Piano Europeo di Lotta Contro il Cancro (Tabella 1), il Piano affronta le disuguaglianze nell'accesso alle cure, con particolare attenzione alla riduzione delle disparità regionali. Un'enfasi specifica viene posta sull'oncologia pediatrica, attraverso l'istituzione di centri specializzati, il sostegno alla ricerca su nuove terapie e la creazione di un fondo dedicato all'assistenza psicologica e sanitaria dei giovani pazienti.

Tabella 1. Il PON dell'Italia è in linea con il Piano Europeo di Lotta Contro il Cancro

Pilastri dell'EBCP				Temi trasversali dell'EBCP		
Prevenzione	Diagnosi precoce	Diagnosi e trattamento	Qualità di vita	Disuguaglianze di fronte al cancro	Cancro pediatrico	Ricerca e innovazione
●	●	●	●	●	●	●

Note: EBCP = Europe's Beating Cancer Plan - Piano Europeo di Lotta Contro il Cancro. Il colore blu indica che il PON Italiano comprende una sezione specifica sull'argomento; il colore arancione indica che l'argomento è trattato in una delle sezioni del PON senza essere l'unico argomento di trattazione; e il colore rosa indica che l'argomento in questione non è trattato nel PON. Fonte: adattamento dal documento "Study on mapping and evaluating the implementation of the Europe's Beating Cancer Plan" (non ancora pubblicato).



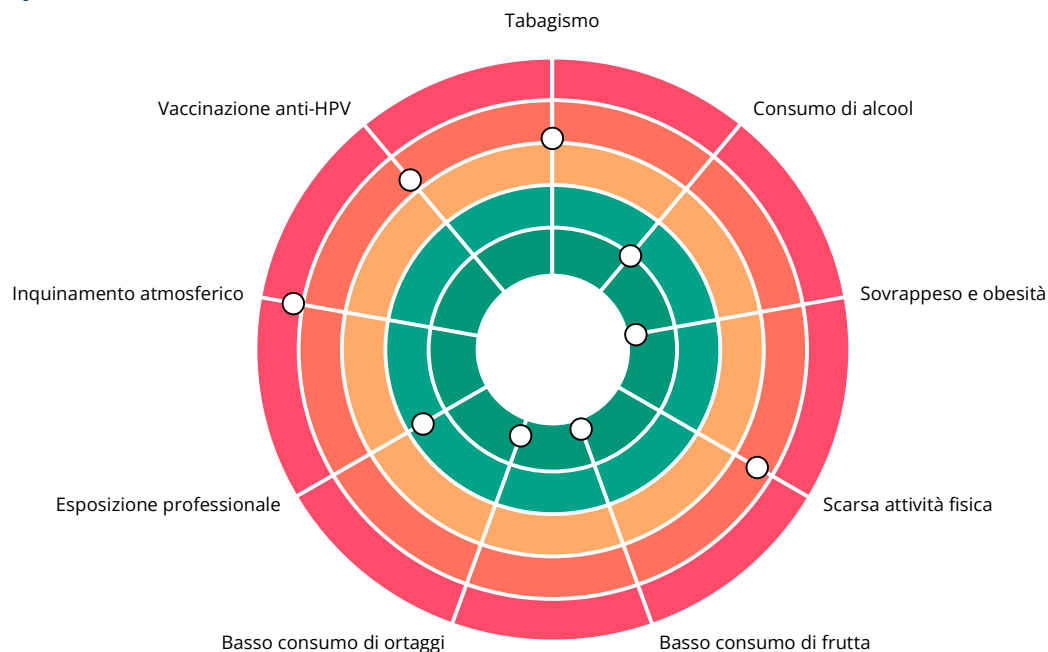
### 3. Fattori di rischio e politiche di prevenzione

**L'Italia registra buoni risultati sulla maggior parte dei fattori di rischio per il cancro, ma è in ritardo nell'esposizione all'inquinamento atmosferico e nella vaccinazione HPV**

L'Italia ottiene risultati migliori rispetto alla maggior parte dei paesi dell'UE per quanto concerne i principali determinanti comportamentali del rischio di cancro, tra cui il consumo di alcol, i tassi di sovrappeso e la qualità dell'alimentazione (Figura 6). Nel 2019 il consumo di alcol pro capite stimato tra gli adulti italiani è stato inferiore di un quinto rispetto alla media UE. Secondo i dati dall'indagine EU-SILC, nel 2022 l'Italia ha registrato il tasso di obesità tra gli adulti più basso nell'UE, con un valore pari ad appena il 7%<sup>6</sup>, inferiore di oltre il 50% rispetto alla media

UE; inoltre la prevalenza del sovrappeso, pari al 42%, risultava essere inferiore di quasi il 20% rispetto alla media Europea. Tali tassi sono in parte attribuibili al consumo giornaliero relativamente elevato di frutta e verdura del paese. Nel 2022, la spesa per la prevenzione<sup>7</sup> ha rappresentato il 6% della spesa sanitaria corrente, un dato in linea con la media UE. Pur registrando buoni risultati nella maggior parte dei fattori di rischio legati allo stile di vita connessi al cancro, i dati dell'Italia sull'esposizione ai rischi ambientali presentano un quadro più complesso. Nel 2020, l'esposizione media all'inquinamento atmosferico – misurato come particolato avente un diametro inferiore a 2,5 micrometri (PM<sub>2,5</sub>), era stimata a 14 µg/m<sup>3</sup>, con una riduzione di oltre il 17% dal 2015, ma ancora nel quartile più elevato tra i paesi dell'UE.

**Figura 6. I tassi di consumo di alcol, sovrappeso e obesità e le abitudini alimentari poco sane in Italia sono tra i più bassi dell'UE**



Note: 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 dell'OCSE basati sull'indagine EU-SILC del 2022 per quanto riguarda sovrappeso, obesità, attività fisica, consumo di frutta e verdura (negli adulti); Indagine Eurofound sull'esposizione professionale; Statistiche sulla salute dell'OCSE relative a tabagismo, consumo di alcol (negli adulti) e inquinamento atmosferico; nonché OMS per la vaccinazione anti-HPV (ragazze quindicenni).

<sup>6</sup> Secondo i dati dell'indagine sulle famiglie raccolti dall'ISTAT, nel 2022 il tasso di obesità tra gli adulti in Italia è stato pari all'11%.

<sup>7</sup> Le spese per la prevenzione riportate nei conti sanitari dovrebbero includere le attività al di fuori dei programmi nazionali (ad esempio screening opportunistico dei tumori o consulenza per la cessazione del tabagismo durante un contatto medico di routine), ma nella pratica i paesi possono avere difficoltà a individuare le spese per la prevenzione al di fuori di tali programmi.

## Dopo un decennio di declino graduale, i tassi di fumo hanno subito un'inversione di tendenza durante la pandemia

Mentre il rischio di sviluppare il cancro è influenzato da una complessa interazione di fattori genetici, ambientali e legati alle infezioni, tra il 30% e il 50% dei casi di cancro può essere attribuito a fattori di rischio legati allo stile di vita. Tra questi, il tabagismo rimane la causa principale di cancro prevenibile, responsabile di oltre l'80% dei casi di cancro ai polmoni e rappresentante un rischio grave per numerosi altri tipi di cancro.

Nel 2023, il 19% della popolazione italiana di età superiore ai 14 anni era costituito da fumatori abituali – una percentuale leggermente superiore alla media UE. Secondo l'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), l'Italia ha registrato un calo dei tassi di fumo dal 23% nel 2009 al minimo storico del 19% nel 2019, in parte grazie a politiche efficaci di controllo del tabacco, tra cui normative più severe sulla vendita ai minori, aumenti delle accise e altre misure allineate alla Direttiva dell'UE sui Prodotti del Tabacco del 2014. Tuttavia, questa tendenza si è invertita tra il 2020 e il 2022, con il tasso di fumo che è salito al 20% prima di diminuire leggermente nel 2023. In particolare, il tasso di fumo tra i 20-24enni ha continuato ad aumentare, raggiungendo oltre il 25% nel 2023. I tassi tendono a essere leggermente più bassi nell'Italia settentrionale e, come in altri paesi UE, la maggior parte dei fumatori abituali sono uomini. Secondo l'ISTAT, il 22% delle persone con livelli di istruzione più bassi sono fumatori abituali rispetto al 16% di quelle con livelli di istruzione più alti - una notevole disparità che è rimasta stabile nell'ultimo decennio. Anche l'uso di prodotti alternativi per il fumo è cresciuto negli ultimi anni, specialmente tra i giovani. Nel 2021, il 4% della popolazione italiana di età superiore ai 14 anni utilizzava prodotti a tabacco riscaldato e/o sigarette elettroniche, con la maggior parte degli utilizzatori che erano anche fumatori abituali di sigarette. La fascia d'età 18-34 anni rappresenta la maggiore base di utilizzatori di prodotti alternativi per il fumo, con circa l'8% che ha dichiarato di essere utilizzatore nel 2021.

### I tassi di sovrappeso e obesità sono relativamente bassi, ma presentano un forte gradiente economico e regionale

Secondo i dati 2022-2023 del sistema di sorveglianza PASSI, l'Italia presenta uno dei tassi più bassi di sovrappeso e obesità tra gli adulti nell'UE, con il 52% degli uomini e il 34% delle donne classificati come sovrappeso o obesi/e (Istituto Superiore di Sanità, 2024). Tuttavia, la prevalenza

del sovrappeso e dell'obesità mostra un notevole gradiente socioeconomico: nel biennio 2022-2023, il 22% degli italiani con livelli inferiori di istruzione è risultato essere obeso, rispetto a soltanto il 6% degli italiani con livelli di istruzione più alti. Inoltre, oltre il 18% delle persone che hanno riferito di trovarsi in gravi difficoltà economiche è stato classificato come obeso, rispetto a meno del 9% di coloro che non hanno riferito difficoltà economiche. Anche le variazioni a livello regionale sono sostanziali, con tassi di sovrappeso e obesità che variano dal 38% in Toscana e Sardegna a oltre il 50% in Molise e Basilicata.

Tuttavia, l'Italia mostra un consumo giornaliero di frutta e verdura relativamente alto rispetto alla media UE. Nel 2022, il 16% degli adulti italiani consumava frutta (rispetto al 39% nell'UE) e il 24% consumava verdura (rispetto al 40% nell'UE) meno di una volta al giorno. Nel 2022, il 25% degli italiani di età superiore ai 15 anni praticava attività fisica almeno tre volte a settimana - al di sotto della media UE (31%).

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-25 comprende varie misure per affrontare il sovrappeso e l'obesità, principalmente attraverso campagne educative che promuovono abitudini alimentari sane e attività fisica - specialmente tra i bambini in età scolare - e la collaborazione con l'industria alimentare per promuovere la riformulazione di certi prodotti alimentari. Inoltre, un'ambiziosa proposta di legge propone di riconoscere l'obesità come una condizione cronica, includendo terapie mirate nel pacchetto dei benefici sanitari, istituendo un Osservatorio per lo Studio dell'Obesità presso il Ministero della Salute e creando reti regionali per la cura dell'obesità.

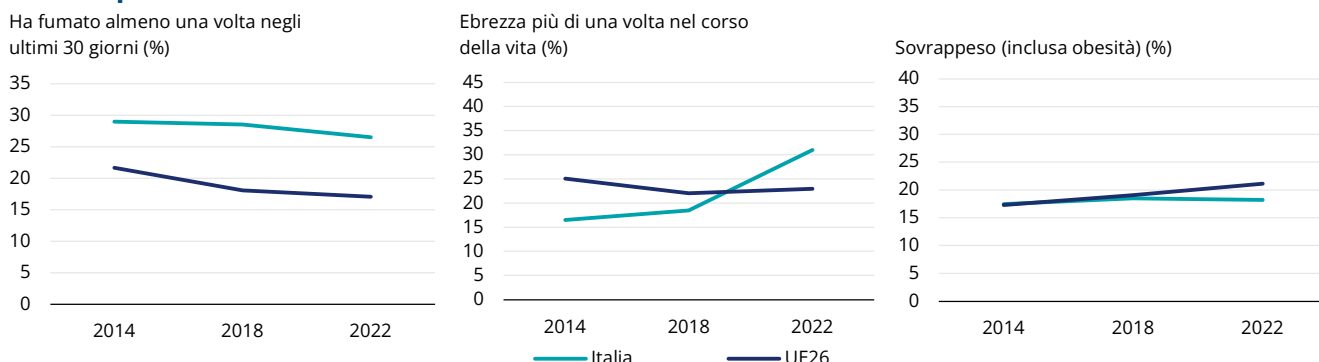
### L'alta prevalenza dei fattori di rischio comportamentali tra gli adolescenti italiani è causa di allarme

La prevalenza di fattori di rischio comportamentali per il cancro tra gli adolescenti italiani è particolarmente preoccupante. Nel 2022, quasi il 27% dei quindicenni ha dichiarato di aver fumato nell'ultimo mese, una percentuale diminuita del 7% dal 2018, seguendo la tendenza della media UE, ma rimasta 10 punti percentuali superiore alla media UE. Un'altra tendenza preoccupante è l'aumento della percentuale di quindicenni che hanno dichiarato di essersi ubriacati almeno due volte nella loro vita - dal 19% nel 2018 al 31% nel 2022 - prefigurando un possibile aumento del binge drinking tra gli adulti italiani (Figura 7). Sul versante positivo, nel 2022, il 18% dei quindicenni in Italia era sovrappeso o obeso - un dato 3 punti percentuali inferiore alla media UE. Tuttavia, solo

il 5% ha dichiarato di praticare almeno un'ora di attività fisica moderata al giorno nel 2022 - un calo dall'8% nel 2014 e una percentuale molto inferiore alla media UE del 15%. Inoltre, tra i quindicenni in

Italia, il 35% consumava frutta quotidianamente (rispetto alla media UE del 30%) e il 32% consumava verdura quotidianamente (rispetto al 34% nell'UE).

### Figura 7. Il fumo e l'ubriachezza ricorrente sono significativamente più comuni tra gli adolescenti in Italia rispetto alla media UE



Nota: media UE non ponderata. I dati si riferiscono al 2022 e sono basati sugli adolescenti di 15 anni. Fonte: Indagine sui Comportamenti Collegati alla Salute in Ragazzi di Età Scolare (HBSC).

