

**Comunicazione della Commissione  
al Parlamento europeo e al Consiglio  
Piano europeo di lotta contro il cancro**

**Audizione dell'Istituto nazionale di statistica  
Dott.ssa Roberta Crialesi  
Dirigente il Servizio Sistema integrato salute, assistenza e previdenza**

**XII Commissione (Affari sociali)  
della Camera dei Deputati  
3 ottobre 2023**



## Indice

<b>Introduzione</b>	<b>5</b>
<b>1. La prevenzione primaria: gli stili di vita nella popolazione adulta</b>	<b>5</b>
<i>Focus: Gli stili di vita di bambini e ragazzi</i>	<b>10</b>
<b>2. I livelli di copertura degli screening per la diagnosi precoce dei tumori</b>	<b>12</b>
<b>3. La mortalità per tumore</b>	<b>14</b>
<b>4. Le disuguaglianze socio-economiche nella mortalità per tumore</b>	<b>18</b>
<b>5. I medici oncologi e chirurghi in Italia</b>	<b>19</b>
<b>Allegato statistico</b>	<b>21</b>



## Introduzione

In questa memoria l'Istat intende offrire un quadro conoscitivo utile all'esame del "Piano europeo di lotta contro il cancro", presentato dalla Commissione Europea nel febbraio 2021 e volto a sostenere e coordinare gli sforzi dagli Stati membri in materia di prevenzione, diagnosi e trattamento della malattia.

Nel dettaglio, la prima sezione presenta i dati – aggiornati al 2022 – relativi alla diffusione degli stili di vita a rischio nella popolazione adulta e nei minori, sulla base delle informazioni dell'Indagine annuale Aspetti della vita quotidiana. La seconda sezione si concentra sui livelli di copertura degli screening per la diagnosi precoce dei tumori, con informazioni tratte dall'Indagine europea sulla salute, la cui ultima edizione è relativa all'anno 2019. La terza e quarta sezione espongono i dati 2020 sulla mortalità per tumore, mettendo in luce il tema delle disuguaglianze socio-economiche ad essa associate. L'ultima sezione illustra l'evoluzione recente del numero dei medici oncologi e chirurghi in Italia.

Le Tavole e Figure riportate nell'Allegato statistico completano, infine, il quadro informativo proposto in questa audizione.

### 1. La prevenzione primaria: gli stili di vita nella popolazione adulta

L'attenzione alla prevenzione, in primo luogo primaria e secondaria, consente di contrastare l'insorgenza dei tumori, ma anche di migliorare le condizioni di salute e benessere delle persone che hanno sperimentato una patologia oncologica.

In relazione ai diversi fattori di rischio, l'Italia nel contesto europeo (Ue27) si distingue per i livelli molto bassi di obesità e una quota minore di fumatori abituali; tuttavia, si caratterizza anche per una percentuale troppo bassa di adulti che svolgono attività fisica secondo i livelli raccomandati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per migliorare le condizioni di salute<sup>1</sup>.

Secondo il Piano Oncologico Nazionale 2023-2027, in Europa circa il 50% delle morti per tumore e il 40% dei nuovi casi sono potenzialmente evitabili in quanto causati da fattori di rischio prevenibili. Tra questi, il fumo di tabacco rappresenta il principale fattore di rischio, essendo associato all'insorgenza di circa un tumore su tre e a ben 17 tipi/sedi di tumore, oltre al tumore del polmone. Il rischio di sviluppare alcune neoplasie è, inoltre, più elevato per le persone obese (p.es. il tumore della mammella in post-menopausa, della prostata, del colon-retto, dell'ovaio, dell'endometrio, del

---

<sup>1</sup> Si veda il Comunicato Stampa "Prevenzione e fattori di rischio per la salute in Italia e in Europa - Anno 2019", disponibile all'indirizzo: <https://www.istat.it/it/archivio/264755>.

rene e del pancreas). Il rischio di ammalarsi di cancro potrebbe ridursi fino al 30% seguendo stili di vita più attenti alla salute: mangiare sano, mantenere il giusto peso corporeo, fare regolarmente attività fisica ed evitare il consumo dannoso e rischioso di bevande alcoliche<sup>2</sup>.

### *Consumo di tabacco*

Nel 2022, è pari al 19,6% la quota di persone di 14 anni e più che dichiarano di fumare (pari a circa 10 milioni 140 mila persone). L'analisi temporale mette in evidenza una tendenza alla diminuzione della quota di fumatori tra il 2010 e il 2019. Tuttavia, dal 2020, si è registrata un'inversione di tendenza con un nuovo e progressivo aumento.

Tra gli obiettivi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per il 2025 vi è quello di ridurre del 30% la quota di fumatori rispetto al 2010 – il traguardo intermedio previsto dal piano europeo di lotta contro il cancro per creare una “generazione libera dal tabacco”. L'ulteriore incremento registrato nel 2022 sta distanziando il raggiungimento del dato di proiezione fissato per il 2025.

L'abitudine al fumo in Italia è stata sempre più diffusa tra gli uomini (23,8% contro 15,6% delle donne nel 2022); nel tempo la distanza di genere si è significativamente ridotta, per la maggiore contrazione nel lungo periodo dei fumatori rispetto alle fumatrici (-5,4 punti percentuali tra gli uomini e -1,3 tra le donne tra il 2010 e il 2022).

Rispetto al 2010 si è dimezzata la quota di forti fumatori (ossia fumatori di 20 sigarette o più al giorno, passati dal 6,4% al 3,1% del 2022). La riduzione ha riguardato maggiormente gli uomini.

Le quote di fumatori crescono a partire dalla fascia di età di 20-24 anni, fino a raggiungere il livello più elevato tra le persone di 35-44 anni (27,2%) – la fascia di età in cui la quota è cresciuta maggiormente tra il 2021 e il 2022 (+2,4 punti percentuali); sono invece più contenute nelle età anziane, fino a raggiungere il 5,8% tra gli over74.

Negli ultimi anni sta crescendo il consumo di prodotti come la sigaretta elettronica e quelli a tabacco riscaldato non bruciato (HnB)<sup>3</sup>, sebbene esso rappresenti ancora un fenomeno limitato nel complesso della popolazione e diffuso prevalentemente tra i giovani. Nel 2021, la quota di fumatori di tali prodotti nella popolazione di 14 anni e più è pari al 4,1% (ossia il 21,4% dei fumatori), più spesso uomini (4,6% contro 3,5%). Solo per l'1% sono ex-fumatori che hanno abbandonato il tabacco tradizionale; esigua anche la quota di non fumatori che utilizzano solo questi prodotti (0,2%).

---

<sup>2</sup> Si veda il “Piano Oncologico Nazionale: documento di pianificazione e indirizzo per la prevenzione e il contrasto del cancro 2023-2027” ([https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_3291\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3291_allegato.pdf)).

<sup>3</sup> Si veda la Statistica Today “Uso della sigaretta elettronica e prodotti a tabacco riscaldato”, disponibile all'indirizzo: <https://www.istat.it/it/archivio/279457>.

### *Consumo di alcol a rischio*

Il consumo a rischio di bevande alcoliche ha riguardato nel 2022 il 15,3% della popolazione di 14 anni e più (pari a circa 7 milioni 130 mila persone). In particolare, il 9,6% ha avuto un comportamento di consumo abituale eccedentario, che supera cioè le quantità massime giornaliere raccomandate, e il 7,2% ha sperimentato episodi di ubriacatura (*binge drinking*).

L'analisi del trend mette in evidenza una progressiva riduzione dei consumatori a rischio tra il 2010 e il 2014 (dal 19,9% al 15,5%) e una sostanziale stabilità tra il 2015 e il 2018, seguita da un andamento oscillante, con diminuzioni e successivi incrementi.

Il Piano europeo di lotta contro il cancro prevede una riduzione nel 2025 del 10% del consumo nocivo di alcol rispetto al 2010. Osservando i dati in serie storica risulta che l'Italia ha di gran lunga già conseguito tale obiettivo.

Forte il differenziale di genere per tale fenomeno, con una quota maggiore di uomini con abitudini di consumo a rischio di bevande alcoliche (21,8% contro 9,2% donne). Nel tempo, tuttavia, si è ridotta la distanza di genere per effetto di una maggiore contrazione del numero dei consumatori a rischio piuttosto che delle consumatrici (-7,1 p.p. tra gli uomini e -2,3 p.p. tra le donne tra il 2010 e il 2022).

Quote elevate di consumatori di alcol a rischio si osservano tra i minori di 14-17 anni (27,2% nel 2022) e tra i giovani di 18-24 anni (15,9%) per gli episodi di ubriacatura (*binge drinking*). Tra gli anziani, i consumatori a rischio sono il 18,3%, ma prevale l'abitudine ad un consumo giornaliero eccessivo di alcol (per le persone di 65 anni e più la quantità massima giornaliera raccomandata è di una sola unità alcolica, pari ad esempio ad un bicchiere di vino).

Circa una persona su quattro, oltre ad avere un comportamento di consumo di bevande alcoliche a rischio, è anche un fumatore (il 22,9% della popolazione di 14 anni e più) o un forte fumatore (25,5%).

### *Obesità*

L'obesità è in aumento nella maggior parte dei paesi, non solo tra le economie avanzate. In Italia, la sua diffusione nella popolazione adulta è più contenuta rispetto agli altri paesi europei, ma se si considerano anche le quote di pre-obesità o sovrappeso si arriva ad una prevalenza di eccesso ponderale oltre il 46%.

Nel 2021, durante la pandemia, l'obesità ha raggiunto il valore più alto mai osservato nella popolazione adulta, pari al 12% (12,9% per gli uomini e 11,1% per le donne), con un incremento del 16%, rispetto al 2010 (era del 10,3%, 11,1% per gli uomini e 9,6% per le donne). La prevalenza del 2022, pari all'11,4%, mostra una relativa diminuzione, riallineandosi alla stima del 2020 (11,5%). Le persone affette da obesità nel 2021 erano diventate circa 6 milioni, il numero assoluto più elevato registrato negli ultimi decenni; nel 2022 si è ridotto a circa 5,6 milioni.

## *Sedentarietà*

In Italia si pratica poca attività fisica rispetto ai paesi europei, nonché rispetto ai livelli raccomandati dall'OMS, decisamente ancora troppo scarsi per godere di buona salute.

Nel 2022, la quota di persone adulte sedentarie, ossia che non praticano alcuna attività fisica nel tempo libero, si stima pari a 39,1%, complessivamente 19 milioni e 400 mila persone. Permane un forte gap di genere con le donne che presentano livelli di sedentarietà superiori rispetto agli uomini (42,5% contro 35,4%), soprattutto in età anziana (49,3% contro 38,7% a 65-74 anni e 74,4% contro 57,2% tra gli ultrasessantacinquenni). La quota di sedentarietà nel 2022 torna ad aumentare dopo un graduale trend in diminuzione, che ha toccato il minimo nel 2021 (34,8%) (era il 40,6% nel 2010). L'incremento della sedentarietà osservato nel 2022, rispetto al 2021, ha riguardato entrambi i generi (+13% per gli uomini e +11% per le donne), con aumenti superiori al 20% tra le donne di 25-34 anni e tra gli uomini di 55-64 anni.

## *Consumo di frutta e verdura*

Come evidenziato nel Piano europeo di lotta contro il cancro, gli effetti combinati di abitudini alimentari non salutari e inattività fisica aumentano il rischio di cancro. Nel confronto con i paesi Ue (anno 2019), l'Italia, pur essendo tra i primi 5 paesi per la quota di popolazione adulta che consuma quotidianamente frutta e verdura, non raggiunge le quantità giornaliere raccomandate, posizionandosi sotto la media europea per tale indicatore<sup>4</sup>.

Secondo le ultime stime nazionali, nel 2022 l'81,2% della popolazione adulta ha consumato frutta e verdura con cadenza giornaliera, ma appena il 5% assume le 5 porzioni giornaliere raccomandate dall'OMS, mentre il 18,2% ne consuma almeno 4 porzioni al giorno. Il consumo giornaliero di almeno 4 porzioni di frutta e verdura, indicatore incluso anche tra gli indicatori BES dell'Istat, tende ad aumentare con l'età (13,4% tra i 18-24enni e 22,7% tra gli over64) ed è più alto tra le donne (20,8% contro 15,5% per gli uomini). L'indicatore evidenzia variazioni nell'arco temporale degli ultimi 12 anni che appaiono condizionate anche dall'andamento dell'economia<sup>5</sup>: trend in diminuzione fino al 2014, recupero fino al 2018 e successiva diminuzione fino al 2022. Considerando solo la variazione rispetto al 2010, il consumo giornaliero di almeno 4 porzioni di frutta e verdura nel 2022 risulta inferiore del 16% (era 21,7% nel 2010), la riduzione maggiore si rileva tra i 45 e i 64 anni (-28%).

---

<sup>4</sup> Per dettagli si veda il Comunicato Stampa "Prevenzione e fattori di rischio per la salute in Italia e in Europa - Anno 2019", disponibile all'indirizzo: <https://www.istat.it/it/archivio/264755>.

<sup>5</sup> Marra, M., Migliardi, A., Costa G. *Disuguali a tavola, ma non troppo: le differenze sociali nell'alimentazione in Italia prima e durante la crisi*, Epidemiologia e Prevenzione, 2015, 39.



### *Le differenze territoriali negli stili di vita nel 2022*

Le dinamiche nel territorio dei vari indicatori sui fattori di rischio mostrano andamenti differenziati. La quota di fumatori è più elevata nel Centro Italia (21,4%, tasso standardizzato per età), prossima alla media nel Mezzogiorno (20,3%) e più bassa al Nord (19,6%). Gli incrementi registrati tra il 2019 e il 2022 nelle regioni del Nord e del Mezzogiorno hanno ridotto la distanza con il Centro, uniformando sul territorio i comportamenti nell'abitudine al fumo.

Una diversa geografia si osserva invece per il consumo di alcol a rischio, perché è maggiormente diffuso nelle regioni del Nord, specialmente nel Nord-est (18,5%, tasso standardizzato per età), rispetto al Centro (16%) e al Mezzogiorno (12,2%), dove nell'ultimo anno aumenta di più la prevalenza (+1,2 punti percentuali).

Nel Mezzogiorno si rilevano valori più alti di obesità (12,5% contro 10% del Centro-Nord nel 2022) e soprattutto di sedentarietà (53,5% contro 26,7% del Nord nel 2022), congiuntamente ad un minor consumo giornaliero di frutta e verdura: solo il 13,2% della popolazione consuma almeno 4 porzioni al giorno, a fronte del 21,7% nel Centro e del 19,9% nel Nord.

Nel tempo, per nessuno degli indicatori considerati i divari territoriali si riducono e per la sedentarietà il gap si acuisce – perché al Nord la quota di sedentari si riduce in misura maggiore rispetto al Mezzogiorno.

### *Le differenze sociali negli stili di vita nel 2022*

Utilizzando il grado di istruzione<sup>6</sup> come proxy della condizione socio-economica emerge spesso una relazione inversa tra livello di istruzione e stili di vita a rischio.

Nel 2022 per il consumo di tabacco, si evidenziano comportamenti differenziati per fascia di età. Tra la popolazione di 25-64 anni, infatti, la quota di fumatori cresce al diminuire del titolo di studio e, viceversa, tra la popolazione di 65 anni e più le prevalenze sono più alte tra chi possiede titoli di studio più elevati.

Anche per il consumo di alcol a rischio si osservano comportamenti diversificati per condizione socio-economica: tra la popolazione adulta di 25-64 anni, se si considerano le "ubriacature", si rilevano quote più elevate tra chi possiede titoli di studio più alti e, viceversa, se si considera il consumo abituale eccedentario, i livelli di consumo più elevati si osservano tra chi possiede titoli di studio più bassi; tra la popolazione di 65 anni e più, invece, le prevalenze di consumo a rischio sono sempre più elevate tra chi possiede titoli di studio più alti.

I tassi di obesità delle persone con basso livello di istruzione sono nettamente superiori rispetto a quelli delle persone più istruite; ciò si osserva anche controllando

---

<sup>6</sup> Si considerano i seguenti livelli di istruzione: alto (laurea o titolo superiore), medio (diploma di scuola secondaria superiore) e basso (fino alla licenza media inferiore).

per classi di età. Il divario tende a diminuire con l'età ed è sempre maggiore per le donne. Le disuguaglianze sociali tendono ad aumentare nel tempo, perché l'obesità ha fatto registrare un aumento maggiore tra le persone con basso livello di istruzione, soprattutto nella fascia d'età 25-44 anni.

Anche per la sedentarietà si notano differenze marcate rispetto al titolo di studio a tutte le età ed in particolare tra le persone di 25-44 anni, con prevalenze doppie rispetto a quelle dei più istruiti (49,7% vs 17,9%). Inoltre le disuguaglianze sociali si sono accentuate negli anni, poiché la sedentarietà si è ridotta maggiormente tra le persone con titolo di studio alto.

Riguardo al consumo di frutta e verdura, la quota di persone con basso titolo di studio che assumono almeno 4 porzioni al giorno è più bassa rispetto a quella dei più istruiti e tale svantaggio aumenta con l'età (da -17% a 25-44 anni a -32% a 65 anni e più). Le disuguaglianze sociali si mantengono costanti nel tempo in tutte le classi di età.

### *Focus: Gli stili di vita di bambini e ragazzi*

#### *Eccesso di peso*

La diffusione del sovrappeso e dell'obesità tra bambini e ragazzi merita una particolare attenzione perché rappresenta un fattore di rischio per la salute, predisponendo all'insorgenza di numerose patologie croniche<sup>7</sup>. Evidenze scientifiche riconoscono all'obesità in età preadolescenziale e adolescenziale una forte capacità predittiva della presenza di obesità in età adulta<sup>8</sup>. È stato calcolato che oltre un terzo dei bambini e circa la metà degli adolescenti che sono in sovrappeso mantengono questa condizione anche da adulti.<sup>9</sup>

In Italia si stima che nel biennio 2021-2022 più di un ragazzo su quattro in età compresa tra 3 e 17 anni (il 27,2%) sia in eccesso di peso (in condizione di sovrappeso o obesità); l'indicatore raggiunge il 34% circa tra i bambini di 3-10 anni, mentre scende al 17,1% tra gli adolescenti di 14-17 anni. Si evidenzia un divario di genere con valori pari al 29,5% tra i maschi contro il 24,8% delle femmine; tale gap aumenta con l'età.

Permane nel tempo un forte gradiente territoriale con prevalenze di sovrappeso e obesità tra i minori che aumentano significativamente passando dal Nord al Sud del Paese. I livelli più elevati nell'ultimo biennio si registrano in Campania (37,3%), Basilicata (37,1%), Calabria (36,9%) e Sicilia (33,6%).

---

<sup>7</sup> Reilly J.J., Methven E., McDowell Z.C., Hacking B., Alexander D., Stewart L., Kelnar C. J. H. *Health consequences of obesity*, Arch. Dis. Children, 2003, 88.

<sup>8</sup> Serdula M.K., Ivery D., Coates R.J., Freedman D.S., Williamson D.F., Byers T. *Do obese children become obese adults? A review of the literature*, Preventive Medicine, 1993, 22.

<sup>9</sup> Rolland-Cachera M. F., Deheeger M., Bellisle F., Guillaud-Bataille M., Patois E. *Adiposity rebound in children: a simple indicator for predicting obesity*, The American Journal of clinical Nutrition 1984, 39.

Analizzando il contesto familiare, si osserva come tra i bambini e ragazzi che vivono in famiglie in cui almeno uno dei genitori è in eccesso di peso l'eccesso ponderale dei minori sia più diffuso rispetto a quando entrambi i genitori non si trovano in questa stessa condizione: nel biennio 2021-2022, il 36,7% è in eccesso di peso se anche entrambi i genitori lo sono, rispetto al 21,5% quando entrambi i genitori sono normopeso.

Si osservano, inoltre, prevalenze più elevate di eccesso ponderale tra quanti vivono in famiglie che dichiarano risorse economiche scarse o insufficienti e, allo stesso modo, quando i genitori posseggono titoli di studio bassi (32,8%) rispetto a quando almeno uno dei genitori possiede un titolo di studio almeno pari alla laurea (21,9%).

### *Sport e sedentarietà*

Nel 2022, è pari al 55,5% la quota di bambini e ragazzi di 3-17 anni che ha dichiarato di praticare sport nel tempo libero (in modo continuativo o saltuario). È, invece, del 19,4% la quota di bambini e ragazzi che svolgono qualche attività fisica, mentre almeno un ragazzo su quattro non pratica né sport né attività fisica.

Il livello di pratica sportiva dei minori, pur in ripresa rispetto al periodo di emergenza sanitaria, è ancora nel 2022 al di sotto dei livelli registrati nel 2019 (55,5% contro il 60,1% del 2019).

Eccesso di peso e scarsa attività fisica sono fattori di rischio che, da soli o in associazione, riguardano più della metà dei bambini e ragazzi di 3-17 anni (il 51,5%). L'11,3% dei ragazzi mostra la situazione più critica perché associa entrambi i fattori di rischio, mentre il 24,2%, pur essendo normopeso, è sedentario o svolge solo qualche attività fisica in modo saltuario.

### *Abitudini alimentari*

In Italia, nel biennio 2021-2022, è pari a 85,2% la quota di bambini e ragazzi che dichiarano di iniziare la giornata con una colazione "adeguata"<sup>10</sup>. Tuttavia, accanto a tale buona abitudine risulta diffusa tra i ragazzi anche l'abitudine a saltare la prima colazione (nel 2021-2022 ha riguardato un ragazzo su 10), con un andamento in crescita negli ultimi 10 anni (era pari al 7,8% nel 2010-2011) e quote più elevate tra gli adolescenti di 11-17 anni (15,9%). Parallelamente, si osserva nel decennio una forte riduzione del consumo di latte a colazione che passa dal 68,4% al 51,9%, con punte di riduzione più elevate tra i bambini di 3-10 anni (-18,4 punti percentuali). Ciò si è tradotto nell'aumento sia della quota di coloro che, pur non bevendo il latte, mangiano cibi solidi come biscotti, fette biscottate, brioche (con o senza tè, orzo o caffè), sia di coloro che fanno altri tipi di colazione a base ad esempio di yogurt,

---

<sup>10</sup> Per colazione adeguata si intende una colazione non solo limitata al caffè o al tè, ma nella quale vengono assunti alimenti più ricchi di nutrienti: latte, cibi solidi (biscotti, pane, ecc.).

cereali, succhi di frutta ecc. Tale modalità di fare la prima colazione passa complessivamente dal 19,4% del 2010-2011 al 33,3% del 2021-2022. Inoltre, è pari al 68,9% la quota di bambini e adolescenti di 3-17 anni che consumano frutta e/o verdura ogni giorno, ma solo l'11,7% arriva a consumarne 4 o più porzioni. Elevata la quota di quanti consumano quotidianamente dolci (26,2%), bevande gassate (21,1%) e snack salati (14%).

## **2. I livelli di copertura degli screening per la diagnosi precoce dei tumori**

Gli screening per la diagnosi precoce dei tumori, eseguiti con regolarità, possono rivelare tempestivamente neoplasie in uno stadio poco avanzato, che opportunamente trattate, anche grazie ai progressi delle cure, possono prolungare i livelli di sopravvivenza.

Prima della crisi pandemica, i livelli di copertura degli screening per la diagnosi precoce risultavano in progressivo miglioramento, sebbene fosse persistente il gradiente territoriale Nord-Sud.

I dati commentati in questo paragrafo sono tratti dall'indagine europea sulla salute (EHIS), condotta in tutti gli Stati dell'Unione europea con l'obiettivo di costruire indicatori di salute confrontabili a livello europeo sui principali aspetti delle condizioni di salute della popolazione, il ricorso ai servizi sanitari e i determinanti di salute. L'ultima edizione dell'Indagine è riferita all'anno 2019<sup>11</sup>.

Riguardo alla prevenzione del carcinoma mammario, il 70,9% delle 50-69enni, ossia la fascia di popolazione target, aveva dichiarato nel 2019 di essersi sottoposta ad un controllo mammografico negli ultimi due anni (cadenza raccomandata), con un aumento di 14 punti percentuali rispetto al 2013. La media Ue27 dell'indicatore, sempre nel 2019, si attestava al 65,9%, con prevalenze molto eterogenee tra i vari paesi: l'Italia si collocava al di sopra della media Ue27, tra la Spagna (74,1%) e la Francia (70,0%), mentre nei paesi del Nord Europa i tassi erano superiori al 90%. In Italia le regioni con maggiori criticità nei livelli di copertura sono Campania (47,6%), Sicilia (55,2%) e Calabria (56,1%).

Per la prevenzione del tumore della cervice uterina, il dato di copertura per l'Italia nel 2019 per la fascia di età utilizzata in ambito europeo (20-69 anni) era simile alla media Ue27: la quota di donne con un pap-test effettuato negli ultimi tre anni (cadenza raccomandata) era 69,3% (rispetto ad una media Ue27 pari al 70,8%, con livelli più elevati nei paesi del Nord Europa, nonché in Grecia), escludendo nella copertura il test dell'HPV.