### È previsto che un programma di vaccinazione di recupero riporti la copertura vaccinale contro il papillomavirus umano ai livelli pre-pandemia

Mentre l'Italia ottiene buoni risultati sulla maggior parte dei fattori di rischio legati allo stile di vita per il cancro, dopo la pandemia sta affrontando sfide significative nel ripristinare i tassi di copertura vaccinale per l'HPV, che è responsabile di oltre il 90% dei casi di cancro cervicale. La pandemia ha portato a un forte calo della copertura vaccinale completa tra il gruppo di età target nel 2020, con tassi per ragazze e ragazzi quindicenni diminuiti di quasi il 50% rispetto al 2019. Sebbene la copertura sia leggermente rimbalzata, al 2023 il 64% delle ragazze quindicenni ha ricevuto la vaccinazione HPV - in linea con la media UE. Analogamente, il 53% dei ragazzi quindicenni aveva ricevuto la vaccinazione HPV nel 2023.

In risposta, il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2023-25 dà priorità al pieno recupero della copertura vaccinale HPV attraverso l'istituzione di un programma gratuito di recupero per le donne fino a 26 anni, da somministrare con il loro primo test di screening cervicale (Ministero della Salute, 2023b). Inoltre, il PON italiano mira a raggiungere almeno il 90% di copertura tra tutti i quindicenni entro il 2030, allineandosi

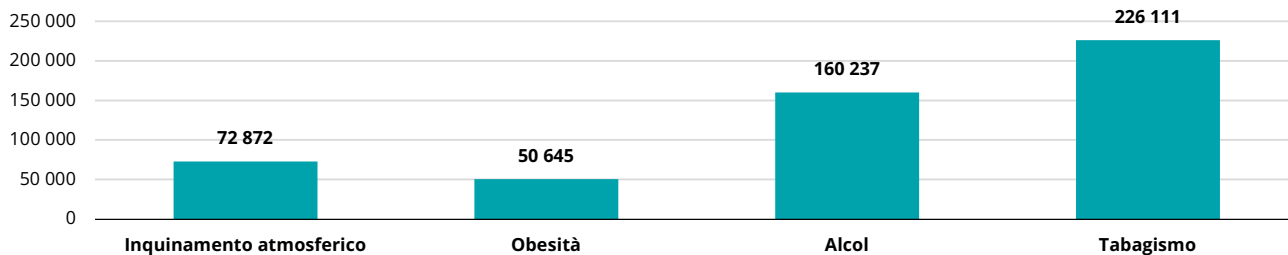
all'obiettivo del Piano Europeo di Lotta Contro il Cancro di eliminare il cancro cervicale attraverso la vaccinazione HPV.

### Misure più rigorose di controllo del tabacco offrono le maggiori prospettive per ridurre l'incidenza prevista del cancro in Italia nei prossimi vent'anni

Sebbene il rischio di sviluppare il cancro sia determinato da una complessa combinazione di fattori, l'intensificazione degli sforzi volti a ridurre la prevalenza dei fattori di rischio legati allo stile di vita ha il potenziale di ridurre in maniera significativa l'incidenza del cancro in Italia tra il 2023 e il 2050 (Figura 8). La riduzione del fumo e del consumo di alcol presentano il potenziale maggiore per ridurre l'incidenza del cancro in Italia. Secondo il lavoro di modellazione della Pianificazione Strategica della Salute Pubblica (SPHeP) dell'OCSE, il conseguimento degli obiettivi di riduzione del tabagismo potrebbe prevenire 226 111 nuovi casi di cancro tra il 2023 e il 2050 e il raggiungimento degli obiettivi in materia di consumo di alcol potrebbe prevenire 160 237 nuovi casi di cancro nel medesimo periodo. Ulteriori 50 645 e 72 872 casi potrebbero essere evitati se si conseguissero rispettivamente gli obiettivi in materia di obesità e di inquinamento atmosferico.

## Figura 8. Le misure di lotta al tabagismo presentano le potenzialità maggiori per ridurre l'incidenza futura del cancro in Italia

Numero di casi di cancro evitati tra il 2023 e il 2050 grazie al conseguimento degli obiettivi relativi ai fattori di rischio



Note: L'obiettivo per il tabacco è una riduzione del 30% nell'uso del tabacco tra il 2010 e il 2025, e meno del 5% della popolazione che usa tabacco entro il 2040. Per l'alcol, l'obiettivo è una riduzione di almeno il 20% nel consumo complessivo di alcol e una riduzione del 20% nel binge drinking tra il 2010 e il 2030. Per l'inquinamento atmosferico, è un livello medio annuo di  $PM_{2.5}$  limitato a  $10 \mu g/m^3$  entro il 2030 e a  $5 \mu g/m^3$  entro il 2050. Per l'obesità, l'obiettivo è una riduzione al livello di obesità del 2010 entro il 2025.

Fonte: OCSE (2024), *Tackling the impact of cancer on health, the economy and society*, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

## 4. Diagnosi precoce

### L'Italia conduce uno screening basato sulla popolazione per il cancro al seno, al colon-retto e alla cervice uterina e sta esplorando opzioni per sviluppare ulteriori programmi

In Italia, l'organizzazione dei programmi di screening oncologico è di competenza delle regioni, che li attuano attraverso le Aziende Sanitarie Locali. Sebbene la maggior parte delle regioni inviti le donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni a sottoporsi a una mammografia ogni due anni, vi sono alcune variazioni: circa un terzo ha esteso gli inviti allo screening per includere le donne di età compresa tra i 45 e i 74 anni o tra i 50 e i 74 anni, in linea con la raccomandazione aggiornata del Consiglio dell'UE del 2022 e con il PON italiano. Tutte le regioni invitano i residenti di età 50-69 anni a sottoporsi a un test immunochimico fecale (FIT) ogni due anni ai fini dello screening del cancro coloretale. Alcune regioni – prevalentemente al nord, ma anche nel Lazio e in Campania – estendono l'invito fino ai 74 anni. I programmi di screening cervicale in tutta Italia invitano le donne di età 25-64 anni a un pap test ogni tre anni; per le donne di età 30-64 anni, è in corso una transizione verso il test HPV-DNA ogni cinque anni. Al 2021, un numero di Regioni rappresentante circa il 60% della popolazione target aveva implementato questo cambiamento, con la maggior parte delle adesioni nelle Regioni settentrionali.

Come diversi altri paesi dell'UE, l'Italia sta valutando la fattibilità di implementare programmi screening organizzati per il cancro della prostata e al polmone attraverso una serie di progetti concepiti per generare prove più conclusive sui loro profili costo-beneficio. Nell'aprile 2024, il Ministero della Salute ha avviato un progetto biennale di screening multiregionale del cancro alla prostata, coordinato dall'Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica (ISPRO) della Toscana. L'obiettivo è valutare l'efficacia di protocolli di screening che facciano un uso più mirato del test dell'antigene prostatico specifico (PSA), che da solo espone i pazienti a rischi eccessivi di sovradiagnosi. Per affrontare questo problema, il progetto integrerà l'analisi del PSA con altre procedure diagnostiche e tecniche di imaging avanzate per individuare in modo più affidabile i casi clinicamente significativi. Il principale progetto pilota italiano di screening del cancro al polmone, lanciato nel 2021, dovrebbe fornire i suoi risultati finali entro il 2025, fornendo preziose informazioni sulla fattibilità di un programma organizzato di screening del cancro al polmone (Riquadro 2).

## Riquadro 2. Il progetto della rete italiana screening polmonare sta per essere completato

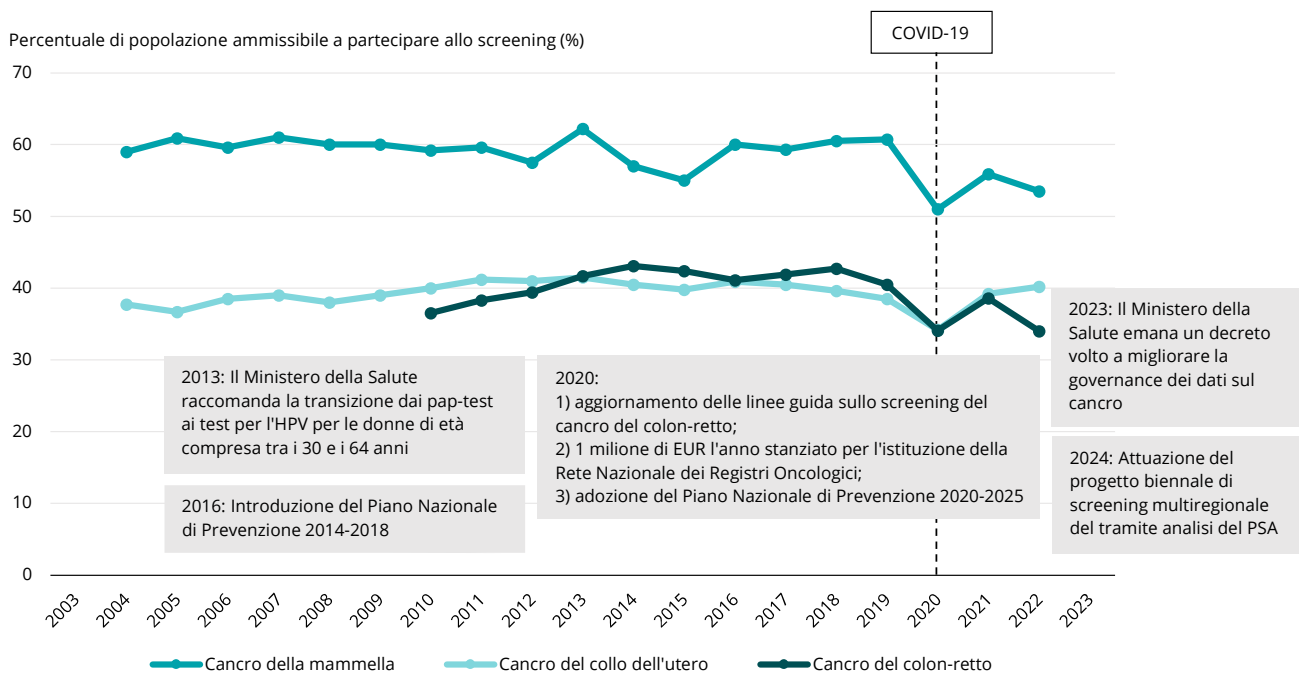
Nel 2021, il Ministero della Salute ha avviato un programma pilota per lo screening del cancro al polmone nel 2021, guidato dall'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano e operante attraverso la Rete di Screening Polmonare, che comprende 18 centri diagnostici in tutto il paese. Dal suo inizio, il programma ha coinvolto oltre 8.000 individui ad alto rischio, definiti come fumatori ed ex fumatori di età 55-75 anni che hanno fumato almeno 20 sigarette al giorno negli ultimi 30 anni o più. Oltre allo screening, il programma offre ai partecipanti terapie personalizzate per smettere di fumare. I dati preliminari del progetto pilota indicano un tasso di rilevamento di circa l'1%, con quasi il 60% dei cancri al polmone rilevati allo stadio I o II. I risultati del progetto pilota, che si concluderà dopo lo screening di 10.000 partecipanti, aiuteranno le autorità sanitarie italiane a determinare le caratteristiche ottimali per un potenziale programma nazionale di screening del cancro al polmone.

### I ritardi nello screening del cancro al seno sono stati significativamente ridotti, ma permane un profondo divario nord-sud nei tassi di partecipazione

Tra i tre programmi di screening oncologico gratuiti basati sulla popolazione in Italia, lo screening del cancro al seno ha storicamente avuto la partecipazione più alta, raggiungendo costantemente tassi intorno al 60% nel decennio precedente la pandemia di COVID-19. Come per la maggior parte degli altri paesi dell'UE, l'Italia ha

interrotto tutte le attività di screening oncologico all'inizio della pandemia. La loro ripresa è avvenuta solo gradualmente, risultando in un ritardo complessivo di circa 4,5 mesi nel 2020. Il numero di donne sottoposte a mammografia è sceso da oltre il 60% nel 2019 al 51% nel 2020 (Osservatorio Nazionale Screening, 2023). Nel 2021, l'attività di screening ha registrato una forte ripresa, con il numero di inviti tornato ai livelli pre-pandemia e il numero di mammografie eseguite leggermente superiore ai livelli del 2020, spingendo il tasso di screening al 56% nel 2021 (Figura 9).

**Figura 9. I tassi di screening dei tumori hanno registrato una ripresa nel 2021**



Note: i tassi di partecipazione ai tre programmi di screening dei tumori si basano sullo screening mediante mammografia tra le donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni negli ultimi due anni, sullo screening del tumore del collo dell'utero tra le donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni negli ultimi tre anni e sullo screening del tumore del colon-retto tra la popolazione di età compresa tra i 50 e i 69 anni negli ultimi due anni.

Fonte: Dati del programma dell'Osservatorio Nazionale Screening.

In un contesto di ritorno ai livelli di attività pre-pandemia nel 2021, il numero di casi di cancro al seno diagnosticati attraverso screening e visite di follow-up è aumentato del 19% rispetto al 2019, indicando un parziale smaltimento del ritardo diagnostico del 2020. I dati preliminari del 2022

mostrano un leggero calo nei volumi di screening del cancro al seno rispetto al 2021 - al 54% (Figura 9), con la maggior parte delle riduzioni nelle regioni settentrionali. Questa circostanza riflette sia le sfide nel mantenere l'intensità della ripresa in diverse regioni, sia un cambiamento generale nel



focus degli inviti, poiché la quota di inviti inviati a donne che non avevano mai partecipato allo screening organizzato nel 2022 (circa il 10% della coorte target) era significativamente maggiore rispetto al 2021 (Istituto Superiore di Sanità, 2024). Parallelamente alla mammografia basata sulla

popolazione, la valutazione del rischio genetico sta emergendo come strategia di prevenzione complementare per gli individui ad alto rischio con una storia familiare di cancro (Riquadro 3).