---

<sup>11</sup> Si veda il Comunicato Stampa "Prevenzione e fattori di rischio per la salute in Italia e in Europa - Anno 2019", disponibile all'indirizzo <https://www.istat.it/it/archivio/264755> e la nota informativa sull'indagine disponibile all'indirizzo <https://www.istat.it/it/archivio/167485>. La prossima edizione dell'Indagine sarà effettuata nel 2025 in tutti i paesi dell'Ue27.

Per il tumore del colon-retto, in notevole aumento negli ultimi decenni, viene raccomandata l'esecuzione di controlli periodici quali l'esame della ricerca del sangue occulto nelle feci. La fascia di età raccomandata in Italia è dai 50 ai 69 anni e il tasso di copertura (esecuzione del test ogni due anni) risulta pari al 36,3% nel 2019. L'Italia, tenuto conto della fascia d'età 50-74 anni (confrontabile a livello europeo), ha un tasso più alto della media Ue27 (36,1% rispetto a 33,4%), superiore alla Spagna (30,4%), ma al di sotto della Germania (43,8%). Per questo screening sono anche più forti le disparità territoriali e sociali.

Il Piano europeo di lotta contro il cancro prevede che l'Ue, sostenendo i programmi di screening del carcinoma della mammella, della cervice uterina e del colon-retto, aiuti gli Stati membri a raggiungere il 90% di copertura nelle fasce d'età raccomandate entro il 2025. Con la pandemia, secondo il Rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening del 2021<sup>12</sup>, i livelli di copertura degli screening eseguiti nell'ambito di programmi organizzati si sono ridotti (nel 2020 quasi del 30% in media rispetto al 2019). In diverse regioni, soprattutto al Nord e al Centro, si sono recuperati del tutto i livelli del 2019, ma complessivamente nel 2021 il recupero è ancora parziale, anche perché non sempre la minore disponibilità di screening organizzati è stata compensata dal maggior ricorso a esami svolti fuori dai programmi di screening.

Entro il 2025 in Italia le coperture dovrebbero aumentare in media di almeno 20 punti percentuali per lo screening mammario e quello cervicale e, addirittura, più che raddoppiare quella del colon retto. Non solo quindi si deve auspicare di azzerare la quota di chi non si è mai sottoposto agli screening nelle età in cui è raccomandato, particolarmente elevata per lo screening del colon-retto (nel 2019 era pari al 47,5%), ma di riuscire a recuperare buona parte di quei contingenti che procrastinano l'esame di un anno o anche più rispetto alla cadenza raccomandata.

In passato i livelli di diffusione della prevenzione secondaria sono aumentati grazie al contributo rilevante degli screening organizzati. I differenziali territoriali dei livelli di copertura testimoniano quanto sia stata efficace la leva degli screening organizzati, con il Mezzogiorno – in ritardo nell'attivare programmi di screening – più penalizzato rispetto al Nord. Nel Nord, le quote sono quasi allineate ai paesi nordeuropei per la mammografia: si raggiunge l'80,3%, rispetto al 73,2% nel Centro; al Sud e nelle Isole non si arriva al 60% (56,1% e 58%), con livelli più bassi anche della Grecia (65,7%).

Nel confronto con il 2013<sup>13</sup> si è però registrato un recupero del Mezzogiorno, con una riduzione dal 30% al 10% di donne di 50-69 anni che non hanno mai fatto una mammografia e un aumento quasi doppio del livello di copertura rispetto al Nord.

---

<sup>12</sup> Disponibile all'indirizzo: <https://www.osservatorionazionale screening.it/content/rapporto>.

<sup>13</sup> Si precisa che il confronto è con i dati dell'Indagine Istat "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" realizzata prima che i Regolamenti europei istituissero l'Indagine europea sulla salute (Ehis), effettuata per la prima volta in Italia nel 2015.

Sono inoltre evidenti le disuguaglianze sociali nell'accesso alla prevenzione dei tumori, in particolare per il carcinoma mammario e della cervice uterina. Ciò non accade solo in Italia, ma in tutti i 27 paesi Ue, ad eccezione dei paesi del Nord Europa. Nell'analizzare i differenziali sociali in Italia, emerge che le persone con un titolo di studio fino al diploma (medio livello di istruzione) hanno un profilo simile a quelle con almeno una laurea (elevato titolo di studio), mentre quelle con al massimo la scuola dell'obbligo mostrano prevalenze nettamente più basse.

Tra le laureate del Nord si rileva il tasso di copertura più elevato per la mammografia: esso raggiunge l'85,4%, molto vicino alla soglia programmata dal Piano europeo di lotta contro il cancro. Le quote più basse si osservano tra le persone con basso titolo di studio residenti nel Mezzogiorno (50,2%).

In crescita rispetto al 2013 anche la prevenzione del tumore della cervice uterina tra le donne di 25-64 anni: se si considera congiuntamente l'esame di pap-test o del più recente HPV (papilloma virus) nel 2019, la copertura raggiunge il 75,3% delle donne (+13 p.p. rispetto al 2013).

Ancora molto bassi nel 2019 i livelli di copertura per lo screening del tumore del colon-retto, nonostante si tratti di uno screening poco invasivo, con disuguaglianze territoriali più marcate rispetto agli screening dei tumori femminili: le prevalenze sono molto basse nel Sud (19,6%) e nelle Isole (24%) rispetto al Nord-est (52,6%); elevata è l'eterogeneità tra regioni anche nelle diverse aree territoriali.

### **3. La mortalità per tumore**

Attraverso l'Indagine sui decessi e le cause di morte<sup>14</sup>, l'Istat raccoglie ed analizza le denunce delle cause di morte redatte dai medici curanti o necroscopi per tutti i decessi avvenuti in Italia. I dati raccolti consentono di tracciare il quadro della mortalità per causa e di stratificarlo per diverse variabili sociodemografiche (sesso, età, territorio di residenza o decesso, ecc.).

Secondo i dati dell'Indagine, in Italia i tumori causano poco meno di un terzo (28% nel 2019) dei decessi totali e rappresentano la seconda causa di morte dopo l'insieme delle malattie del sistema circolatorio. Questa quota, stabile nel corso dell'ultimo decennio, si è lievemente ridotta nel 2020 (al 24%) a causa del forte aumento di decessi per Covid-19 e altre cause correlate alla pandemia. Nel 2020, in valore assoluto, i tumori sono stati responsabili di 177.858 decessi (di cui 97.867 uomini e 79.991 donne).

Nell'ultimo decennio, il numero complessivo delle vittime dei tumori è lievemente aumentato da 174.040 nel 2010 a 180.303 nel 2018, per poi iniziare a diminuire negli

---

<sup>14</sup> Le informazioni sull'indagine sono disponibili all'indirizzo <https://www.istat.it/it/archivio/4216>. Si veda anche il Comunicato stampa "Cause di morte in Italia: anno 2020", disponibile all'indirizzo: <https://www.istat.it/it/archivio/284853>.

ultimi due anni. L'elevato numero di decessi per tumore sconta comunque l'effetto del progressivo invecchiamento della popolazione.

Il numero di decessi riferito alla popolazione residente (tasso grezzo di mortalità) è rimasto sostanzialmente stabile nel corso degli ultimi dieci anni con un valore compreso tra 294 decessi ogni 100mila abitanti nel 2010 a 298 nel 2020. Misure grezze, come il numero assoluto di decessi e il tasso grezzo di mortalità, sono importanti indicatori dell'impatto totale dei tumori sul sistema sanitario, ma non possono essere utilizzate per confronti nel tempo, sul territorio o tra gruppi di popolazione in quanto non tengono conto delle differenze per età fra i vari gruppi a confronto. Per eliminare questo effetto si utilizza il tasso di mortalità standardizzato. L'analisi di questo indicatore mostra che, al netto dell'effetto età, la mortalità per tumori in Italia è decisamente diminuita nell'ultimo decennio: si è passati da un valore di 276 decessi per 100mila abitanti nel 2010 a 239 nel 2020, con una diminuzione del 13,4%. Anche nel 2020, la mortalità per tumori ha continuato a diminuire, al contrario di altre cause che hanno subito forti incrementi come, ad esempio, le malattie respiratorie, il diabete, alcune malattie del sistema circolatorio.

I tassi di mortalità per tumore sono più elevati per gli uomini rispetto alle donne, ma per gli uomini sono diminuiti di più passando da 381 decessi per 100mila nel 2010 a 311 nel 2020 (-18%); nelle donne il decremento è stato del 9% passando da 206 a 189.

Il tumore che causa più decessi negli uomini è quello del polmone (23% dei decessi per tumore), seguito da quello del colon-retto (11%), dalle leucemie e linfomi (8%) e dal tumore della prostata (8%). Nelle donne il primo posto è occupato dal tumore della mammella (16%), seguito dal polmone (13%), dal colon-retto (11%) e dalle leucemie e linfomi (8%).

Il tumore del polmone causa complessivamente 45 decessi per 100mila residenti (tassi standardizzati) con un tasso quasi triplo negli uomini (70 per 100mila) rispetto alle donne (25 per 100mila). Tuttavia, l'andamento nell'ultimo decennio è stato opposto nei due sessi: mentre negli uomini si è avuta una riduzione dei tassi del 27% (si è passati da un valore di 95 nel 2010 a 70 nel 2020), nelle donne la mortalità per tumore al polmone è aumentata del 9% passando da 23 decessi per 100mila nel 2010 a 25 del 2020. In particolare i tassi delle donne aumentano fortemente fino al 2018 e sembrano essersi stabilizzati solo negli ultimi anni. Le generazioni maggiormente colpite dal tumore al polmone sono, per gli uomini, quelle dei nati negli anni '20 del '900, ovvero coloro che hanno partecipato alla Seconda Guerra Mondiale; per le donne le generazioni più a rischio sono invece quelle nate tra il '55 e il '64, ossia quelle in cui l'abitudine al fumo ha iniziato ad essere molto più diffusa<sup>15</sup>.

---

<sup>15</sup> Si veda, in particolare, Catelan D, Biggeri A, Bucchi L, Manno V, Pappagallo M, Stoppa G, Grippo F, Frova L, Zamagni F, Crialesi R, Minelli G. *Epidemiologic transition of lung cancer mortality in Italy by sex, province of residence and birth cohort (1920-1929 to 1960-1969)*, Int J Cancer, 153(10).

Per il tumore del colon-retto, il tasso complessivo di mortalità è di 25 per 100mila ed è 33 negli uomini e 20 nelle donne. La mortalità per questo tumore è diminuita di circa il 15% nell'ultimo decennio, più negli uomini (-18%) che nelle donne (-14%).

Per il tumore della mammella, principale sede tumorale per le donne (negli uomini si verificano rarissimi casi di decesso), il tasso di mortalità riferito alla popolazione femminile è nel 2020 di 32 decessi per 100mila. La mortalità per questa causa è diminuita solo del 6% nell'ultimo decennio (si passa da 34 a 32 decessi per 100mila tra il 2010 e il 2020).

Il mesotelioma pleurico, tumore correlato all'esposizione lavorativa e ambientale all'amianto, ha causato, nel 2020, 1.249 decessi (di cui il 74% uomini, il tasso è di 1,7 decessi per 100mila residenti). Con riferimento alla popolazione generale, la mortalità per questa causa ha avuto un picco nel 2014 ed è successivamente diminuita. La mortalità è tuttavia in aumento tra gli ultraottantenni (il tasso era di 8,6 per 100mila nel periodo 2010-2014 ed è di 11,2 nel 2020), come effetto dell'esposizione avvenuta precedentemente alla messa al bando dell'amianto nel 1992 (legge 257).

Nel contesto europeo, secondo i dati Eurostat, l'Italia presenta tassi di mortalità per il complesso dei tumori più bassi rispetto alla media Ue27. Nel 2020, la media Ue27 è stata di 252 decessi per 100mila abitanti contro il valore di 239 dell'Italia. Rispetto al 2011 (anno con cui è possibile fare i confronti per i dati Ue27), il tasso di mortalità per tumori in Italia è diminuito più della media Ue27; in particolare, per le donne si è avuta una diminuzione dell'8% in Italia rispetto al 6% della media Ue27; per gli uomini la diminuzione è stata del 17% in Italia e del 12% in Ue27.