### Riquadro 3. Il piano nazionale di prevenzione dell'Italia mira a introdurre test genetici a livello nazionale entro il 2026

La letteratura scientifica supporta fortemente l'associazione tra mutazioni genetiche anomale ereditarie dei geni oncosoppressori BRCA e rischi significativamente più elevati di cancro al seno e alle ovaie (Li et al., 2022). La valutazione del rischio genetico nelle donne sane con una storia familiare di cancro al seno può pertanto ridurre notevolmente la mortalità attraverso screening più frequenti a partire da un'età più giovane e un intervento chirurgico preventivo. Tuttavia, l'accesso a questi percorsi diagnostici in Italia rimane limitato, con solo circa metà delle Regioni che li aveva adottati nel 2024 (FAVO, 2024). Riconoscendo questa lacuna, il Piano Nazionale della Prevenzione mira a far sì che tutte le regioni attuino percorsi per i pazienti che consentano l'accesso ai test genetici BRCA per le popolazioni a rischio entro la fine del 2025 (Ministero della Salute, 2023a).

I tassi di adesione allo screening mammografico in Italia presentano significative differenze regionali, caratterizzate da un gradiente nord-sud che ha mostrato una lenta riduzione nell'ultimo decennio. Le rilevazioni del biennio 2021-2022 evidenziano che le regioni settentrionali registrano performance generalmente superiori alla media nazionale. Nel contesto meridionale, la Calabria emerge come area critica, con un tasso di partecipazione ai programmi di screening organizzato inferiore al 12% della popolazione target, evidenziando criticità sia nella copertura territoriale sia nell'adesione all'iniziativa.

Questo divario viene parzialmente compensato da una maggiore diffusione dello screening opportunistico nelle regioni meridionali, con tassi superiori al 30% tra le donne target residenti in Campania, Calabria e Marche. Un'ulteriore dimensione rilevante è rappresentata dalle disparità socioeconomiche: i dati mostrano un tasso di partecipazione del 54% tra le donne che non riferiscono difficoltà economiche, contro il 43% registrato tra coloro che dichiarano gravi difficoltà economiche (Istituto Superiore di Sanità, 2024; FAVO, 2024).

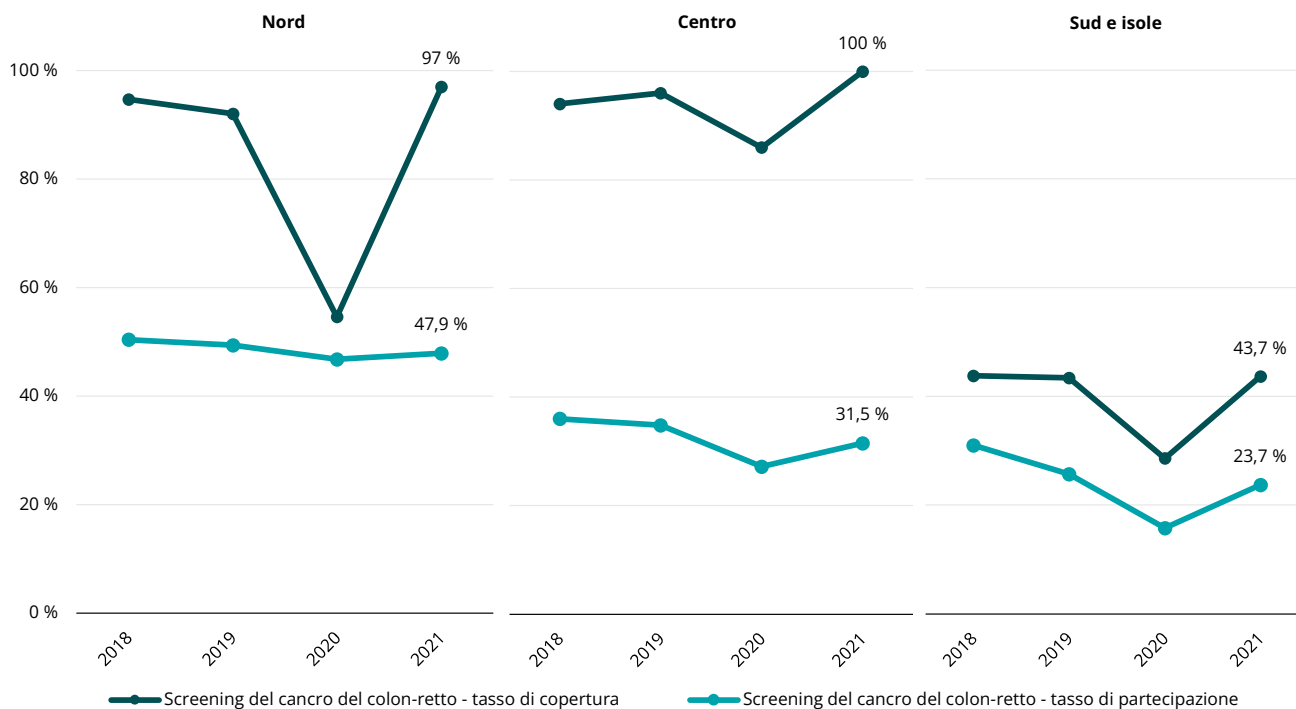
#### **Nonostante una forte ripresa nel 2021, la partecipazione allo screening del cancro del colon-retto in Italia rimane bassa, specialmente nelle regioni meridionali**

La partecipazione allo screening del cancro coloretale in Italia è significativamente inferiore rispetto allo screening del cancro al seno. Anche prima della pandemia, i tassi di screening coloretale erano al di sotto della media UE, coinvolgendo soltanto il 40% circa della popolazione target. Questo riflette sia un'inadeguata implementazione dei programmi di screening basati sulla popolazione in diverse

regioni, sia livelli di partecipazione generalmente insoddisfacenti, anche nelle regioni con una copertura relativamente alta. Nel 2020, la sospensione delle attività di screening a causa della pandemia ha portato a un ritardo diagnostico nazionale stimato di circa 5 mesi e mezzo, con ritardi che hanno raggiunto quasi un anno in Valle D'Aosta, Piemonte, Lombardia, Basilicata e Campania (Mantellini et al., 2021). Di conseguenza, il tasso di screening del cancro coloretale in Italia è sceso di 6,4 punti percentuali al 34% nel 2020, con gli inviti inviati diminuiti di quasi il 30% e il numero di kit immunochimico-fecali (FIT) restituiti diminuito del 43%.

Nel 2021, l'Italia ha compiuto sforzi considerevoli per colmare questo ritardo. Il numero di inviti inviati ha superato i livelli pre-pandemia di oltre l'8% e il numero di FIT completati, colonscopie diagnostiche di follow-up e carcinomi/adenomi avanzati rilevati si è avvicinato alle cifre pre-pandemia. Questa forte ripresa ha visto il tasso medio di partecipazione allo screening in Italia aumentare al 39% nel 2021 e diminuire leggermente al 34% nel 2022. Tuttavia, questo dato nasconde significative disparità regionali: le regioni meridionali hanno registrato tassi di copertura e partecipazione più bassi rispetto alle regioni centrali e settentrionali (Figura 10). Come per lo screening del cancro al seno, i dati preliminari per il 2022 mostrano un lieve calo dei volumi rispetto al 2021, principalmente concentrato nelle regioni settentrionali. I dati dell'indagine 2021-22 indicano che mentre la maggioranza dello screening del cancro coloretale in Italia avviene all'interno del programma basato sulla popolazione, la partecipazione mostra un notevole gradiente socioeconomico, con tassi superiori al 40% tra gli individui con livelli di istruzione più alti rispetto a solo il 27% tra quelli con livelli di istruzione più bassi (Istituto Superiore di Sanità, 2024).

**Figura 10. I programmi di screening del cancro colorettale nella maggior parte delle regioni meridionali incontrano difficoltà a raggiungere una copertura e una partecipazione adeguate**



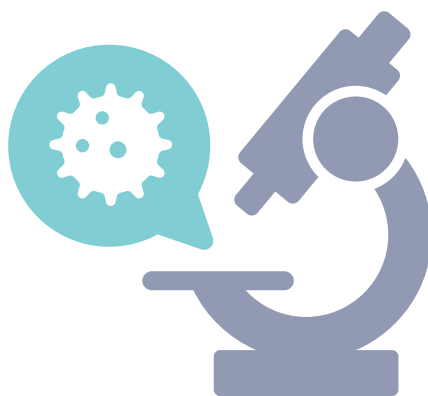
Note: il tasso di copertura dello screening fa riferimento alla percentuale di persone ammissibili nella popolazione destinataria che hanno ricevuto un invito. Il tasso di partecipazione fa riferimento alla percentuale di persone che hanno completato il test di screening tra coloro che hanno ricevuto un invito.

Fonte: Osservatorio nazionale screening (2023).

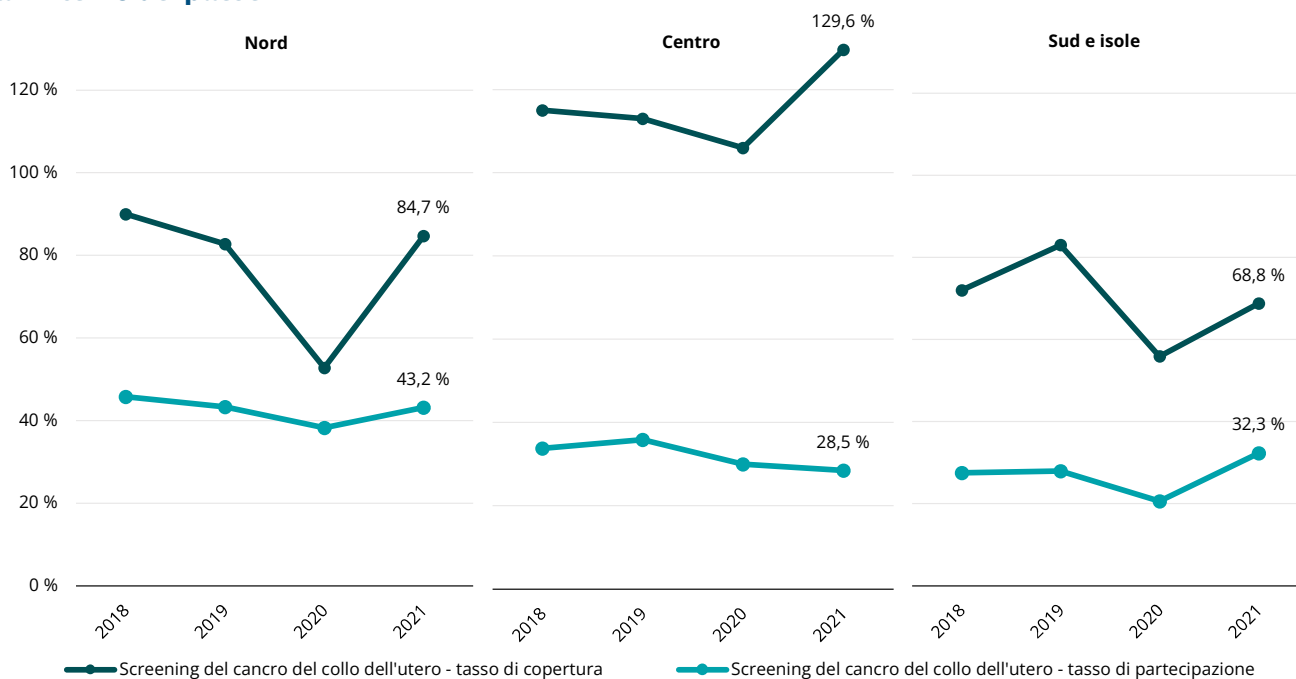
### L'accesso allo screening della popolazione per il cancro del collo dell'utero è disomogeneo nel Paese

Nel 2019, il tasso di screening della popolazione per il cancro al collo dell'utero è stato pari al 39%. La sospensione delle attività di screening durante la pandemia ha fatto scendere tale tasso al 34% nel 2020, con una diminuzione del 32% del numero di inviti spediti e del 42% del numero di test di screening effettuati rispetto al 2019. Ciò ha determinato un conseguente arretrato nelle diagnosi, stimato ammontare a circa 3.500 lesioni del collo dell'utero di elevata gravità

(Mantellini et al., 2021). Nel 2021, il numero di inviti è salito all'89% e il numero di test effettuati all'86% rispetto ai livelli corrispondenti nel 2019. La copertura effettiva degli inviti a sottoporsi a screening per il cancro del collo dell'utero varia notevolmente all'interno del Paese: nel 2021, le regioni centrali si collocavano in media su valori decisamente superiori al 100% degli inviti spediti alla popolazione destinataria, mentre i tassi di copertura medi erano pari all'85% nelle zone settentrionali e al 69% in quelle meridionali (Figura 11).



**Figura 11. I tassi di copertura per lo screening del cancro del collo dell'utero variano notevolmente all'interno del paese**



Note: il tasso di copertura dello screening fa riferimento alla percentuale di persone ammissibili nella popolazione destinataria che hanno ricevuto un invito. Il tasso di partecipazione fa riferimento alla percentuale di persone che hanno completato il test di screening tra coloro che hanno ricevuto un invito.

Fonte: Osservatorio Nazionale Screening (2023).

La marcata diminuzione delle attività di screening del cancro del collo dell'utero nel 2020 e la sua modesta ripresa nel 2021 dovrebbero essere considerati alla luce della transizione in corso in Italia dai pap-test triennali al test quinquennale del DNA per l'HPV come test di screening primario per la maggior parte della popolazione destinataria. Tale transizione ha portato a un aumento della percentuale di test del DNA per l'HPV rispetto al totale degli inviti allo screening del cancro del collo dell'utero, passata dal 38% al 58% tra il 2018 e il 2022, in quanto un maggior numero di regioni italiane ha adottato il nuovo approccio. Tuttavia, tale transizione sta progredendo a velocità diverse a livello nazionale, facendo registrare un notevole divario tra nord e sud (Osservatorio Nazionale Screening, 2023). A causa di questo cambiamento tecnologico, il numero complessivo di inviti e test dovrebbe diminuire notevolmente nel tempo. A differenza dei dati relativi agli screening per il tumore al seno e per il colon-retto, i dati preliminari relativi allo screening per il tumore del collo dell'utero per il 2022 mostrano un aumento della diffusione rispetto al 2021, in particolare nelle zone settentrionali e meridionali, almeno in parte attribuibile alla continua espansione dell'adozione dei test del DNA per l'HPV.