Un altro importante indicatore per i confronti internazionali di mortalità è il tasso di mortalità evitabile<sup>16</sup>, distinto nelle componenti di mortalità prevenibile e trattabile<sup>17</sup>. Per quanto riguarda la mortalità evitabile riferita ai soli tumori, l'Italia si colloca nel 2020 tra i paesi a più bassa mortalità tumorale evitabile, con un tasso di 74 decessi per 100mila abitanti. La media Ue27 è di 87 e il tasso minimo è quello della Svezia di 57. Paesi come Germania (83), Francia (81) e Spagna (79) hanno valori superiori all'Italia. Delle due componenti della mortalità evitabile, quella per cui l'Italia risulta favorita è la mortalità prevenibile in cui si ha un tasso di 48 contro la media Ue27 di 59. Per la mortalità trattabile l'Italia si colloca di poco al di sotto della media Europea (26 rispetto a 29 della media Ue27). Rispetto al 2011 l'Italia ha fatto maggiori

---

<sup>16</sup> Per Eurostat, la mortalità evitabile riguarda i decessi per alcune cause al di sotto dei 75 anni. In particolare, la componente prevenibile è quella dovuta a cause di cui si può prevenire l'insorgenza attraverso misure di salute pubblica, mentre quella trattabile si riferisce ai decessi per cause che possono essere evitati attraverso interventi tempestivi ed efficaci. Per dettagli, si veda: [https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/Annexes/hlth\\_cdeath\\_sims\\_an5.pdf](https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/Annexes/hlth_cdeath_sims_an5.pdf).

<sup>17</sup> I tumori considerati per il calcolo della mortalità prevenibile sono: i tumori maligni di labbra, cavo orale, faringe, esofago, stomaco, fegato, pelle, vescica, cervice uterina e il mesotelioma. Sono considerati trattabili i tumori maligni di cervice uterina, colon-retto, mammella, utero, testicolo, tiroide, la malattia di Hodgkin, la leucemia linfoide e i tumori benigni.



progressi della media Ue27 per quanto riguarda la mortalità prevenibile, mentre la diminuzione della mortalità trattabile risulta in linea con quella Ue27.

La mortalità per tumore ha caratteristiche peculiari nelle varie età della vita. Nel 2020, i tumori in età pediatrica, tra 0 e 17 anni, hanno causato complessivamente 255 decessi (2,5 per 100mila abitanti). In questa fascia di età i tumori rappresentano la seconda causa di morte provocando il 13% dei decessi totali. Le cause più frequenti a queste età sono le condizioni di origine perinatale e le malformazioni congenite che nel loro insieme costituiscono la metà di tutte le cause di morte. I tumori prevalenti in età pediatrica sono le leucemie e i linfomi che hanno causato 75 decessi (un terzo del totale), i tumori del sistema nervoso centrale (62 decessi), i tumori dell'osso e cartilagine (25 casi) e quelli delle ghiandole endocrine (30 casi).

Nelle età centrali della vita, a 18-79 anni, i tumori rappresentano la prima causa di morte, mentre a 80 anni e più diventano la seconda causa dopo le malattie circolatorie. Dopo i 18 anni il tumore che causa più decessi è quello del polmone, mentre tra i più anziani (80 anni e più) il tumore della prostata diventa una causa di morte rilevante (circa il 12% di tutti i tumori negli uomini).

I maggiori progressi in termini di riduzione della mortalità si sono avuti per la popolazione pediatrica (0-17 anni), per la quale il valore del tasso si è ridotto del 27% con maggiore velocità nelle bambine (-39%) rispetto ai bambini (-16%). Per la popolazione di 18-64 anni la riduzione è stata del 19% (il tasso è passato da 95 per 100mila nel 2010 a 77 nel 2020); per quella di 65-79 del 14% (da 832 a 715 nel 2020); per i più anziani del 9% (da 1.940 a 1.758). Comunque, in tutte le classi di età c'è stata una forte riduzione della mortalità.

Nel 2020, i tassi di mortalità per tutti i tumori differiscono lievemente tra le ripartizioni e passano da 234 per 100mila nel Nord-est a 243 nel Nord-ovest contro la media italiana di 239. In quest'ultima ripartizione i tassi rimangono più elevati della media italiana nell'intero periodo 2010-2020. Nello stesso periodo, nel Nord-est e Nord-ovest si è osservata una riduzione della mortalità di oltre il 16%, nel Centro una riduzione del 12% e nel Sud e nelle Isole rispettivamente del 9% e del 8%. Quindi le ripartizioni meridionali, caratterizzate da livelli minori di mortalità per tumori, stanno progressivamente perdendo il loro vantaggio. La riduzione della mortalità nelle ripartizioni è avvenuta per tutte le principali sedi tumorali (polmone, colon-retto, mammella) e per tutte si verifica una minore riduzione al Sud. La Campania è la regione con i livelli di mortalità più elevati (il tasso nel 2020 è di 255 decessi per 100mila). La mortalità è diminuita dal 2010 in tutte le regioni.

In sintesi, l'Italia, a causa del numero elevato di anziani, ha anche un elevato numero di decessi per tumore che si mantiene elevato nel corso del tempo. I tassi aggiustati per età mostrano che i livelli di mortalità per tumori sono inferiori alla media europea e la mortalità evitabile per i tumori è tra le più basse d'Europa, soprattutto per la componente dovuta ai tumori prevenibili. L'Italia, inoltre, mostra tassi di mortalità in diminuzione sia per gli uomini sia per le donne, in tutte le ripartizioni territoriali e

per tutte le età. Tuttavia per alcune sedi tumorali i tassi scendono lentamente o sono in lieve aumento (mammella, pancreas) e permangono importanti differenze territoriali nella mortalità.

#### 4. Le disuguaglianze socio-economiche nella mortalità per tumore

Le disuguaglianze socio-economiche nella salute sono una realtà persistente in molti paesi sviluppati e l'Italia non fa eccezione.

A partire dal 2023 l'Istat ha introdotto un sistema di indicatori trasversali robusti e coerenti per l'analisi delle disuguaglianze socio-economiche nella mortalità per anni di calendario, con l'obiettivo, nei prossimi anni, di coglierne l'evoluzione nel tempo<sup>18</sup>.

Il cancro può colpire chiunque, ma la sua incidenza e mortalità non sono uniformi nella popolazione italiana<sup>19</sup>. Nel 2019, la popolazione sopra i 30 anni con un livello di istruzione più basso (al massimo con licenza elementare) ha un tasso di mortalità più elevato rispetto a chi ha conseguito una laurea, rispettivamente di 1,4 volte negli uomini e di 1,2 volte nelle donne. Tale gradiente è presente in tutte le età ma è più forte fra i meno istruiti di 30 e 69 anni laddove, rispetto ai laureati, la mortalità per tumori è doppia negli uomini e 1,4 volte più alta nelle donne.

Diverse ragioni possono spiegare perché le persone con un livello di istruzione più basso possono essere più a rischio di sviluppare tumori e di morire a causa di essi: in quanto proxy di condizioni socio-economiche più disagiate, un livello di istruzione più basso può essere associato sia a stili di vita meno salutari, sia ad una più scarsa diffusione della cultura della prevenzione e ad una minore capacità di accesso ai servizi sanitari<sup>20</sup>.

---

<sup>18</sup> Si vedano le tavole di dati su "Disuguaglianze nella mortalità per causa in Italia secondo caratteristiche demografiche, sociali e territoriali" (<https://www.istat.it/archivio/286642>). Il progetto si fonda sull'integrazione a livello individuale di informazioni disponibili in diversi Registri Istat: il Registro base degli individui (RBI) e il Registro nazionale delle cause di morte (CdM). In RBI è presente il livello di istruzione, che viene qui utilizzato come proxy dello status socio-economico. L'integrazione con CdM consente, pertanto, l'analisi delle disuguaglianze di mortalità mediante il confronto dei tassi tra gruppi di persone con livelli di istruzione diversi. I dati sono relativi al 2019, unico anno al momento disponibile.

<sup>19</sup> Si veda l'"Atlante italiano delle disuguaglianze di mortalità per livello di istruzione", disponibile all'indirizzo: <https://www.istat.it/archivio/228071>.

<sup>20</sup> Le persone con istruzione più bassa tendono ad avere meno opportunità occupazionali e redditi più bassi e, di conseguenza, condizioni socio economiche più svantaggiate. Questo può influire negativamente sulla loro salute e sul loro accesso ai servizi sanitari. Gli individui con livelli di istruzione più elevati, infatti, tendono ad adottare comportamenti più salutari (smettere di fumare, seguire una dieta equilibrata, fare esercizio fisico regolarmente, ridurre l'uso di alcol). Condizioni socioeconomiche precarie possono contribuire allo stress e influire negativamente sulla salute. Inoltre, le persone meno istruite possono avere maggiori difficoltà di accesso alle cure mediche e ai servizi di screening, ritardando la diagnosi e il trattamento dei tumori. Si vedano, ad esempio, *"L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità"* a cura di Giuseppe Costa, Maurizio Bassi, Gian Franco Gensini, Michele Marra, Anna Lisa Nicelli, Nicolas Zengarini, Franco Angeli Editore, Milano, 2014 e *"La salute disuguale. La sfida di un mondo ingiusto"* di Sir Michael Marmot, Il Pensiero Scientifico Editore, 2016.

Da un lato, per alcune sedi il gradiente appare più forte di quello riscontrato per il complesso dei tumori: è il caso dello stomaco, per il quale la mortalità, per tutte le età della vita e per entrambi i sessi, è sempre più elevata tra chi ha un livello di istruzione più basso; le maggiori disuguaglianze si osservano, inoltre, nella fascia di età più giovane (30-69 anni).

Analogo gradiente si osserva per i tumori del colon, retto e ano, per gli uomini di tutte le età e per le donne di 30-69 anni, sebbene con disuguaglianze di mortalità più contenute tra i diversi titoli di studio.

Lo stesso si osserva per i tumori di trachea, bronchi e polmone. Per quest'ultima sede le disuguaglianze risultano particolarmente forti fra 30 e 69 anni, quando la mortalità di un uomo con al massimo la licenza elementare è 2,8 volte superiore a quella di un coetaneo laureato; nelle donne in età adulta l'eccesso è di 1,6 volte. Diversamente, nelle anziane oltre 70 anni, si osserva nelle donne meno istruite una minore mortalità per i tumori di trachea, bronchi e polmone.

Per i tumori al seno nelle donne le disuguaglianze sono più contenute e prima dei 69 anni la mortalità non sembra essere associata al titolo di studio. Nella fascia 70-84 anni, invece, le donne meno istruite hanno una mortalità più bassa, probabilmente come effetto di fattori di rischio quale, ad esempio, la minore abitudine al fumo o l'utilizzo di alcuni metodi contraccettivi ad alte dosi di estrogeni e progesterone, maggiormente diffusi nelle coorti di donne più istruite nate fra il 1935 e il 1949.

Per ridurre le disuguaglianze di mortalità legate ai tumori, è essenziale per le politiche sanitarie e sociali adottare un approccio interdisciplinare. Tra gli interventi da promuovere, sarebbe auspicabile offrire programmi educativi incentrati sulla salute nelle comunità più a rischio e promuovere campagne di sensibilizzazione e formazione sulla salute; tuttavia anche il miglioramento delle condizioni socioeconomiche delle fasce più vulnerabili della popolazione è elemento fondamentale per garantire un accesso più equo a programmi di screening per la diagnosi precoce dei tumori.

## **5. I medici oncologi e chirurghi in Italia**

In Italia, al 31 dicembre 2022, il numero di oncologi era pari a 5.050, mentre i chirurghi (inclusi i medici specializzati in chirurgia oncologica) ammontavano a 8.787.<sup>21</sup>

Il numero di oncologi è aumentato del 14,1% negli ultimi dieci anni e del 8,7% rispetto al 2018. In rapporto alla popolazione residente, l'incremento è stato ancora più rilevante, rispettivamente +16,9% e +10,6%: il tasso era pari a 7,3 per 100.000 residenti nel 2013, a 7,8 nel 2018 e a 8,6 nel 2022.

---

<sup>21</sup> I dati di questa sezione si basano su elaborazioni Istat sul database OneKey di IQVIA Italia (<https://www.iqvia.com/it-it/locations/italy>).

L'aumento della dotazione di oncologi ha riguardato tutte le ripartizioni geografiche. Nel 2022 il tasso è più elevato al Centro (9,8 per 100.000 residenti), prossimo alla media al Nord (8,9) e più basso nel Mezzogiorno (7,5). Le donne sono il 60,9% del totale degli oncologi, erano il 56,2% nel 2013 e il 59,0% nel 2018.

Si osserva un progressivo invecchiamento dei medici nel tempo: l'età media è aumentata da 45 a 47 anni in dieci anni. Quasi un oncologo su tre ha almeno 55 anni (32,9% nel 2022 e 32,6% nel 2018), mentre era uno su quattro nel 2013.

Al contrario degli oncologi, il numero di chirurghi nel nostro Paese si è ridotto del 4,6% negli ultimi dieci anni ed è rimasto stabile rispetto al 2018. In rapporto alla popolazione residente, il tasso è diminuito del 2,2%, passando da 15,3 per 100.000 residenti nel 2013 a 14,9 nel 2022 (era 14,6 nel 2018).