Tra tutti i programmi di screening attuati in Italia, quello per la prevenzione del cancro del collo dell'utero presenta la prevalenza relativa

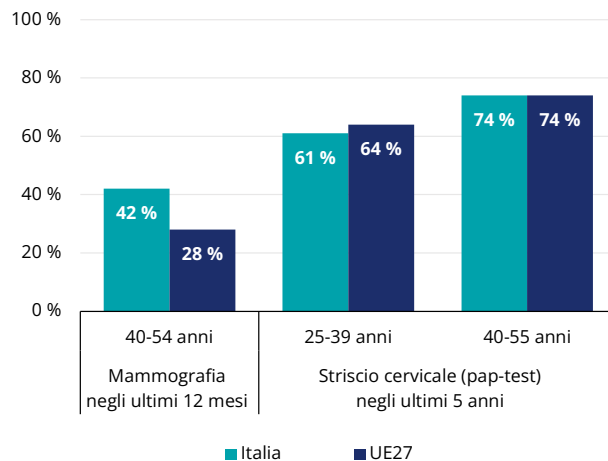
più elevata di screening opportunistico. Secondo i dati dell'indagine del 2021-2022, il 46% delle donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni aveva effettuato un Pap-test o un test del DNA per l'HPV nell'ambito di un programma di screening della popolazione, mentre il 31% era stato sottoposto a tale test al di fuori dei programmi organizzati. Come nel caso dello screening del tumore al seno, le regioni che presentano un programma di screening più efficace per la prevenzione del tumore al collo dell'utero, solitamente situate nell'Italia settentrionale e centrale, mostrano livelli inferiori di screening opportunistico, mentre le regioni meridionali presentano una maggiore dipendenza da quest'ultimo tipo di screening. Tuttavia, nella maggior parte delle regioni, lo screening opportunistico non compensa pienamente la minore offerta di screening organizzati, con conseguenti notevoli disparità a livello interregionale. In Molise, Calabria e Campania, meno di due terzi delle donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni hanno riferito di essere state sottoposte a screening del cancro del collo dell'utero entro i tempi raccomandati, attraverso programmi organizzati o nell'ambito di uno screening opportunistico. Al contrario, tale percentuale ha superato l'85% in Umbria, in Friuli-Venezia Giulia e nella provincia autonoma di Bolzano (Istituto Superiore di Sanità, 2024).

## Tra le persone LGBTIQ, la partecipazione allo screening del cancro al seno è più alta rispetto alla media UE

Secondo la terza indagine dell'UE sulle persone LGBTIQ, la partecipazione allo screening del cancro al seno tra le persone lesbiche, gay, bisessuali, transgender, intersessuali e queer (LGBTIQ) è più elevata in Italia rispetto alla media dei paesi dell'UE. Nel 2023, il 42% delle donne transessuali e delle persone intersessuali di età compresa tra i 40 e i 54 anni, nonché il 42% delle donne cisgender LGBTIQ, ha riferito di essersi sottoposto a una mammografia nei 12 mesi precedenti, un dato decisamente superiore alla media UE pari al 28% (Figura 12). Tuttavia, per quanto riguarda lo screening del cancro del collo dell'utero, il 61% della popolazione LGBTIQ di età compresa tra i 25 e i 39 anni in Italia ha riferito di essersi sottoposta a un pap-test nei 5 anni precedenti (un dato inferiore al 64% registrato nell'UE), mentre il 74% di tali persone di età compresa tra i 40 e i 55 anni in Italia ha riferito di essersi sottoposta a un pap-test (un dato analogo alla media UE).

## Figura 12. Le persone LGBTIQ in Italia partecipano maggiormente allo screening del cancro al seno rispetto ai loro omologhi nell'UE

Percentuale di persone LGBTIQ sottoposte a screening per il cancro al seno o del collo dell'utero (%)



*Nota: i risultati dell'indagine sulle persone LGBTIQ si riferiscono a gruppi di età e/o intervalli di screening che non sono in linea con l'approccio di screening della popolazione nei paesi dell'UE e non dovrebbero quindi essere oggetto di confronto.*

*Fonti: Agenzia dell'Unione europea per i diritti fondamentali (terza indagine dell'UE sulle persone LGBTIQ).*

# 5. Efficacia delle cure oncologiche

## 5.1 Accessibilità

### Il servizio sanitario nazionale italiano fornisce gratuitamente la maggior parte dei servizi oncologici

Oltre ai servizi di prevenzione, il SSN italiano prevede servizi diagnostici e terapeutici oncologici nel pacchetto nazionale delle prestazioni sanitarie, rendendoli praticamente gratuiti al momento dell'utilizzo. Tuttavia, i pazienti oncologici sostengono ancora spese non trascurabili quando accedono ai servizi finanziati pubblicamente, principalmente a causa delle spese per test diagnostici (spesso per accelerare l'accesso) e trasporto (Lillini et al., 2023). Mentre i pazienti sono esenti dal pagamento della maggior parte dei beni e servizi legati al cancro, gli interventi di riabilitazione oncologica non fanno ancora parte del pacchetto delle prestazioni. Di conseguenza, solo alcune regioni coprono questi servizi, costringendo molti pazienti a pagare di tasca propria o a rinunciare del tutto alla riabilitazione.

L'assistenza oncologica, come i servizi sanitari generali, è fornita dalle regioni attraverso un mix di fornitori sanitari pubblici e privati accreditati, con significative variazioni regionali. I modelli organizzativi per l'erogazione delle cure oncologiche variano anche tra le regioni: circa la metà utilizza un modello "hub-and-spoke" (una struttura hub centrale specializzata collegata a spoke ambulatoriali locali), mentre le restanti hanno implementato un modello di rete integrata di assistenza oncologica completa. La grande maggioranza dei trattamenti oncologici viene erogata attraverso le ROR, con meno del 10% di tutti gli interventi chirurgici oncologici effettuati nel settore sanitario privato nel 2022.

### Il numero di oncologi in Italia è in crescita, ma il basso numero di iscrizione ai programmi di radioterapia oncologica desta preoccupazioni in merito alla disponibilità futura di tali figure

Un'adeguata disponibilità di operatori sanitari è un fattore determinante per l'accesso alle cure oncologiche. Nel 2021, rispetto all'incidenza del

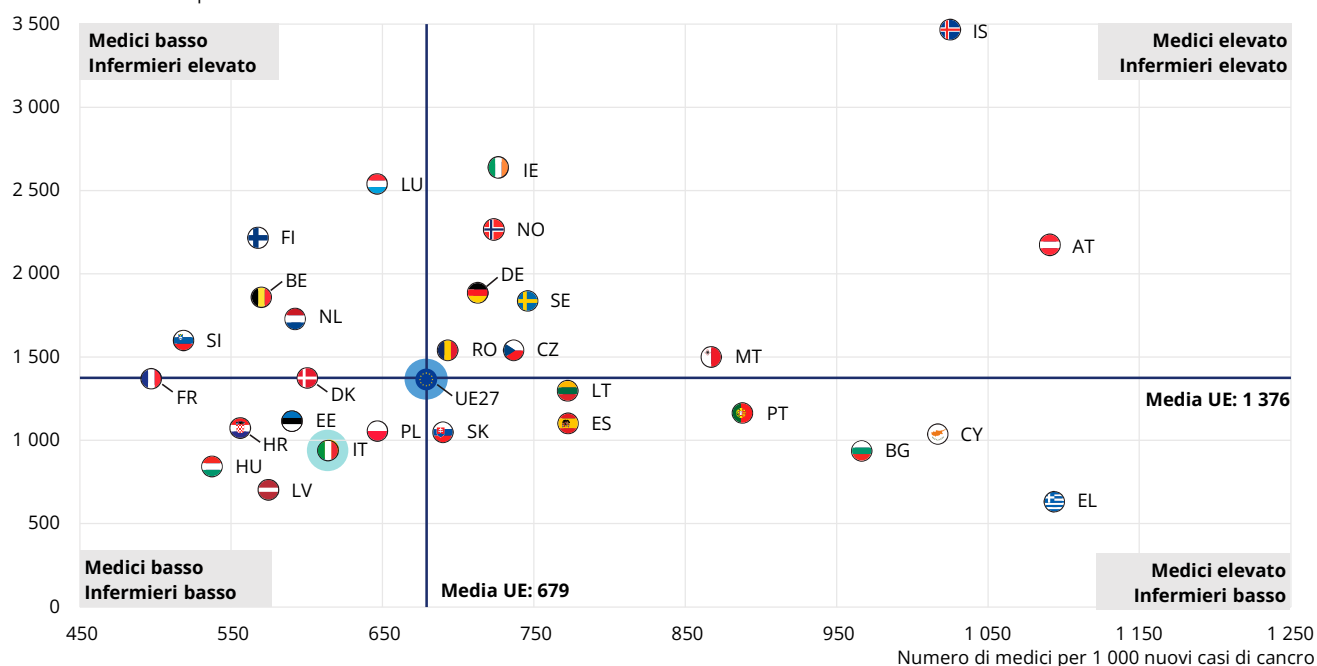
cancro, la densità di medici in Italia era del 9% inferiore alla media UE, mentre la sua densità di infermieri era del 31% inferiore (Figura 13). Gli oncologi rappresentavano circa l'1% di tutti i medici praticanti, con una densità di 5 per 100.000 abitanti (Ministero della Salute, 2023c). Dal 2018 al 2021, il numero di oncologi è cresciuto dell'8% annualmente, superando l'aumento medio annuo dell'1% del totale dei medici. Gli oncologi radioterapisti sono aumentati del 7% all'anno, raggiungendo una densità di 2 per 100.000 abitanti.

Per affrontare le preoccupazioni sulla futura disponibilità di medici per il SSN, l'Italia ha notevolmente ampliato il suo percorso di

formazione medica dal 2018. Questa espansione include un aumento delle ammissioni alle facoltà di medicina e dei posti di specializzazione nella maggior parte delle specialità, inclusa l'oncologia medica e radioterapica. Nel 2021 e 2022, il tasso di abbandono/non assegnazione per le borse di studio in oncologia medica è stato del 13% - inferiore alla media del 18% di tutte le specialità. Tuttavia, i posti di specializzazione in oncologia radioterapica hanno avuto un tasso di abbandono/non assegnazione notevolmente alto: il 68% dei 328 posti (222) è rimasto non assegnato o è stato abbandonato un anno dopo (ANAAO-ASSOMED, 2023).

### Figura 13. L'Italia ha una disponibilità relativamente bassa di medici e infermieri rispetto al suo carico di malattie oncologiche

Numero di infermieri per 1 000 nuovi casi di cancro



Note: I dati sugli infermieri includono tutte le categorie di infermieri (non solo quelli che soddisfano la Direttiva UE sul Riconoscimento delle Qualifiche Professionali). I dati si riferiscono agli infermieri professionalmente attivi. In Grecia, il numero di infermieri è sottostimato poiché include solo quelli che lavorano negli ospedali. In Portogallo e Grecia, i dati si riferiscono a tutti i medici abilitati all'esercizio della professione, il che comporta un'ampia sovrastima del numero di medici praticanti.

Fonte: Statistiche sulla Salute dell'OCSE 2024. I dati si riferiscono al 2022 o all'anno disponibile più recente.

### La capacità delle regioni di fornire tempestivamente servizi di chirurgia oncologica varie, seguendo un gradiente nord-sud

In Italia, l'erogazione delle cure oncologiche è organizzata in Reti Oncologiche Regionali (ROR), unità organizzative che mirano a migliorare la qualità e l'efficienza dei servizi di assistenza oncologica attraverso l'implementazione di linee guida standardizzate e il coordinamento continuo tra ospedali, cliniche, istituti di ricerca ed équipe multidisciplinari di operatori sanitari. Molti fattori contribuiscono a significative disparità

nelle prestazioni delle cure oncologiche tra le regioni, incluse le variazioni nella disponibilità di infrastrutture sanitarie, risorse umane e qualità della governance tra le ROR, che a loro volta causano disuguaglianze geografiche nell'accessibilità alle cure oncologiche.

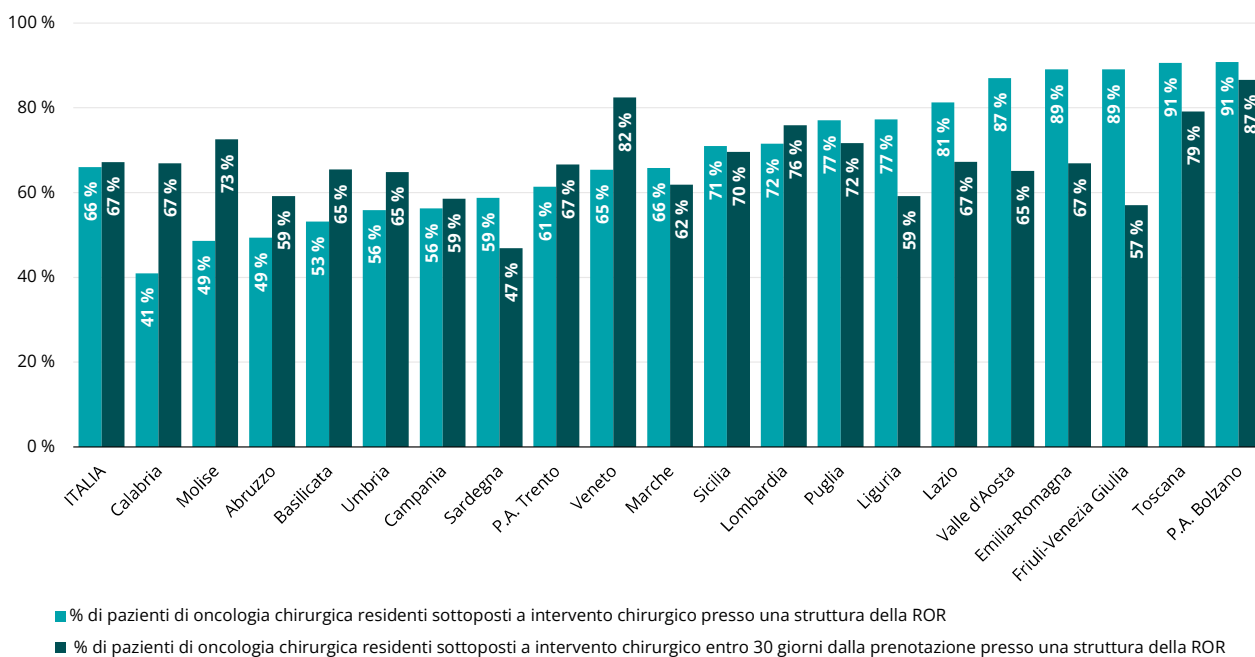
Nel contesto delle cure oncologiche, i pazienti si spostano in altre regioni alla ricerca di assistenza, spinti da necessità o preferenze personali. Sebbene un certo volume di migrazioni sia giustificato, in particolare dalle zone meno popolate verso le



unità a volume elevato nelle regioni limitrofe, tassi elevati di migrazione sono indicativi di carenze nei servizi locali. Nel 2022, più di due terzi dei pazienti sottoposti a chirurgia oncologica hanno ricevuto il trattamento nella ROR della loro regione di residenza, mentre i restanti pazienti si sono spostati al di fuori della propria area locale. Mentre quasi il 90% dei pazienti oncologici è stato trattato

all'interno della propria ROR locale nelle regioni settentrionali e centrali di Toscana, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna e Piemonte, meno del 50% è stato trattato all'interno della propria ROR locale nelle regioni meridionali di Abruzzo, Calabria e Molise (Figura 14).