La diminuzione è stata più forte nel Mezzogiorno (-6,7% tra 2013 e 2022) dove la dotazione rimane comunque più elevata (15,6 per 100.000 residenti) rispetto al Centro (14,7) e al Nord (14,5). Circa un chirurgo su quattro è di sesso femminile (24,3%), le donne erano solo il 16,8% nel 2013 e il 20,9% nel 2018. La professione è caratterizzata da un'età media elevata pari a 56 anni nel 2022 (53 anni nel 2013). I chirurghi al di sopra dei 54 anni sono il 58,7% nel 2022, in leggero calo rispetto al 59,2% del 2018 – ed erano oltre la metà anche nel 2013 (54,0%).

## Allegato statistico

**Tavola 1 - Persone di 14 anni e più che dichiarano di fumare attualmente e persone di 14 anni e più con comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche per sesso, classe di età e tipo di comportamento di consumo.**

**Anno 2022**

(tassi per 100 persone con le stesse caratteristiche)

CLASSI DI ETÀ	Fumatori	Almeno un comportamento di consumo a rischio di bevande alcoliche (a)	Tipo di comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche	
			Consumo abituale eccedentario (b)	Binge drinking (c)
<b>MASCHI</b>				
14-17	4,4	29,3	29,3	5,9
18-19	22,6	14,8	1,0	13,8
20-24	28,0	22,1	2,4	20,8
25-34	32,6	21,0	4,0	18,4
35-44	33,7	19,5	6,3	16,1
45-54	27,9	15,9	7,8	10,4
55-59	24,5	15,9	9,9	8,6
60-64	21,8	15,9	11,0	6,9
65-74	18,5	32,4	30,2	5,9
75 e più	7,9	30,2	29,2	2,5
<b>Totale</b>	<b>23,8</b>	<b>21,8</b>	<b>13,4</b>	<b>10,8</b>
<b>FEMMINE</b>				
14-17	2,9	25,0	25,0	3,2
18-19	12,5	11,8	0,9	10,9
20-24	18,9	10,9	1,1	10,7
25-34	19,4	10,0	3,0	7,7
35-44	20,7	8,2	3,7	5,4
45-54	19,0	8,1	5,4	3,6
55-59	20,6	8,0	6,0	2,9
60-64	19,6	8,4	7,8	1,5
65-74	13,4	8,6	7,6	1,3
75 e più	4,3	7,6	6,9	0,7
<b>Totale</b>	<b>15,6</b>	<b>9,2</b>	<b>6,2</b>	<b>3,8</b>
<b>MASCHI E FEMMINE</b>				
14-17	3,6	27,2	27,2	4,6
18-19	17,4	13,3	1,0	12,3
20-24	23,8	16,9	1,8	16,1
25-34	26,2	15,6	3,5	13,1
35-44	27,2	13,8	5,0	10,7
45-54	23,4	11,9	6,6	7,0
55-59	22,4	11,8	7,9	5,6
60-64	20,7	12,0	9,4	4,1
65-74	15,8	19,6	18,1	3,4
75 e più	5,8	17,0	16,2	1,5
<b>Totale</b>	<b>19,6</b>	<b>15,3</b>	<b>9,6</b>	<b>7,2</b>

Fonte: Istat, Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

(a) Per le persone di 11-17 anni si considera a rischio il consumo di almeno una bevanda alcolica nell'anno; in questa fascia d'età i consumatori con almeno un comportamento a rischio coincidono quindi con i consumatori nell'anno.

(b) Si tratta del consumo che eccede: 2 unità alcoliche al giorno per l'uomo; 1 unità alcolica al giorno per la donna; 1 unità alcolica al giorno per gli anziani di 65 anni e più; il consumo di almeno una bevanda alcolica nell'anno per i giovani al di sotto dei 18 anni.

(c) Consumo di 6 o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione.

**Tavola 2 - Persone di 14 anni e più che dichiarano di fumare attualmente e persone di 14 anni e più con comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche per sesso e tipo di comportamento di consumo. Anni 2010-2022**  
(tassi per 100 persone con le stesse caratteristiche)

ANNI	Fumatori			Almeno un comportamento di consumo a rischio di bevande alcoliche (a)			Tipo di comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche					
							Consumo abituale eccedentario (b)			Binge drinking (c)		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
2010	29,2	16,9	22,8	28,9	11,5	19,9	19,3	8,7	13,8	13,8	3,6	8,5
2011	28,4	16,6	22,3	27,5	10,6	18,7	18,7	8,0	13,1	12,6	3,3	7,7
2012	27,8	16,4	21,9	24,7	9,9	17,0	16,4	7,4	11,7	11,5	3,1	7,2
2013	26,4	15,8	20,9	24,0	9,0	16,2	16,0	7,0	11,3	10,7	2,6	6,5
2014	24,6	14,7	19,5	23,3	8,3	15,5	15,9	6,2	10,9	10,4	2,6	6,3
2015	24,6	15,0	19,6	23,6	9,1	16,1	15,4	6,6	10,9	11,2	3,2	7,1
2016	24,8	15,1	19,8	23,9	9,3	16,3	15,2	6,3	10,6	11,6	3,8	7,5
2017	24,8	14,9	19,7	24,2	9,0	16,3	15,2	6,0	10,4	11,9	3,5	7,6
2018	23,3	15,0	19,0	24,1	9,2	16,4	14,6	6,2	10,3	12,2	3,7	7,8
2019	22,4	14,7	18,4	22,1	9,1	15,4	13,8	6,2	9,9	11,2	3,6	7,3
2020	22,2	15,2	18,6	23,5	9,6	16,4	14,6	6,5	10,4	11,8	4,0	7,8
2021	22,9	15,3	19,0	20,5	8,9	14,5	13,0	6,2	9,5	9,8	3,7	6,6
2022	23,8	15,6	19,6	21,8	9,2	15,3	13,4	6,2	9,6	10,8	3,8	7,2

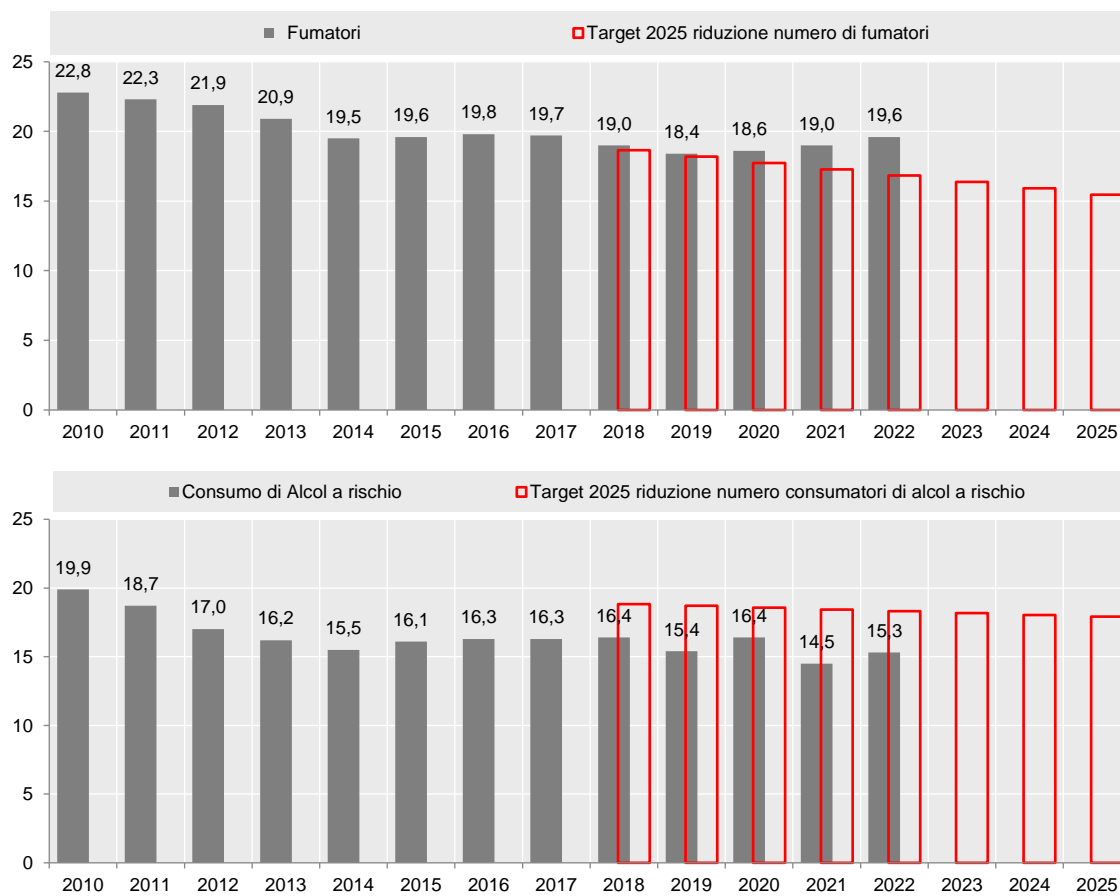
Fonte: Istat, Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

(a) Per le persone di 11-17 anni si considera a rischio il consumo di almeno una bevanda alcolica nell'anno; in questa fascia d'età i consumatori con almeno un comportamento a rischio coincidono quindi con i consumatori nell'anno.

(b) Si tratta del consumo che eccede: 2 unità alcoliche al giorno per l'uomo; 1 unità alcolica al giorno per la donna; 1 unità alcolica al giorno per gli anziani di 65 anni e più; il consumo di almeno una bevanda alcolica nell'anno per i giovani al di sotto dei 18 anni.

(c) Consumo di 6 o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione.

**Figura 1 - Persone di 14 anni e più che dichiarano di fumare attualmente o con comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche. Anni 2010–2022 e target 2025 (tassi per 100 persone)**



Fonte: Istat, Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

**Tavola 3 - Persone di 14 anni e più che dichiarano di fumare attualmente e persone di 14 anni e più con comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche per regione, ripartizione geografica e tipo di comportamento di consumo. Anno 2022**

(tassi standardizzati (a) per 100 persone con le stesse caratteristiche)

REGIONI RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Fumatori	Almeno un comportamento di consumo a rischio di bevande alcoliche (b)	Tipo di comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche	
			Consumo abituale eccedentario (c)	Binge drinking (d)
Piemonte	19,9	18,1	9,9	10,5
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	17,0	23,5	11,2	15,3
Liguria	23,1	17,4	10,7	8,3
Lombardia	19,7	16,8	10,1	8,4
Trentino-Alto Adige	16,7	20,3	6,9	15,6
<i>Bolzano/Bozen</i>	16,4	20,8	6,7	16,3
<i>Trento</i>	16,9	19,8	7,1	14,9
Veneto	16,3	19,6	10,9	10,7
Friuli-Venezia Giulia	20,2	21,9	9,1	15,7
Emilia-Romagna	22,4	16,2	10,5	7,2
Toscana	21,4	16,8	11,1	7,5
Umbria	24,8	16,9	9,2	9,2
Marche	22,1	19,3	11,7	9,4
Lazio	20,8	14,5	9,7	5,9
Abruzzo	19,9	15,3	7,6	10,1
Molise	22,4	18,7	11,7	10,0
Campania	20,2	11,6	7,7	4,8
Puglia	20,1	12,2	7,6	5,5
Basilicata	20,7	14,9	9,1	7,3
Calabria	17,9	13,5	8,8	6,5
Sicilia	22,5	9,2	6,2	3,8
Sardegna	17,4	17,7	8,3	12,3
Nord-ovest	20,0	17,2	10,1	9,0
Nord-est	19,0	18,5	10,1	10,3
Centro	21,4	16,0	10,4	7,0
Sud	19,8	12,6	7,9	5,9
Isole	21,2	11,3	6,7	5,8
<b>Italia</b>	<b>20,2</b>	<b>15,5</b>	<b>9,3</b>	<b>7,8</b>

Fonte: Istat, Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

(a) I tassi standardizzati sono stati calcolati con il metodo diretto utilizzando come popolazione di riferimento la popolazione europea (Eurostat 2013).

(b) Per le persone di 11-17 anni si considera a rischio il consumo di almeno una bevanda alcolica nell'anno; in questa fascia d'età i consumatori con almeno un comportamento a rischio coincidono quindi con i consumatori nell'anno.

(c) Si tratta del consumo che eccede: 2 unità alcoliche al giorno per l'uomo; 1 unità alcolica al giorno per la donna; 1 unità alcolica al giorno per gli anziani di 65 anni e più; il consumo di almeno una bevanda alcolica nell'anno per i giovani al di sotto dei 18 anni.