**Figura 14. Le Reti Oncologiche Regionali nelle regioni meridionali tendono a soddisfare una percentuale minore delle esigenze chirurgiche dei pazienti oncologici locali**



Nota: Con "pazienti di chirurgia oncologica sottoposti a intervento chirurgico" ci si riferisce ai pazienti con cancro al seno, colorettaie, polmone, prostata, utero o ovaie.

Fonti: AGENAS (2023).

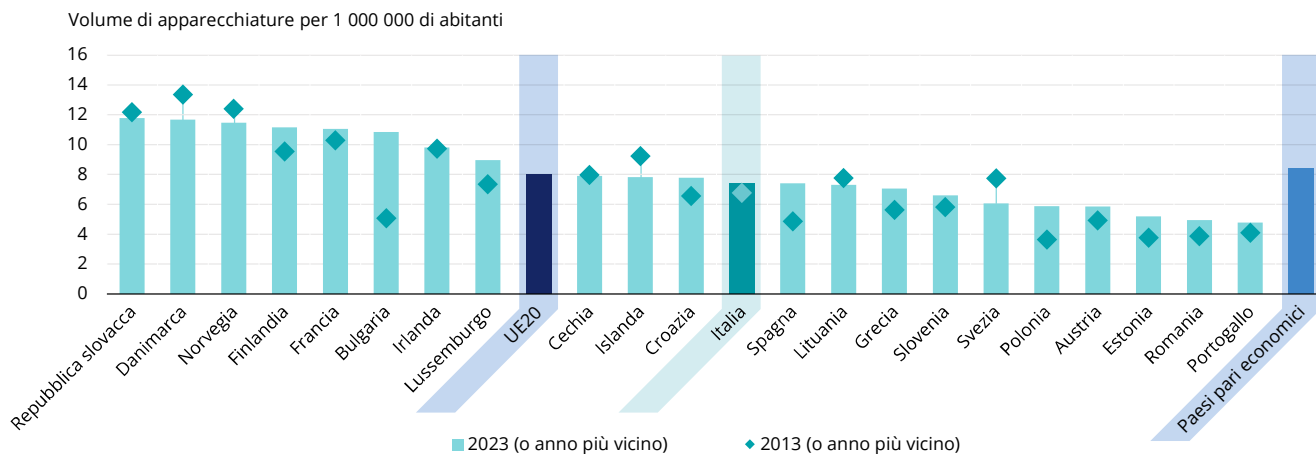
Anche i tempi di attesa incidono sull'accessibilità della chirurgia oncologica. Nel 2022 circa due terzi dei pazienti oncologici italiani sono stati sottoposti a un intervento chirurgico entro 30 giorni dalla prenotazione. Le regioni ad alta capacità che attirano pazienti provenienti da altri luoghi, quali Veneto, Toscana e Lombardia, hanno mantenuto tempi di attesa inferiori alla media, con oltre il 75% dei pazienti residenti che accedono a interventi chirurgici entro 30 giorni.

### **In parte a causa della minore densità di infrastrutture di assistenza, i pazienti oncologici nel meridione affrontano barriere geografiche nell'accesso alle cure oncologiche ambulatoriali**

La radioterapia rappresenta una componente fondamentale nel percorso terapeutico di oltre

il 50% dei pazienti oncologici, rendendo la distribuzione territoriale dei centri di radioterapia un fattore determinante per l'accessibilità alle cure oncologiche. Nel 2022, il sistema sanitario italiano disponeva di 7 unità di radioterapia per milione di abitanti, con una rete di 194 centri distribuiti sul territorio nazionale. Questo dato, sebbene leggermente inferiore alla media dei paesi UE economicamente comparabili, ha registrato un incremento del 9% rispetto al 2013 (Figura 15). Per quanto riguarda la dotazione tecnologica, nell'anno 2022 oltre l'85% del parco macchine era costituito da acceleratori lineari e unità di tomoterapia, mentre il 13% circa era rappresentato da dispositivi per brachiterapia. La restante quota comprendeva apparecchiature altamente specializzate, tra cui sistemi per adroterapia, dedicati al trattamento di neoplasie complesse.

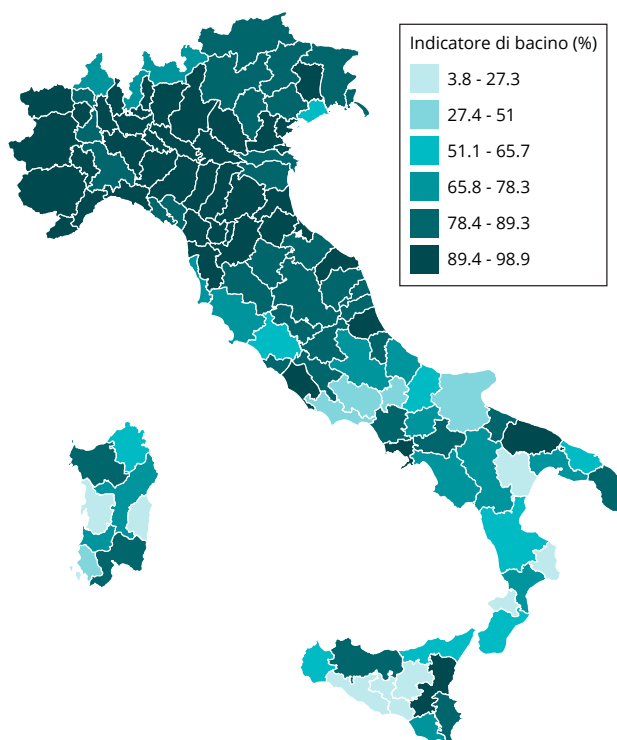
**Figura 15. La densità di apparecchiature per la radioterapia in Italia è leggermente inferiore alla media UE**



Note: la grande maggioranza delle apparecchiature per la radioterapia nei paesi dell'UE si trova negli ospedali. I dati relativi a Portogallo e Francia comprendono solo le apparecchiature negli ospedali, mentre i dati relativi ad altri paesi si riferiscono a tutte le apparecchiature. I paesi pari economici sono definiti come cluster di terzi basati sul PIL pro capite del 2022 in termini di standard di potere d'acquisto. Tra i paesi pari economici per IT figurano CZ, ES, FI, FR, LT e SI. La media UE non è ponderata.  
Fonte: Statistiche sulla Salute dell'OCSE 2024.

Le apparecchiature per la radioterapia sono concentrate prevalentemente nelle regioni più densamente popolate del nord, il che contribuisce alle maggiori difficoltà legate alla distanza che devono affrontare i pazienti che vivono nelle regioni meridionali e nelle isole quando tentano di accedere ai servizi di radioterapia e chemioterapia. Mentre i residenti di quasi tutti i territori delle regioni centrali e settentrionali possono accedere alle cure oncologiche ambulatoriali entro 60 minuti o 100 chilometri dal luogo di residenza, la maggior parte dei pazienti residenti nelle zone a bassa densità del Mezzogiorno si trova ad affrontare un onere di viaggio maggiore, il che rischia di ostacolare la tempestività e la qualità del trattamento (Figura 16).

**Figura 16. Gli ostacoli legati alla distanza nell'accesso ai servizi di chemioterapia e radioterapia costituiscono una sfida significativa in Calabria, Sardegna, Sicilia e Basilicata**



Nota: la mappa indica la percentuale di residenti in ciascuna provincia che possono accedere a servizi di chemioterapia e radioterapia entro 60 minuti o 100 km dal loro luogo di residenza.

Fonte: Adattato da AGENAS (2023).

## Il piano oncologico nazionale dell'Italia mira a rafforzare l'infrastruttura tecnologica della sua Rete Nazionale dei Tumori Rari

I tumori rari, definiti da un'incidenza inferiore a 6 casi su 100.000 abitanti all'anno, rappresentano una sfida particolare per il sistema sanitario a causa della loro rarità e dell'eterogeneità della loro presentazione clinica. Per rispondere a queste criticità, nel 2017 l'Italia ha istituito la Rete Nazionale Tumori Rari (RNTR), con l'obiettivo di garantire un'equa distribuzione delle competenze specialistiche sul territorio nazionale, riducendo la frammentazione dell'assistenza e la migrazione sanitaria interregionale e internazionale. Dopo una fase di sperimentazione, la RNTR è entrata in piena operatività nel settembre 2023, integrando centri regionali specializzati con i centri di eccellenza italiani che partecipano alle Reti di Riferimento Europee (Conferenza Stato-Regioni, 2023). Tuttavia, permangono criticità in diverse regioni relative alla definizione di linee guida specifiche per l'allocazione delle risorse necessarie al potenziamento delle attività professionali all'interno della rete, considerando che finora i contributi sono stati prevalentemente su base volontaria.

La RNTR basa il proprio funzionamento principalmente sulla teleconsulenza. In questo contesto, il PON italiano prevede lo sviluppo di una piattaforma di telemedicina dedicata, finalizzata a potenziare le capacità tecniche della rete, ottimizzare la collaborazione tra gli esperti italiani nei settori dei tumori solidi rari dell'adulto, dell'onco-ematologia e dell'oncologia pediatrica, e rafforzare le connessioni con le reti europee (Ministero della Salute, 2023a).

## 5.2 Qualità

### Il numero relativamente basso di anni di vita potenziali persi in Italia a causa del cancro rispecchia l'efficacia delle strategie di prevenzione e trattamento

Gli anni potenziali di vita persi (PYLL - Potential Years of Life Lost) rappresentano un indicatore fondamentale per valutare l'impatto sociale del cancro, attribuendo particolare rilevanza alla mortalità in età giovanile. L'analisi dell'evoluzione temporale dei PYLL per le diverse neoplasie consente di valutare l'efficacia dei sistemi di assistenza oncologica nel ridurre la mortalità prematura. Nel 2020, l'Italia ha registrato un tasso di PYLL per patologie oncologiche pari a 1.157 per 100.000 abitanti, un valore inferiore del 15% rispetto alla media UE. Questo dato suggerisce

una relativa efficacia delle strategie italiane di diagnosi precoce e trattamento nel contenimento della mortalità prematura per cancro. Il carcinoma polmonare è risultato il principale determinante dei PYLL oncologici nel paese (Figura 17).

Nel periodo 2012-2020, il tasso italiano di PYLL per patologie oncologiche ha evidenziato una riduzione del 17%, leggermente inferiore al calo medio UE del 19%. Questo decremento è attribuibile principalmente a due fattori: una riduzione del 6% dei PYLL per carcinoma mammario, correlabile al miglioramento dell'adesione ai programmi di screening, e una diminuzione del 22% dei PYLL per carcinoma polmonare, riconducibile sia ai progressi terapeutici sia alla ridotta incidenza nelle fasce d'età più giovani (cfr. sezione 3). In controtendenza, il tasso di PYLL per carcinoma pancreatico ha registrato un incremento del 4%. Questo dato riflette due fenomeni: il carcinoma pancreatico rappresenta l'unica neoplasia ad alta incidenza che non ha mostrato una riduzione della mortalità nell'ultimo decennio, e si è osservato un lieve aumento dell'incidenza nella popolazione italiana di età compresa tra 50 e 69 anni.

### Rendere operativo il Registro Nazionale Tumori è un obiettivo fondamentale del Piano Oncologico Nazionale 2023-2027

L'epidemiologia oncologica in Italia si è storicamente basata su una rete di registri locali, con l'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTum) che ha svolto un ruolo di aggregazione volontaria dei dati a livello nazionale. Nel 2019, la copertura dei registri accreditati interessava circa il 70% della popolazione italiana. Nello stesso anno è stato istituito il Registro Nazionale Tumori, con l'obiettivo di evolvere dall'attuale frammentazione dei registri locali verso un sistema nazionale coordinato, alimentato dai registri regionali.