(d) Consumo di 6 o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione.



**Tavola 4 - Persone di 25 anni e più che dichiarano di fumare attualmente e persone di 25 anni e più con comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche per classe di età, titolo di studio e tipo di comportamento di consumo, obesità, sedentarietà, consumo di frutta e verdura. Anno 2022**  
(tassi per 100 persone con le stesse caratteristiche)

TITOLI DI STUDIO (a)	Fumatori	Almeno un comportamento di consumo a rischio di bevande alcoliche	Tipo di comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche		Obesità	Sedentarietà	4 o più porzioni di frutta o verdura al giorno
			Consumo abituale eccedentario (b)	Binge drinking (c)			
25-44							
Alto	17,8	14,7	2,8	13,0	4,0	17,9	19,3
Medio	28,0	15,4	4,2	12,7	7,5	28,6	14,0
Basso	35,7	13,0	6,4	8,7	13,4	49,7	16,1
<b>Totale</b>	<b>26,7</b>	<b>14,7</b>	<b>4,3</b>	<b>11,9</b>	<b>7,8</b>	<b>30,3</b>	<b>16,1</b>
45-64							
Alto	16,4	11,7	7,0	6,3	8,6	20,8	21,6
Medio	20,9	11,4	6,8	6,1	11,6	30,2	17,8
Basso	26,8	12,5	8,5	5,7	16,3	48,7	15,6
<b>Totale</b>	<b>22,6</b>	<b>11,9</b>	<b>7,6</b>	<b>6,0</b>	<b>13,0</b>	<b>36,2</b>	<b>17,6</b>
65 E PIÙ							
Alto	15,3	20,5	18,8	3,7	10,0	33,2	29,6
Medio	13,7	21,2	19,9	2,7	12,7	38,9	27,3
Basso	9,0	17,0	15,9	2,2	16,4	65,1	20,1
<b>Totale</b>	<b>10,7</b>	<b>18,3</b>	<b>17,1</b>	<b>2,4</b>	<b>15,0</b>	<b>56,0</b>	<b>22,7</b>
TOTALE							
Alto	16,9	14,5	6,8	9,1	6,6	21,3	21,7
Medio	22,1	14,8	8,4	7,9	10,3	31,3	18,2
Basso	19,8	14,7	11,7	4,5	15,9	56,6	17,8
<b>Totale</b>	<b>20,1</b>	<b>14,7</b>	<b>9,5</b>	<b>6,6</b>	<b>12,1</b>	<b>40,5</b>	<b>18,7</b>

Fonte: Istat, Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

(a) Livelli di istruzione: alto (laurea o titolo superiore); medio (diploma di scuola secondaria superiore); basso (fino alla licenza media inferiore).

(b) Si tratta del consumo che eccede: 2 unità alcoliche al giorno per l'uomo; 1 unità alcolica al giorno per la donna; 1 unità alcolica al giorno per gli anziani di 65 anni e più; il consumo di almeno una bevanda alcolica nell'anno per i giovani al di sotto dei 18 anni.

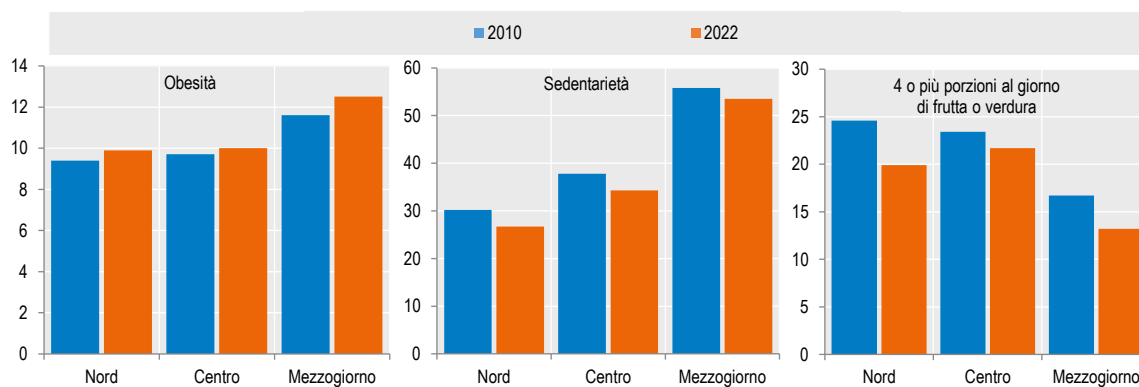
(c) Consumo di 6 o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione.

**Tavola 5 - Persone di 18 anni e più per obesità, sedentarietà e consumo di almeno 4 porzioni al giorno di frutta e verdura per sesso. Anni 2010-2022**  
(tassi per 100 persone con le stesse caratteristiche)

ANNI	Obesità			Sedentarietà			Almeno 4 porzioni al giorno di frutta e verdura		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
2010	11,1	9,6	10,3	35,6	45,1	40,6	18,4	24,7	21,7
2011	10,7	9,4	10,0	36,9	47,0	42,2	16,7	22,9	19,9
2012	11,3	9,5	10,4	36,8	46,1	41,6	16,9	22,5	19,8
2013	11,4	9,2	10,3	38,3	48,2	43,5	17,0	21,9	19,5
2014	10,9	9,7	10,3	37,7	46,6	42,3	16,5	22,5	19,6
2015	10,8	9,0	9,8	37,3	46,8	42,2	16,9	23,6	20,4
2016	11,1	9,8	10,4	36,9	45,6	41,4	17,6	24,9	21,4
2017	11,8	9,4	10,5	35,6	45,2	40,6	17,3	24,1	20,8
2018	11,7	9,8	10,7	33,7	42,4	38,2	17,6	24,1	21,0
2019	11,7	10,3	10,9	33,8	41,7	37,9	16,0	21,8	19,0
2020	12,3	10,8	11,5	32,7	41,7	37,4	17,2	22,9	20,2
2021	12,9	11,1	12,0	31,2	38,2	34,8	16,1	21,6	19,0
2022	12,2	10,6	11,4	35,4	42,5	39,1	15,5	20,8	18,2

Fonte: Istat, Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

**Figura 2 - Persone di 18 anni e più per obesità, sedentarietà e consumo di almeno 4 porzioni al giorno di frutta e verdura per ripartizione geografica. Anni 2010, 2022**  
 (tassi standardizzati (a) per 100 persone con le stesse caratteristiche)



Fonte: Istat, Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

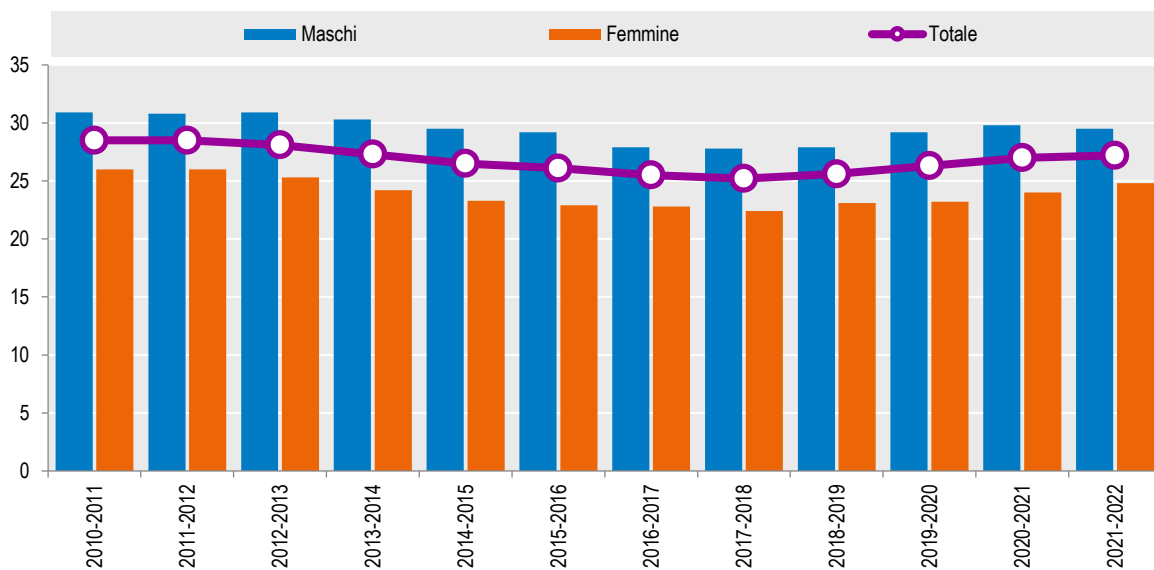
(a) I tassi standardizzati sono stati calcolati con il metodo diretto utilizzando come popolazione di riferimento la popolazione europea (Eurostat 2013).

**Tavola 6 - Bambini e adolescenti di 3-17 anni in eccesso di peso (sovrappeso o obesi) per sesso e classe di età. Media anni 2010-2011 e 2021-2022**  
(tassi per 100 persone con le stesse caratteristiche)

SESSO	Classi di età						
	3-5 anni	6-10 anni	11-13 anni	14-17 anni	Totale 3-17 anni	Totale 3-10 anni	Totale 11-17 anni
2010-2011							
Maschi	35,7	37,3	28,1	21,7	<b>30,9</b>	<b>36,7</b>	<b>24,5</b>
Femmine	35,9	35,8	20,1	11,0	<b>26,0</b>	<b>35,8</b>	<b>14,8</b>
<b>Totale</b>	<b>35,8</b>	<b>36,6</b>	<b>24,3</b>	<b>16,5</b>	<b>28,5</b>	<b>36,3</b>	<b>19,8</b>
2021-2022							
Maschi	31,9	35,3	30,0	20,9	<b>29,5</b>	<b>34</b>	<b>24,8</b>
Femmine	35,2	33,0	19,5	13,3	<b>24,8</b>	<b>33,8</b>	<b>15,9</b>
<b>Totale</b>	<b>33,5</b>	<b>34,2</b>	<b>24,9</b>	<b>17,1</b>	<b>27,2</b>	<b>33,9</b>	<b>20,4</b>

Fonte: Istat, Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

**Figura 3 - Bambini e ragazzi di 3-17 anni in eccesso di peso (sovrappeso o obesi) per sesso.**  
**Media anni 2010-2011 - 2021-2022**  
(tassi per 100 persone con le stesse caratteristiche)



Fonte: Istat, Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

**Tavola 7 - Bambini e adolescenti di 3-17 anni in eccesso di peso (sovrappeso o obesi) per regione e ripartizione geografica. Media anni 2021-2022**  
(tassi per 100 persone con le stesse caratteristiche)

REGIONI RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Eccesso di peso
Piemonte	21,2
Valle d'Aosta	16,5
Liguria	23,9
Lombardia	21,9
Trentino-Alto Adige	15,7
<i>Bolzano-Bozen</i>	15,4
<i>Trento</i>	16,0
Veneto	23,1
Friuli-Venezia Giulia	19,3
Emilia-Romagna	27,5
Toscana	22,6
Umbria	29,0
Marche	26,8
Lazio	27,7
Abruzzo	30,7
Molise	31,5
Campania	37,3
Puglia	32,5
Basilicata	37,1
Calabria	36,9
Sicilia	33,6
Sardegna	22,3
Nord-ovest	21,8
Nord-est	23,7
Centro	26,1
Sud	35,2
Isole	31,3
<b>Italia</b>	<b>27,2</b>

Fonte: Istat, Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

**Tavola 8 - Bambini e adolescenti di 3-17 anni in eccesso di peso (sovrappeso o obesi) per eccesso di peso dei genitori (a), risorse economiche della famiglia e livello di istruzione più alto tra i genitori. Media anni 2021-2022 (tassi per 100 persone con le stesse caratteristiche)**

	Sesso		
	Maschi	Femmine	Totale
<b>ECCESSO DI PESO DEI GENITORI</b>			
Nè il padre nè la madre in eccesso di peso	23,7	19,0	21,5
Solo la madre in eccesso di peso	35,0	26,6	31,0
Solo il padre in eccesso di peso	26,9	24,7	25,8
Sia il padre che la madre in eccesso di peso	40,3	33,2	36,7
<b>RISORSE ECONOMICHE DELLA FAMIGLIA</b>			
Ottime o adeguate	27,3	23,9	25,7
Scarse o insufficienti	33,8	26,7	30,4
<b>LIVELLO DI ISTRUZIONE PIÙ ALTO TRA I GENITORI (b)</b>			
Alto	23,0	20,7	21,9
Medio	30,9	25,6	28,3
Basso	35,8	29,4	32,8
<b>Totale</b>	<b>29,5</b>	<b>24,8</b>	<b>27,2</b>

Fonte: Istat, Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

(a) Si considerano solo i bambini e ragazzi che vivono con almeno un genitore.

(b) Livelli di istruzione: alto (laurea o titolo superiore); medio (diploma di scuola secondaria superiore); basso (fino alla licenza media inferiore).

**Tavola 9 - Bambini e adolescenti di 3-17 anni e più che praticano sport, qualche attività fisica e non praticanti per sesso e classe di età. Anno 2022**  
(tassi per 100 persone con le stesse caratteristiche)

CLASSI DI ETÀ	Praticano sport	Di cui:		Praticano solo qualche attività fisica	Non praticano sport né attività fisica	Non indicato	Totale
		<i>In modo continuativo</i>	<i>In modo saltuario</i>				
MASCHI							
3-5	20,8	19,2	1,6	26,1	53,0	-	100,0
6-10	66,9	62,7	4,3	13,6	19,5	-	100,0
11-13	74,7	67,8	6,9	12,6	12,7	-	100,0
14-17	69,8	62,3	7,5	16,3	13,9	-	100,0
<b>Totale</b>	<b>60,6</b>	<b>55,4</b>	<b>5,2</b>	<b>16,5</b>	<b>22,9</b>	-	<b>100,0</b>
FEMMINE							
3-5	26,9	24,1	2,8	26,5	46,6	-	100,0
6-10	56	53,0	2,9	19,8	24,2	0,1	100,0
11-13	57,3	52,1	5,2	21,6	20,9	0,1	100,0
14-17	52,1	44,5	7,7	23,5	24,3	-	100,0
<b>Totale</b>	<b>50</b>	<b>45,3</b>	<b>4,8</b>	<b>22,4</b>	<b>27,4</b>	<b>0,1</b>	<b>100,0</b>
MASCHI E FEMMINE							
3-5	23,7	21,5	2,2	26,3	50,0	.	100,0
6-10	61,7	58,1	3,6	16,6	21,7	0,0	100,0
11-13	66,1	60,0	6,0	17,1	16,8	0,1	100,0
14-17	61,0	53,4	7,6	19,9	19,1	.	100,0
<b>Totale</b>	<b>55,5</b>	<b>50,5</b>	<b>5,0</b>	<b>19,4</b>	<b>25,1</b>	<b>0,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Istat, Indagine "Aspetti della vita quotidiana"



**Tavola 10 - Bambini e adolescenti di 3-17 anni per consumo giornaliero di snack salati, dolci, bevande gassate, frutta e verdura e classe di età. Media anni 2010-2011 e 2021-2022**  
(tassi per 100 persone con le stesse caratteristiche)

CLASSI DI ETÀ	Consumo giornaliero di:				
	Snack salati (patatine, pop corn, salatini, olive)	Dolci (torte farcite, merendine, gelati, ecc.)	Bevande gassate (a)	Frutta e verdura	4 o più porzioni di frutta e verdura
2010-2011					
3-5	9,4	27,9	-	77,7	9,5
6-10	14,0	31,5	-	77,0	12,1
<b>Totale 3-10 anni</b>	<b>12,3</b>	<b>30,2</b>	-	<b>77,3</b>	<b>11,1</b>
11-13	17,9	31,1	28,4	74,7	9,6
14-17	18,7	27,7	32,9	73,8	13,1
<b>Totale 11-17 anni</b>	<b>18,3</b>	<b>29,2</b>	<b>31,0</b>	<b>74,2</b>	<b>11,7</b>
<b>Totale 3-17 anni</b>	<b>15,1</b>	<b>29,7</b>	-	<b>75,8</b>	<b>11,4</b>
2021-2022					
3-5	12,9	26,4	-	71,9	10,8
6-10	13,0	28,7	-	68,3	10,6
<b>Totale 3-10 anni</b>	<b>12,9</b>	<b>27,8</b>	-	<b>69,6</b>	<b>10,7</b>
11-13	15,5	27,5	19,6	67,9	11,8
14-17	14,6	22,2	22,2	68,5	13,3
<b>Totale 11-17 anni</b>	<b>15,0</b>	<b>24,5</b>	<b>21,1</b>	<b>68,3</b>	<b>12,7</b>
<b>Totale 3-17 anni</b>	<b>14,0</b>	<b>26,2</b>	-	<b>68,9</b>	<b>11,7</b>

Fonte: Istat, Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

(a) Il dato sul consumo di bevande gassate è rilevato dagli 11 anni in su.

**Tavola 11 - Donne di 50-69 anni (a) per tempi di esecuzione dell'ultima mammografia, per regione e ripartizione geografica. Anno 2019 (b) (c)**  
(tassi per 100 persone con le stesse caratteristiche)

REGIONI RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Ultima mammografia effettuata					Totale
	Meno di 2 anni fa			Da 2 anni a meno di 3 anni fa	3 anni fa o più o Mai	
	Meno di 12 mesi fa	Da 1 anno a meno di 2 anni fa	Totale			
Piemonte	43,9	29,6	73,5	15,0	11,5	100,0
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	45,8	31,2	77,0	10,3	12,7	100,0
Liguria	51,8	32,1	83,9	-	12,9	100,0
Lombardia	51,1	32,5	83,6	6,8	9,6	100,0
Trentino-Alto Adige	42,5	35,6	78,1	11,5	10,5	100,0
Bolzano/Bozen	45,1	27,4	72,5	12,6	14,9	100,0
Trento	40,0	43,2	83,2	10,4	-	100,0
Veneto	47,6	33,5	81,0	10,7	8,3	100,0
Friuli-Venezia Giulia	57,5	31,5	89,0	-	5,8	100,0
Emilia-Romagna	39,8	36,3	76,1	13,7	10,2	100,0
Toscana	40,5	36,4	76,9	11,4	11,7	100,0
Umbria	39,0	40,8	79,8	12,2	-	100,0
Marche	42,5	35,6	78,1	10,1	11,9	100,0
Lazio	40,6	28,1	68,6	12,7	18,6	100,0
Abruzzo	33,5	26,8	60,3	17,3	22,4	100,0
Molise	30,9	32,5	63,4	20,5	16,1	100,0
Campania	23,8	23,7	47,6	24,5	27,9	100,0
Puglia	34,7	28,2	62,9	11,2	25,9	100,0
Basilicata	45,0	30,6	75,6	12,1	12,3	100,0
Calabria	24,2	31,9	56,1	16,3	27,6	100,0
Sicilia	30,8	24,3	55,2	13,4	31,5	100,0
Sardegna	36,8	28,5	65,3	11,6	23,1	100,0
Nord-ovest	49,1	31,6	80,7	8,8	10,5	100,0
Nord-est	45,3	34,5	79,8	11,3	9,0	100,0
Centro	40,7	32,5	73,2	12,0	14,9	100,0
Sud	29,1	27,0	56,1	18,1	25,8	100,0
Isole	32,5	25,5	57,9	12,9	29,2	100,0
<b>Italia</b>	<b>40,3</b>	<b>30,6</b>	<b>70,9</b>	<b>12,5</b>	<b>16,6</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Istat, Indagine europea sulla salute - Anno 2019

(a) Fascia di età raccomandata.

(b) Gli indicatori sono calcolati escludendo i missing e le risposte proxy.

(c) I dati mancanti contrassegnati con "-" non sono significativi.

**Tavola 12 - Donne di 25-64 anni (a) per tempi di esecuzione dell'ultimo pap test o test HPV, per regione e ripartizione geografica. Anno 2019 (b) (c)**  
(tassi per 100 persone con le stesse caratteristiche)

REGIONI RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Ultimo Pap test o test HPV effettuato						Totale
	Meno di 3 anni fa				3 anni fa o più	Mai	
	Meno di 12 mesi fa	Da 1 anno a meno di 2 anni fa	Da 2 anni a meno di 3 anni fa	Totale			
Piemonte	31,8	33,3	14,7	79,8	14,0	6,2	100,0
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	30,6	33,7	19,8	84,1	11,5	-	100,0
Liguria	34,4	38,3	9,8	82,5	11,8	5,7	100,0
Lombardia	35,5	32,0	11,2	78,8	16,5	4,7	100,0
Trentino-Alto Adige	38,6	33,7	12,2	84,5	11,2	4,3	100,0
Bolzano/Bozen	41,1	37,2	11,4	89,6	7,9	-	100,0
Trento	36,4	30,5	13,0	79,8	14,2	6,0	100,0
Veneto	37,7	32,7	15,5	85,9	10,4	3,7	100,0
Friuli-Venezia Giulia	32,0	37,8	14,6	84,4	10,9	4,7	100,0
Emilia-Romagna	35,8	36,0	13,1	84,9	10,7	4,4	100,0
Toscana	33,9	33,0	13,2	80,1	12,3	7,6	100,0
Umbria	27,8	33,8	16,9	78,5	15,8	5,6	100,0
Marche	31,9	31,0	14,9	77,8	11,9	10,3	100,0
Lazio	33,3	32,2	9,5	75,0	15,8	9,2	100,0
Abruzzo	27,1	28,2	13,2	68,6	19,2	12,2	100,0
Molise	24,8	36,2	10,5	71,4	16,3	12,3	100,0
Campania	20,9	24,6	12,1	57,5	20,2	22,3	100,0
Puglia	31,4	26,5	14,7	72,6	15,4	12,0	100,0
Basilicata	22,6	23,9	16,8	63,3	24,6	12,1	100,0
Calabria	18,1	28,2	14,3	60,6	14,8	24,5	100,0
Sicilia	27,3	28,5	12,3	68,1	16,4	15,5	100,0
Sardegna	26,2	27,4	14,1	67,6	20,8	11,6	100,0
Nord-ovest	34,4	33,0	12,1	79,4	15,3	5,2	100,0
Nord-est	36,4	34,6	14,2	85,2	10,6	4,2	100,0
Centro	33,0	32,4	11,8	77,1	14,2	8,6	100,0
Sud	24,3	26,2	13,4	63,9	18,1	18,1	100,0
Isole	27,0	28,2	12,8	68,0	17,6	14,4	100,0
<b>Italia</b>	<b>31,4</b>	<b>31,1</b>	<b>12,8</b>	<b>75,3</b>	<b>15,1</b>	<b>9,7</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Istat, Indagine europea sulla salute - Anno 2019

(a) Fascia di età raccomandata.

(b) Gli indicatori sono calcolati escludendo i missing e le risposte proxy.

(c) I dati mancanti contrassegnati con "-" non sono significativi.

**Tavola 13 - Persone di 50-69 anni (a) per tempi di esecuzione dell'ultimo test per la ricerca del sangue occulto nelle feci, per regione e ripartizione geografica. Anno 2019 (b)**  
(tassi per 100 persone con le stesse caratteristiche)