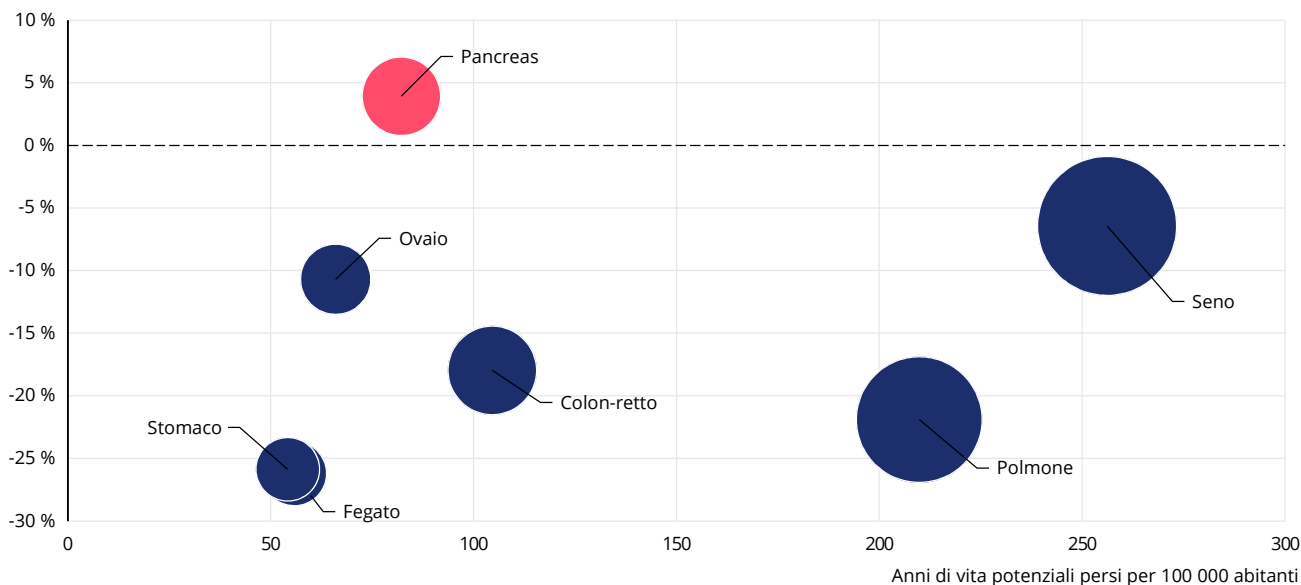
Tuttavia l'attuazione del Registro Nazionale Tumori ha incontrato notevoli ritardi. Oltre alle difficoltà legate alla pandemia COVID-19, i principali ostacoli sono stati la limitata disponibilità di risorse per l'attuazione, nonostante lo stanziamento di 1 milione di euro dal 2020, l'assenza di un chiaro quadro di governance e le problematiche relative alla tutela della privacy, che hanno ostacolato la condivisione dei dati tra i registri regionali. Nel 2023, il Ministero della Salute ha emanato un decreto che definisce le specifiche tecniche per il trattamento dei dati personali e istituisce un comitato tecnico-scientifico per supportare la governance del Registro Nazionale. Il modello operativo prevede che ogni regione designi un centro di riferimento per la trasmissione dei dati al Ministero della Salute.

Nel 2023 il ministero della Salute ha emanato un decreto che chiarisce le specifiche tecniche per il trattamento dei dati personali e istituisce un comitato tecnico-scientifico a sostegno della governance del registro nazionale tumori. Una volta pienamente operativo, ciascuna regione nominerà un centro di riferimento per la

trasmissione dei al ministero della Salute. La piena operatività del Registro Nazionale Tumori rappresenta un obiettivo prioritario del Piano Operativo Nazionale (PON), costituendo un passaggio fondamentale per il potenziamento della sorveglianza oncologica, della ricerca e della pianificazione sanitaria in Italia.

### Figura 17. Gli anni di vita potenziali persi in Italia a causa del cancro sono diminuiti di quasi il 17% tra il 2012 e il 2020, principalmente in ragione delle riduzioni dei tassi del cancro al seno e al polmone

Variatione percentuale degli anni di vita potenziali persi nel periodo 2012-2022 (o anno disponibile più vicino) (%)



Note: il tasso di anni di vita potenziali persi a causa del cancro al seno, alla cervice e alle ovaie è calcolato soltanto nelle donne, mentre il tasso di anni di vita potenziali persi a causa del cancro della prostata si riferisce agli uomini. I cerchi rosa segnalano un aumento del cambiamento percentuale in anni di vita potenziali persi durante il periodo 2012-2022 (o nell'ultimo anno disponibile); i cerchi blu indicano una diminuzione. La dimensione delle sfere è proporzionale ai tassi di anni di vita potenziali persi nel 2022.

Fonte: Statistiche sulla Salute dell'OCSE 2024.

### Un osservatorio nazionale dedicato monitora i gli esiti e la qualità dei processi organizzativi nell' assistenza oncologica nelle regioni

La valutazione della qualità dell'assistenza oncologica in Italia si basa principalmente sul Programma Nazionale Esiti (PNE), che raccoglie e analizza i principali indicatori a livello nazionale. Nel 2019, un significativo passo avanti nel monitoraggio della qualità delle cure è stato compiuto con l'istituzione, da parte dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari

Regionali (AGENAS), di un osservatorio dedicato al monitoraggio e alla valutazione delle ROR. Questo Osservatorio conduce analisi periodiche dettagliate su base regionale e raccoglie dati integrativi per valutare molteplici aspetti delle ROR: l'efficacia nella risposta ai bisogni dei pazienti oncologici, la qualità dei processi di governance e la capacità di implementare efficacemente i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) specifici per le patologie oncologiche (Riquadro 4).

#### Riquadro 4. Gli approcci clinici sono standardizzati attraverso percorsi terapeutici specifici per il cancro

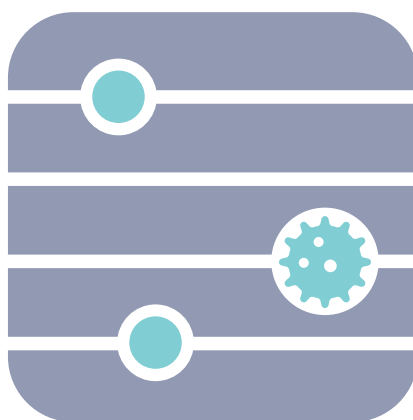
I Percorsi Diagnostici Terapeutici-Assistenziali (PDTA) rappresentano, nel sistema oncologico italiano, strumenti fondamentali di governance clinica finalizzati alla standardizzazione dell'assistenza all'interno delle Reti Oncologiche Regionali (ROR). Questi protocolli, elaborati a livello regionale, definiscono metodologie, tempistiche e sequenze procedurali per la gestione del paziente oncologico, dall'attività di screening iniziale alle procedure diagnostiche, dalle opzioni terapeutiche ai protocolli di follow-up.

I PDTA perseguono molteplici obiettivi: assicurare diagnosi tempestive e accurate, garantire un'elevata qualità assistenziale omogenea sul territorio regionale e ottimizzare l'efficienza economica delle cure oncologiche. La loro elaborazione si caratterizza per un approccio multidisciplinare che coinvolge diverse figure professionali, includendo rappresentanti dei pazienti e medici di medicina generale.

Le Regioni italiane hanno realizzato, negli anni recenti, progressi significativi nello sviluppo e nell'implementazione dei PDTA per diverse patologie oncologiche, integrando le più recenti evidenze scientifiche e innovazioni tecnologiche nella pratica clinica. Nonostante i PDTA abbiano dimostrato la loro efficacia nel migliorare il coordinamento assistenziale e gli outcome clinici, persistono disparità nella loro implementazione tra le diverse realtà regionali (FAVO, 2024). In questo contesto, il Piano Operativo Nazionale (PON) ha identificato come prioritari l'aggiornamento dei PDTA e il potenziamento della loro integrazione nella pratica clinica, con particolare attenzione alle ROR che presentano maggiori criticità nell'implementazione (Ministero della Salute, 2023a).

Una componente fondamentale della valutazione della qualità dell'assistenza oncologica consiste nell'analisi dei dati del PNE relativi alla concentrazione degli interventi chirurgici oncologici nelle unità operative delle ROR. Dal 2015, il PNE ha stabilito soglie minime di volume annuo per specifici interventi chirurgici oncologici, con l'obiettivo di garantire elevati standard assistenziali. I dati del 2022 evidenziano che circa il 20% degli interventi chirurgici oncologici più frequenti viene ancora effettuato in strutture con volumi operatori inferiori alle soglie stabilite. Nel caso specifico della chirurgia mammaria, il 12% degli interventi viene eseguito in unità che effettuano meno di 135 procedure annue (Figura 18).

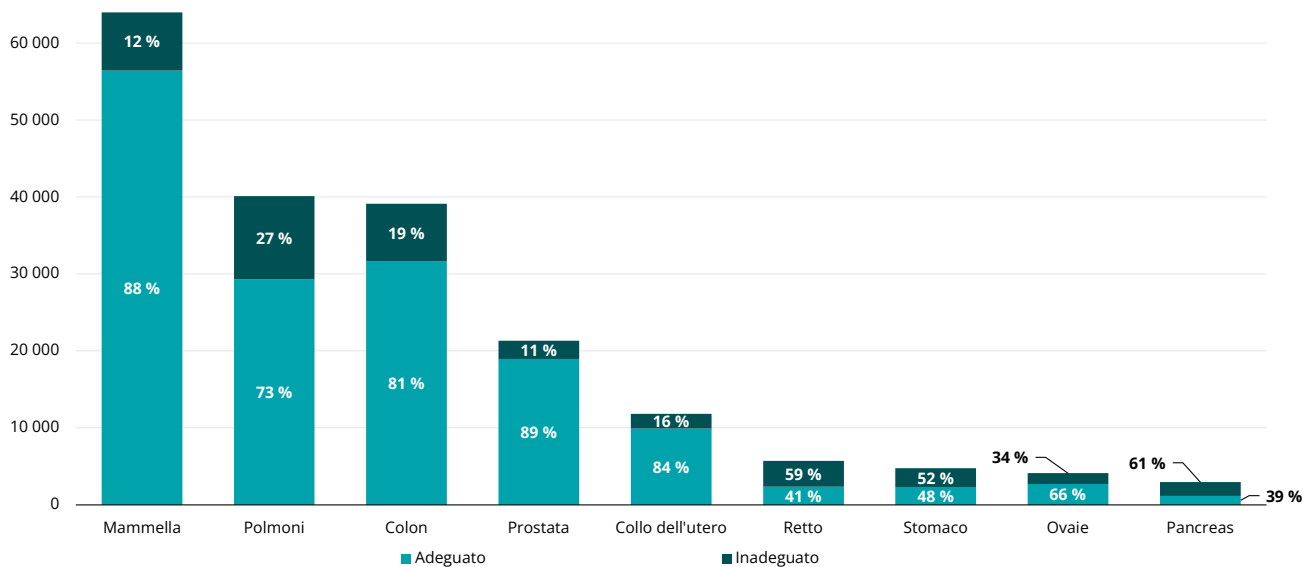
Questo dato nazionale presenta tuttavia significative variazioni regionali. Alcune regioni, come Emilia-Romagna, Marche, Toscana e Umbria, mostrano una percentuale inferiore al 5% di interventi chirurgici mammari effettuati in centri a basso volume. Al contrario, in Friuli-Venezia Giulia, Molise e nella Provincia Autonoma di Bolzano, questa percentuale supera il 25%. È significativo notare come anche in regioni dotate di centri di eccellenza e elevata capacità operativa, come la Lombardia, una quota rilevante di interventi chirurgici mammari (13%) venga ancora effettuata in unità operative a basso volume.





**Figura 18. Nel 2022, circa il 20% degli interventi chirurgici oncologici è stato eseguito in ospedali con volumi di pazienti al di sotto della soglia ottimale**

Volume degli interventi chirurgici oncologici



Nota: "La categoria "Inadeguato" si riferisce alla proporzione di procedure di chirurgia oncologica eseguite in strutture che non hanno raggiunto il volume minimo annuale di pazienti specifico per tipo di cancro: seno (150), polmone (85), colon (50), prostata (30), cervice (20), retto (25), stomaco (20), ovaie (20) e pancreas (30)."

Fonte: Analisi basata su dati di AGENAS (2023).

Esistono iniziative locali per misurare gli indicatori comunicati dai pazienti nel contesto delle cure oncologiche

### Esistono iniziative locali per misurare gli indicatori comunicati dai pazienti nel contesto delle cure oncologiche

La bozza del Piano Nazionale di Lotta Contro il Cancro 2022-2027 riconosce il ruolo cruciale degli indicatori di qualità e promuove l'implementazione di due strumenti fondamentali di valutazione: le misure di esito riportate dai pazienti (Patient-Reported Outcome Measures - PROM) e le misure dell'esperienza riferita dai pazienti (Patient-Reported Experience Measures - PREM). A livello territoriale sono già attive diverse iniziative per la raccolta di PROM e PREM in ambito oncologico. Un esempio significativo è rappresentato dal programma della Regione Toscana, che raccoglie sistematicamente dati PROM da pazienti sottoposte a chirurgia mammaria, sia essa conservativa, demolitiva o ricostruttiva. La valutazione si concentra su tre ambiti principali: la soddisfazione relativa al risultato estetico, il benessere fisico e il grado di soddisfazione riguardo alle informazioni ricevute. I dati raccolti vengono utilizzati per un continuo miglioramento della qualità delle prestazioni erogate.

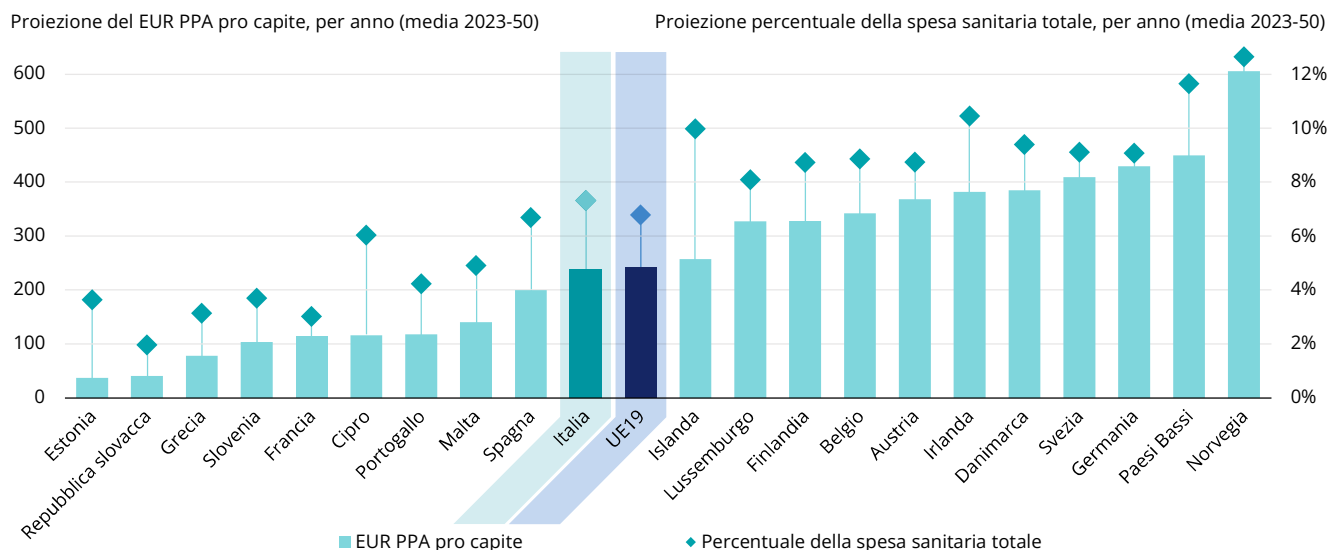
### 5.3 Costi e rapporto costi/benefici

#### Si prevede che l'incidenza del cancro sulla spesa sanitaria in Italia si avvicinerà alla media UE nei prossimi vent'anni

Come altri paesi dell'UE, l'Italia ha registrato un aumento costante dei costi delle cure oncologiche nell'ultimo decennio, una tendenza trainata dall'invecchiamento della popolazione, dal miglioramento dei tassi di sopravvivenza al cancro e dall'uso di terapie più avanzate, ma anche notevolmente più costose. L'Associazione Italiana di Oncologia Medica ha stimato che il costo totale del cancro a livello nazionale, compresi i costi indiretti quali le prestazioni di invalidità, ha raggiunto i 20 miliardi di EUR nel 2022 (Albini, 2023). Tale dato corrisponde a 338 EUR pro capite, corrispondenti al 12% della spesa sanitaria totale del Paese.

Secondo il lavoro di modellizzazione per la pianificazione strategica della salute pubblica (SPHeP) dell'OCSE, si stima che la spesa sanitaria totale in Italia aumenterà del 7% tra il 2023 e il 2050 a causa dell'incidenza del cancro. Ciò equivale a una media di 237 EUR (PPA) per persona all'anno (Figura 19). Tale dato è simile alla media UE19 (242 EUR PPA). Nel complesso, si prevede che la spesa sanitaria pro capite per le cure oncologiche crescerà del 63% in Italia tra il 2023 e il 2050, rispetto al 59% nell'UE27.

**Figura 19. Si prevede che nei prossimi 25 anni l'incidenza del cancro sulla spesa sanitaria dell'Italia sarà simile a quella della media UE**



Nota: La media UE non è ponderata.

Fonte: OCSE (2024), *Tackling the impact of cancer on health, the economy and society*, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

L'impatto del cancro sulla forza lavoro in Italia si prospetta significativo per il triennio 2023-2050. Le proiezioni indicano una perdita di 146 lavoratori equivalenti a tempo pieno (ETP) ogni 100.000 abitanti dovuta alla necessità di riduzione dell'attività lavorativa, a cui si aggiungono 35 ETP per assenteismo e 41 ETP per presenteismo, quest'ultimo definito come ridotta produttività sul luogo di lavoro causata da condizioni di salute compromesse.

I costi delle cure oncologiche a livello di paziente non sono distribuiti uniformemente lungo il percorso della malattia, ma tendono a seguire un modello a forma di U nel corso del tempo, con costi più elevati concentrati nei primi mesi successivi alla diagnosi e negli ultimi anni di vita, quando i pazienti ricevono cure palliative. In Italia, lo studio EPICOST ha rilevato che lo stadio del cancro al momento della diagnosi sostituisce un determinante importante ai fini dei costi totali delle cure: il costo totale medio delle cure per i pazienti oncologici nello stadio III e IV è superiore del 44% a quello dei pazienti diagnosticati nello stadio I e II. Questa analisi ha inoltre confermato il potenziale risparmio economico ottenibile attraverso il potenziamento dei programmi di screening oncologico organizzato e l'incremento della partecipazione agli stessi, con particolare riferimento alle regioni meridionali, dove si registrano tassi di adesione significativamente inferiori alla media nazionale (cfr. sezione 4).

**Insieme al maggior consumo, i costi crescenti dei farmaci oncologici sono un importante fattore trainante dei costi totali del cancro**

L'ultimo decennio ha visto un incremento sostanziale dell'impatto economico dei farmaci oncologici sul sistema sanitario italiano. Questo trend è stato determinato da diversi fattori: i progressi nelle terapie mirate, l'estensione della durata dei trattamenti e l'aumento della domanda correlato alla crescente prevalenza delle patologie oncologiche. Tale tendenza è destinata a persistere, considerando che la progressiva implementazione della profilazione genomica dei tumori sta favorendo lo sviluppo di trattamenti personalizzati che, pur essendo altamente efficaci, presentano costi più elevati.

Nel 2022, la spesa pubblica italiana per farmaci oncologici ha raggiunto 4,4 miliardi di euro, rappresentando il 19% della spesa farmaceutica pubblica totale e il 29% della spesa farmaceutica ospedaliera. Il confronto tra l'andamento della spesa farmaceutica totale pro capite, cresciuta del 4% annuo nel periodo 2014-2022, e quello della spesa per farmaci oncologici, aumentata di quasi il 10% annuo nello stesso periodo, evidenzia un più che raddoppio di quest'ultima. Questa crescita significativa è attribuibile a due fattori principali: un incremento del 23% nel consumo di farmaci oncologici e un aumento di quasi il 70% del costo medio per dose definita giornaliera dei farmaci antitumorali (Osservatorio sull'impiego dei medicinali, 2023).

## 5.4 Benessere e qualità di vita

### L'impatto del cancro sulla speranza di vita e sui disturbi mentali in Italia è prossimo alla media UE

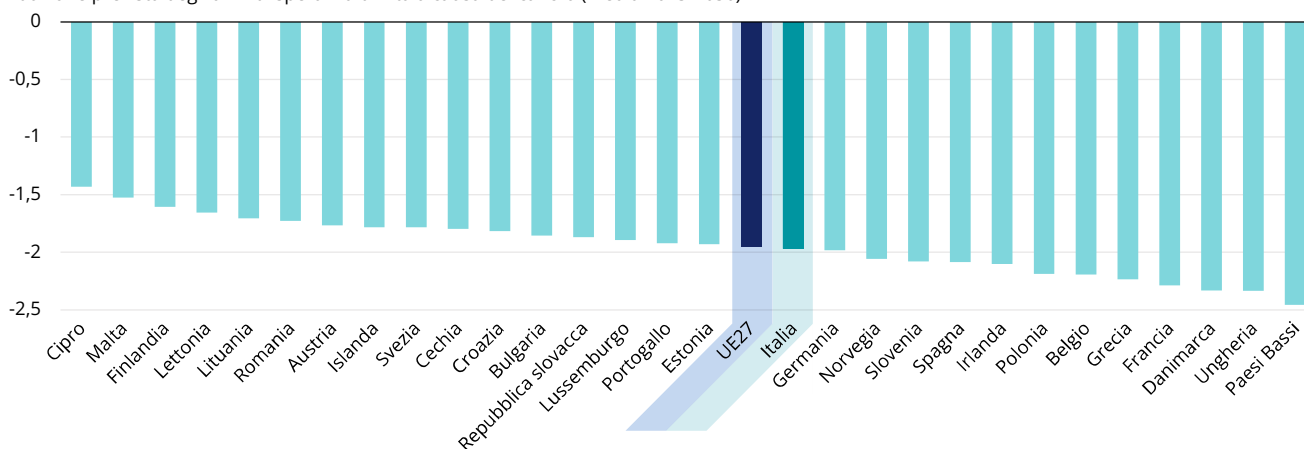
L'invecchiamento della popolazione e il miglioramento dei tassi di sopravvivenza determineranno un incremento dell'incidenza del cancro in Italia, con un conseguente aumento sia del numero di pazienti oncologici sia dei sopravvissuti (cfr. sezione 2). Secondo le proiezioni del modello SPHeP dell'OCSE, nel periodo 2023-2050 l'impatto del cancro sulla mortalità in Italia comporterà una riduzione della speranza di vita di

circa due anni, un dato sostanzialmente in linea con la media prevista per l'UE (Figura 20).

L'impatto del cancro si estende significativamente anche alla salute mentale della popolazione, attraverso molteplici meccanismi: i sintomi della malattia, gli effetti collaterali dei trattamenti e le ripercussioni sulla vita quotidiana, sulle relazioni sociali e sull'attività lavorativa. Le proiezioni del modello SPHeP dell'OCSE indicano che l'Italia, nel periodo 2023-2050, registrerà un tasso standardizzato per età di depressione correlata al cancro pari a 16 casi per 100.000 abitanti all'anno, un valore pressoché equivalente alla media europea di 17 casi per 100.000 abitanti all'anno.

### Figura 20. Si prevede che l'impatto medio del cancro nei prossimi 25 anni sulla speranza di vita in l'Italia sarà in linea con la media UE

Riduzione prevista degli anni di speranza di vita a causa del cancro (media 2023-2050)



Nota: La media UE non è ponderata.

Fonte: OCSE (2024), *Tackling the impact of cancer on health, the economy and society*, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

### Permangono lacune di copertura in termini di servizi di riabilitazione oncologica

Uno degli obiettivi principali dei sistemi sanitari consiste nel fornire servizi volti ad affrontare gli impatti fisici, psicologici e socioeconomici spesso debilitanti del cancro sui pazienti e sui loro caregiver. In considerazione dell'evoluzione di diverse patologie oncologiche verso condizioni croniche, l'Italia ha sviluppato vari strumenti sanitari e previdenziali per migliorare la qualità di vita dei pazienti oncologici e dei sopravvissuti al cancro. Per tutelare i pazienti dalle difficoltà economiche, la normativa prevede l'esenzione totale dalla compartecipazione alla spesa per beni e servizi medici correlati alla patologia oncologica (cfr. sezione 5.1). Tuttavia, nonostante rientrino formalmente in questa categoria, i servizi di riabilitazione oncologica, come fisioterapia e terapia occupazionale, non sono ancora esplicitamente

inclusi nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Tale esclusione comporta lacune nella copertura finanziaria per la riabilitazione oncologica in varie regioni, il che contribuisce a un certo livello di tossicità finanziaria<sup>8</sup> delle cure oncologiche.

Il PON italiano sottolinea la necessità che le ROR aggiornino i loro PDTA per includervi sistematicamente i servizi di riabilitazione, e propone di estendere l'ambito di applicazione del PNE al monitoraggio dell'appropriatezza dei servizi di riabilitazione oncologica (Ministero della Salute, 2023a). Tuttavia, il PON non prevede l'inclusione formale di questi servizi nei LEA.

### Una legislazione specifica protegge i sopravvissuti al cancro dai rischi di discriminazione e disparità di trattamento

L'Italia ha compiuto un significativo passo avanti nella tutela dei sopravvissuti al cancro con

<sup>8</sup> La tossicità finanziaria è il termine utilizzato per definire il carico finanziario oggettivo e soggettivo di una malattia e/o del trattamento che ha un impatto significativo sulla qualità della vita dei pazienti.

l'approvazione, nel 2023, della legge sul "diritto all'oblio". Tale legge consente ai sopravvissuti oncologici dopo un periodo definito di assenza di malattia, di non dichiarare la propria storia clinica nelle richieste di mutui ipotecari, assicurazioni e contratti di lavoro. Il periodo di riferimento è stabilito in 10 anni per la popolazione generale, ridotto a 5 anni per coloro che hanno ricevuto una diagnosi prima dei 21 anni di età. La legge introduce inoltre una tutela specifica nell'ambito delle adozioni, impedendo che la pregressa storia oncologica possa costituire motivo di esclusione dall'idoneità all'adozione di minori.

Questa legislazione progressista colloca l'Italia tra un gruppo selezionato di paesi dell'UE dotati di specifiche normative antidiscriminatorie a tutela dei sopravvissuti al cancro, che include Francia, Belgio, Lussemburgo, Paesi Bassi, Portogallo, Romania e Spagna. L'implementazione di questa legge dovrebbe contribuire significativamente al miglioramento della qualità di vita dei sopravvissuti, garantendo maggiore stabilità finanziaria e migliori prospettive occupazionali, e attenuando così alcuni degli impatti socioeconomici a lungo termine della malattia oncologica.

### **Le prestazioni di sicurezza sociale e le misure a favore dell'occupazione offrono ai pazienti oncologici e ai loro caregiver protezione contro i rischi di stress finanziario**

L'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale italiano offre varie prestazioni economiche per prevenire il rischio di povertà nei pazienti oncologici e le loro famiglie. L'accesso a queste prestazioni è regolato da criteri basati su reddito, età e grado di invalidità determinato da una commissione medica dedicata. Il sistema prevede diverse tipologie di supporto: una "pensione di inabilità" destinata ai pazienti che mantengono una parziale capacità lavorativa, e il riconoscimento dello status di "disabilità grave", che comporta agevolazioni fiscali e maggiori tutele occupazionali. Quest'ultima condizione garantisce sia ai pazienti sia ai caregiver l'accesso a specifici benefici, tra cui permessi lavorativi, flessibilità nell'orario di lavoro e ulteriori prestazioni assistenziali. Per i pazienti valutati come permanentemente e totalmente inabili al lavoro è prevista l'erogazione di una pensione di invalidità, mentre coloro che necessitano di assistenza continuativa nelle attività quotidiane possono

beneficiare dell'indennità di accompagnamento, finalizzata alla copertura dei costi assistenziali.

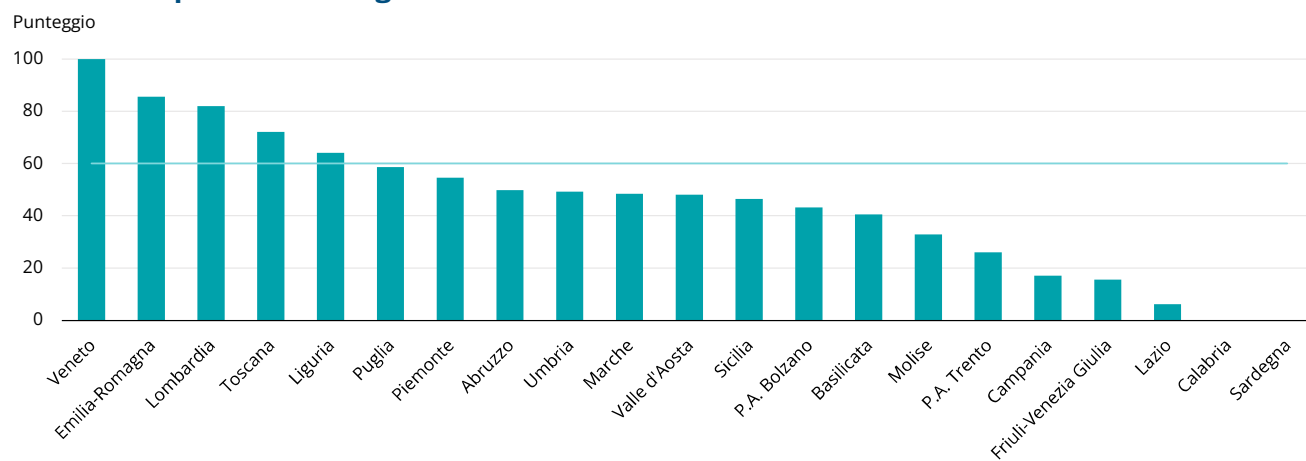
La normativa italiana sul lavoro integra queste misure economiche con specifiche disposizioni a tutela dell'occupazione dei pazienti oncologici. In particolare, viene stabilito l'obbligo per le amministrazioni pubbliche e le aziende private con più di 15 dipendenti di assumere una quota prestabilita di persone con disabilità da moderata a grave, certificata attraverso il riconoscimento medico-legale.

### **L'accesso alle cure palliative rimane insufficiente nella maggior parte delle regioni**

In Italia, le cure palliative sono inserite nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e pertanto erogate gratuitamente. Il diritto alle cure palliative e alla terapia del dolore è stato sancito legislativamente nel 2010, con l'obbligo di organizzare questi servizi attraverso Reti Regionali di Cure Palliative (RRCP) su tutto il territorio nazionale. L'erogazione di questi servizi avviene in ambito ospedaliero, residenziale e domiciliare. Un'analisi condotta da AGENAS nel 2022 ha evidenziato diverse criticità implementative: nel 2021, tutte le regioni, ad eccezione di Marche e Abruzzo, avevano attivato le proprie RRCP, ma solo il 60% aveva istituito reti pediatriche specifiche. In ambito ospedaliero, solo due terzi delle aziende sanitarie locali disponevano di équipe multidisciplinari dedicate alle cure palliative. Migliore risulta la situazione dell'assistenza domiciliare, con quasi tutte le aziende sanitarie locali dotate di almeno un'équipe multidisciplinare.

Il monitoraggio annuale del Ministero della Salute sull'aderenza regionale ai LEA ha rilevato che meno di un quarto delle regioni garantisce livelli adeguati di cure palliative ai pazienti oncologici, con una concentrazione delle regioni adempienti nelle aree settentrionali e centrali del paese (Figura 21). In risposta a questa situazione, il PON prevede l'implementazione di programmi triennali regionali per garantire un'erogazione omogenea dei servizi di cure palliative entro il 31 dicembre 2025. Gli obiettivi strategici includono: il potenziamento dell'assistenza domiciliare palliativa, l'ottimizzazione del coordinamento tra ROR e servizi di cure palliative per garantirne l'attivazione precoce, e la valutazione dell'utilizzo della telemedicina per migliorare l'accessibilità dei servizi domiciliari (Ministero della Salute, 2023a).

**Figura 21. Soltanto cinque regioni sono riuscite a fornire servizi relativi a cure palliative ad almeno il 35% dei loro pazienti oncologici deceduti nel 2021.**



Nota: la linea indica la soglia per prestazioni soddisfacenti e rappresenta il 35% di tutti i decessi legati al cancro che hanno ricevuto assistenza dalla RRCP.

Fonte: Ministero della Salute (2023d).

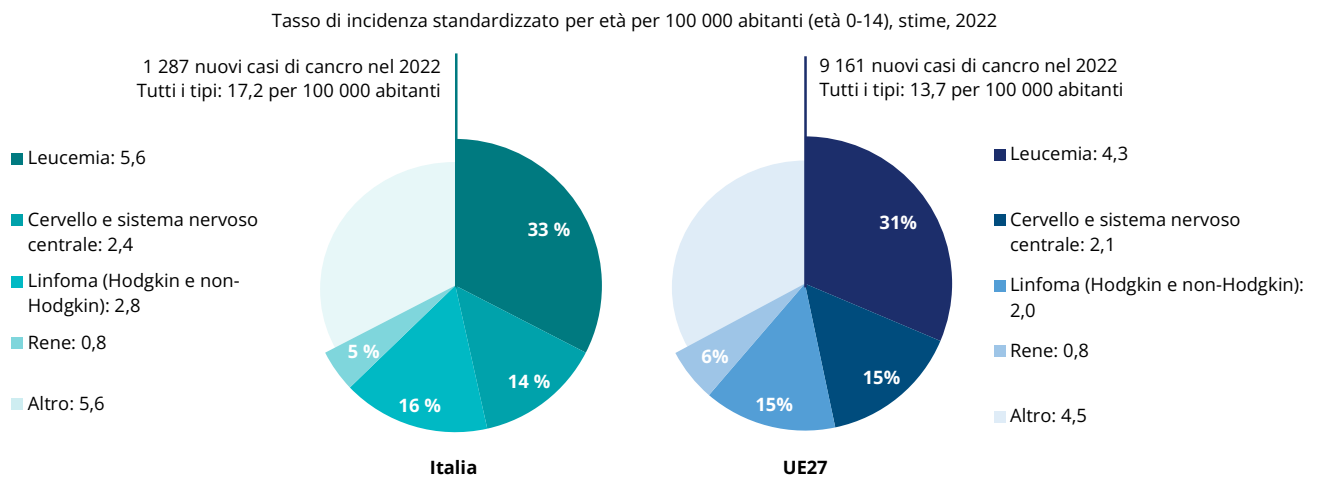


# 6. Approfondimento sui tumori pediatrici

Dalle stime dell'incidenza elaborate dallo European Cancer Information System (ECIS), nel 2022 in Italia sono stati diagnosticati 1.287 nuovi casi di cancro in bambini di età compresa tra 0 e 14 anni. Il tasso di incidenza standardizzato per questa fascia d'età è stato di 17 casi su 100.000 bambini, superando del 25% la media UE di 14 casi su 100.000 (Figura 22). Come nel resto dell'Unione Europea, anche in Italia si registra una maggiore incidenza nei maschi rispetto alle femmine. I tipi di cancro più comuni

in Italia sono stati la leucemia (con 5,6 casi su 100 000 bambini, 33%), i linfomi (con 2,8 casi, 16%), il cancro del cervello e del sistema nervoso centrale (con 2,4 casi, 14%) e il cancro dei reni (con 0,8 casi su 100 000 bambini, 5%). Nonostante la più elevata incidenza, il tasso di mortalità per cancro infantile in Italia si mantiene in linea con la media europea, attestandosi a 2,1 decessi su 100.000 bambini nell'arco di tre anni, secondo i dati Eurostat

**Figura 22. I tassi di incidenza del cancro tra i bambini in Italia sono superiori di un quarto rispetto a quelli dell'UE.**



Note: le stime del 2022 sono basate sulle tendenze dell'incidenza degli anni precedenti e possono differire dai tassi osservati negli anni più recenti. La voce "Tutti i tipi" comprende tutti i tipi oncologici fatta eccezione per i tipi di cancro della pelle diversi dal melanoma.

Fonti: sistema europeo d'informazione sul cancro (ECIS) per l'incidenza del cancro. Da <https://ecis.jrc.ec.europa.eu>, consultato il 10/03/2024. © Unione europea, 2024.

Le cure oncologiche pediatriche in Italia si articolano su una rete di 47 istituti specializzati, tra cui spiccano sette centri di eccellenza localizzati a Genova, Milano, Monza, Padova, Roma e Torino, che fanno parte del dell'ITCC (Innovative Therapies for Children with Cancer Consortium). L'efficacia di questa infrastruttura è rafforzata dalla leadership italiana nella disponibilità di farmaci: il paese garantisce l'accesso al 97% dei 68 farmaci antitumorali pediatrici essenziali, una percentuale significativamente superiore alla media UE del 76% (Vassal et al., 2021).

L'Italia mantiene inoltre un ruolo di primo piano nella ricerca traslazionale e nelle sperimentazioni cliniche in ambito oncologico pediatrico. Nel periodo 2010-2022, i centri oncologici italiani hanno partecipato a oltre il 41% delle 436 sperimentazioni

cliniche condotte in Europa su pazienti pediatriche e adolescenti. Le caratteristiche distintive della ricerca clinica oncologica pediatrica italiana, rispetto alla media europea, includono una maggiore dipendenza dalla sponsorizzazione industriale (72% contro il 45% della media UE) e una più elevata partecipazione a studi multicentrici internazionali (84% contro il 58% della media UE) (SIOPE, 2024).

Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) (2022), Istruttoria sullo stato di attuazione della legge 38/2010 in materia di rete delle cure palliative, Roma.

AGENAS (2023), Quinta Indagine Nazionale sullo stato di attuazione delle Reti Oncologiche Regionali, Roma.

Albini A (2023), "Tumori: spesi 20 miliardi nel 2022 per le cure, un quarto a carico dei pazienti", Sanità 24, 15 dicembre.

ANAAO-ASSOMED (2023), Quasi 6000 medici in fuga dalle scuole di specializzazione: la nuova mappa Anaa dei contratti non assegnati e abbandonati.

Conferenza Stato-Regioni (2023), Processo normativo e attuativo per la definizione dell'assetto della Rete Nazionale Tumori Rari.

De Angelis, R, et al. (2020), "Complete cancer prevalence in Europe in 2020 by disease duration and country (EUROCARE-6): a population-based study". *Lancet Oncology*, 25.3 (2024): 293-307.

Federazione italiana delle associazioni di volontariato in oncologia (FAVO) (2024), 16° Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, Roma.

Istituto superiore di sanità (2024), Sorveglianza PASSI: dati per l'Italia, disponibili all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso>.

Li S et al. (2022), "Cancer risks associated with BRCA1 and BRCA2 pathogenic variants", *Journal of Clinical Oncology*, 40(14):1529-41. doi: 10.1200/JCO.21.02112.

Lillini R et al. (2023), "Out-of-pocket costs sustained in the last 12 months by cancer patients: an Italian survey-based study on individual expenses between 2017 and 2018", *European Journal of Health Economics*, 24(8):1309-19. doi: 10.1007/S10198-022-01544-9.

Mantellini P et al. (2021), Rapporto sui ritardi accumulati dai programmi di screening italiani in seguito alla pandemia da COVID-19, Firenze, Osservatorio nazionale screening.

Ministero della Salute (2023a), Piano Oncologico Nazionale: documento di pianificazione e indirizzo per la prevenzione e il contrasto del cancro 2023-2027, Roma.

Ministero della Salute (2023b), Piano nazionale di prevenzione vaccinale (PNPV) 2023-2025, Roma.

Ministero della Salute (2023c), Il personale del sistema sanitario italiano, Roma.

Ministero della Salute (2023d). Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia - Metodologia e risultati 2021.

Osservatorio nazionale screening (2023), Rapporto 2021. <https://www.osservatorionazionale screening.it/content/rapporto>.

Osservatorio sull'impiego dei medicinali (2023), L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2022, Roma.

Pizzato M et al. (2023), "Cancer mortality associated with low education in Italy", *Journal of Public Health*, 45(4):822-8. doi: 10.1093/pubmed/fdad164.

SIOPE (2024), Childhood Cancer Country Profile: Italy, Bruxelles, SIOP Europe, <https://siope.eu/media/documents/ocean-projectitaly.pdf>.

Vaia (2024), "Avvio cabina regia attuazione Piano oncologico in prossimi giorni", *Quotidiano Sanità*.

Vassal, G. et al. (2021). "Access to essential anticancer medicines for children and adolescents in Europe". *Annals of Oncology*, 32(4), 560-568.

## Elenco dei codici paese

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

# Profilo nazionale sul cancro 2025

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 contempla un sito web e uno strumento di dati messi a punto dal Centro comune di ricerca della Commissione europea (<https://cancer-inequalities.jrc.ec.europa.eu/>), nonché una serie alternata di Profili Nazionali sul Cancro biennali e una relazione generale sulle disuguaglianze di fronte al cancro in Europa.

I Profili Nazionali sul Cancro 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 di fronte al cancro sostiene inoltre l'iniziativa faro 1 del piano d'azione per l'inquinamento zero.

I profili sono realizzati dall'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economici (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 di lavoro tematico dell'UE sul registro delle disuguaglianze di fronte al cancro per i preziosi commenti e suggerimenti forniti.

Ogni profilo sul cancro per paese contiene una breve sintesi dei seguenti aspetti:

- il carico nazionale delle malattie neoplastiche;
- fattori di rischio per il cancro, prestando particolare attenzione ai fattori di rischio comportamentali e ambientali;
- programmi di individuazione precoce;
- efficacia delle cure oncologiche, prestando particolare attenzione all'accessibilità, alla qualità dell'assistenza, ai costi e alla qualità di vita.

Si prega di citare la presente pubblicazione come riportato qui sotto:

OECD/European Commission (2025), Profili sul cancro per paese: Italia 2025, Profili sul cancro per paese dell'UE, OECD Publishing, Parigi, <https://doi.org/10.1787/0831d4fb-it>.

Originariamente pubblicato in inglese con il titolo: OECD/European Commission (2025), EU Country Cancer Profile: Italy 2025, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/1e742c63-en>.

In caso di discrepanza, deve essere considerato valido solo il testo della versione inglese.

© OECD/European Union 2025 per questa edizione italiana.



Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

This work is made available under the Creative Commons Attribution 4.0 International licence. By using this work, you accept to be bound by the terms of this licence (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>).

**Attribution** – you must cite the work.

**Translations** – you must cite the original work, identify changes to the original and add the following text: *In the event of any discrepancy between the original work and the translation, only the text of original work should be considered valid.*

**Adaptations** – you must cite the original work and add the following text: *This is an adaptation of an original work by the OECD and the European Union. The opinions expressed and arguments employed in this adaptation should not be reported as representing the official views of the OECD or of its Member countries or of the European Union.*

**Third-party material** – the licence does not apply to third-party material in the work. If using such material, you are responsible for obtaining permission from the third party and for any claims of infringement.

You must not use the OECD's or European Commission's logo, visual identity or cover image without express permission or suggest the OECD or European Commission endorses your use of the work.

Any dispute arising under this licence shall be settled by arbitration in accordance with the Permanent Court of Arbitration (PCA) Arbitration Rules 2012. The seat of arbitration shall be Paris (France). The number of arbitrators shall be one.