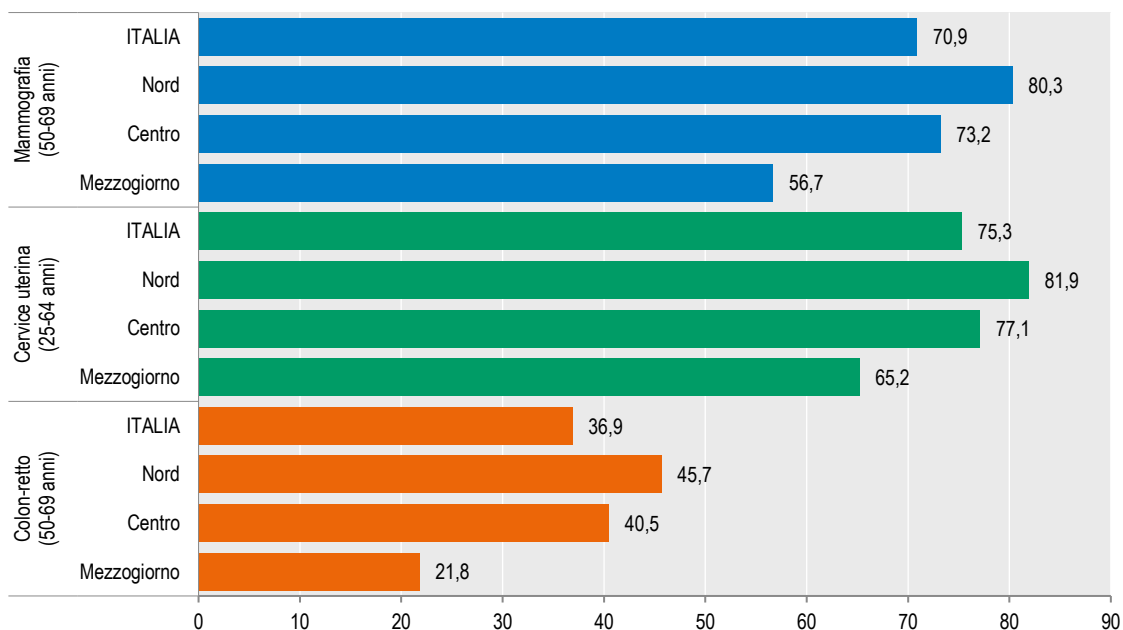
REGIONI RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Test per la ricerca del sangue occulto nelle feci						Totale
	Meno di 2 anni fa			Da 2 anni a meno di 3 anni fa	3 anni fa o più	Mai	
	Meno di 12 mesi fa	Da 1 anno a meno di 2 anni fa	Totale				
Piemonte	10,4	8,5	19,0	7,4	13,4	60,2	100,0
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	25,1	32,2	57,3	9,3	4,7	28,8	100,0
Liguria	20,3	18,2	38,5	5,3	10,0	46,3	100,0
Lombardia	28,1	22,9	51,0	8,6	6,3	34,1	100,0
Trentino-Alto Adige	21,9	20,9	42,8	10,6	8,9	37,6	100,0
Bolzano/Bozen	22,7	16,7	39,4	6,9	6,5	47,3	100,0
Trento	21,3	24,7	45,9	13,9	11,1	29,0	100,0
Veneto	32,4	24,9	57,2	8,3	8,8	25,6	100,0
Friuli-Venezia Giulia	26,6	21,9	48,5	8,1	9,0	34,3	100,0
Emilia-Romagna	26,9	24,1	50,9	6,5	7,9	34,6	100,0
Toscana	24,1	25,3	49,4	8,3	7,8	34,5	100,0
Umbria	28,3	20,8	49,0	8,3	9,3	33,4	100,0
Marche	22,4	18,5	40,9	8,3	9,5	41,3	100,0
Lazio	18,7	13,0	31,7	8,2	12,7	47,5	100,0
Abruzzo	15,1	13,6	28,7	6,7	10,7	53,9	100,0
Molise	12,6	10,9	23,6	10,0	16,8	49,6	100,0
Campania	12,9	8,7	21,6	5,5	7,7	65,3	100,0
Puglia	6,1	3,4	9,5	2,6	8,4	79,5	100,0
Basilicata	24,4	20,8	45,1	8,3	4,8	41,8	100,0
Calabria	13,6	5,8	19,4	2,8	7,2	70,6	100,0
Sicilia	12,2	10,7	22,9	5,7	9,2	62,2	100,0
Sardegna	11,5	15,4	26,9	7,5	13,1	52,5	100,0
Nord-ovest	22,3	18,5	40,8	8,0	8,6	42,6	100,0
Nord-est	28,7	23,9	52,6	7,8	8,5	31,1	100,0
Centro	21,5	18,1	39,6	8,2	10,5	41,6	100,0
Sud	11,7	7,8	19,6	4,6	8,2	67,6	100,0
Isole	12,0	12,1	24,0	6,2	10,3	59,4	100,0
<b>Italia</b>	<b>19,9</b>	<b>16,4</b>	<b>36,3</b>	<b>7,1</b>	<b>9,1</b>	<b>47,6</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Istat, Indagine europea sulla salute - Anno 2019

(a) Fascia di età raccomandata.

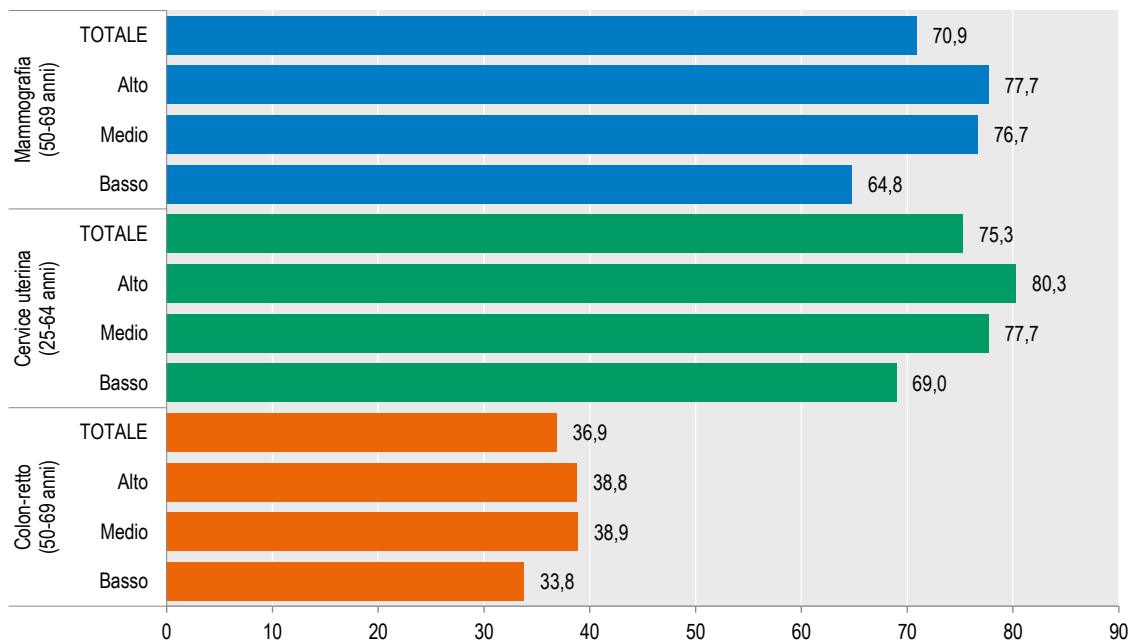
(b) Gli indicatori sono calcolati escludendo i missing e le risposte proxy.

**Figura 4a - Livelli di copertura degli screening mammografico, cervice uterina, colon-retto nelle fasce di età raccomandate per ripartizione geografica. Anno 2019**  
(tassi per 100 persone con le stesse caratteristiche)



Fonte: Istat, Indagine europea sulla salute - Anno 2019

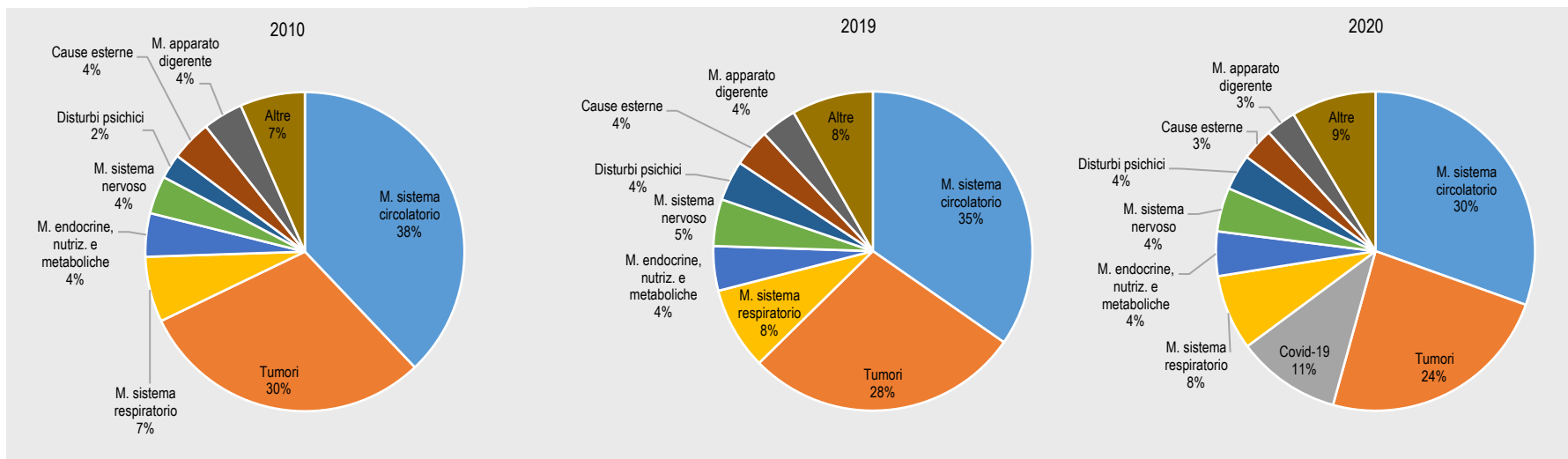
**Figura 4b - Livelli di copertura degli screening mammografico, cervice uterina, colon-retto nelle fasce di età raccomandate per livello di istruzione (a). Anno 2019**  
(tassi per 100 persone con le stesse caratteristiche)



Fonte: Istat, Indagine europea sulla salute - Anno 2019

(a) Livelli di istruzione: alto (laurea o titolo superiore); medio (diploma di scuola secondaria superiore); basso (fino alla licenza media inferiore).

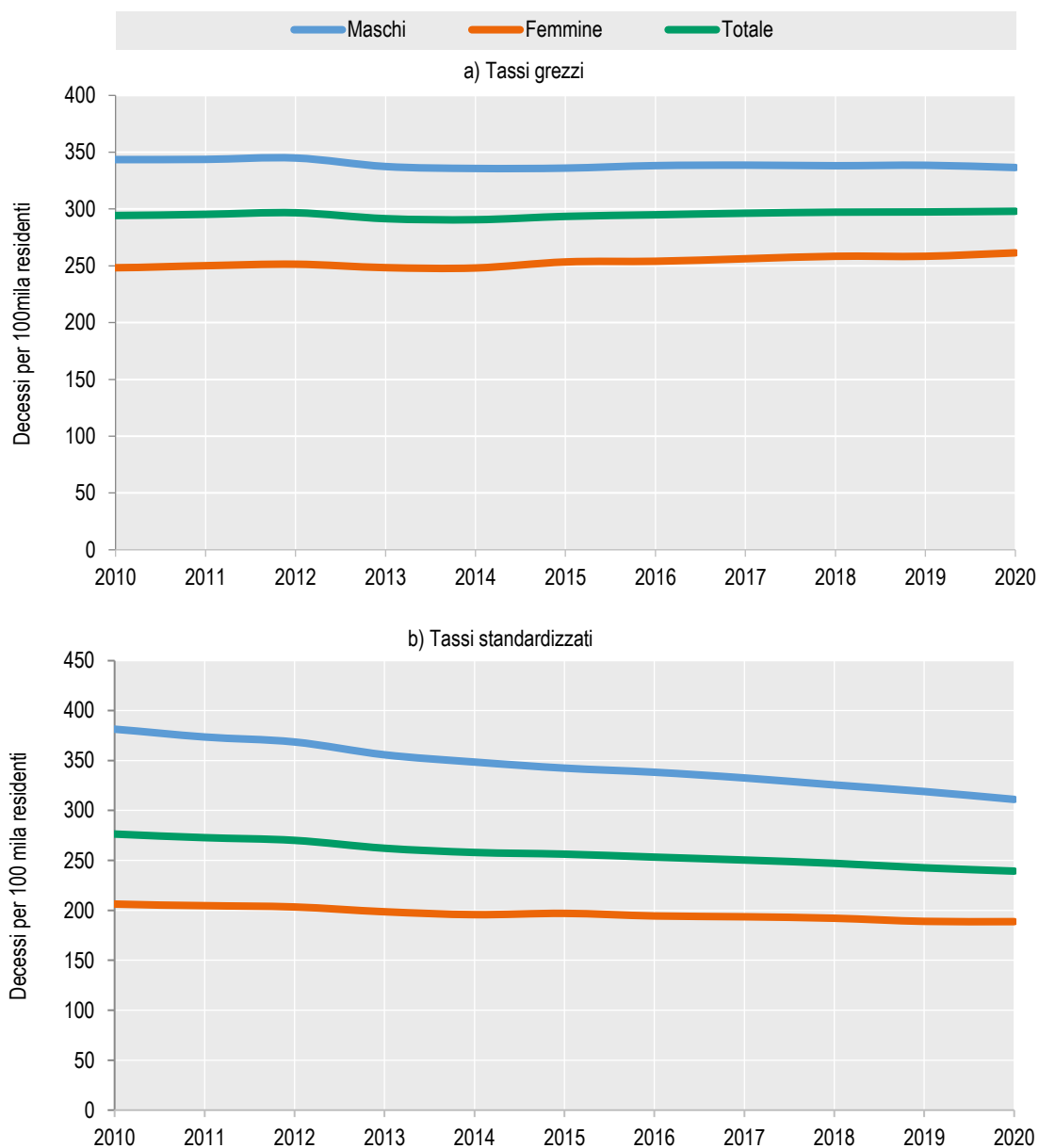
**Figura 5. Distribuzione percentuale dei decessi secondo la causa di morte. Anni 2010, 2019 e 2020**



Numero di decessi totali	584.615	641.456	746.324
Numero decessi per tumore	175.040	179.305	177.858
Percentuale dei decessi per tumore sul totale	30%	28%	24%
Tasso grezzo per 100.000 residenti	294	297	298

Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte

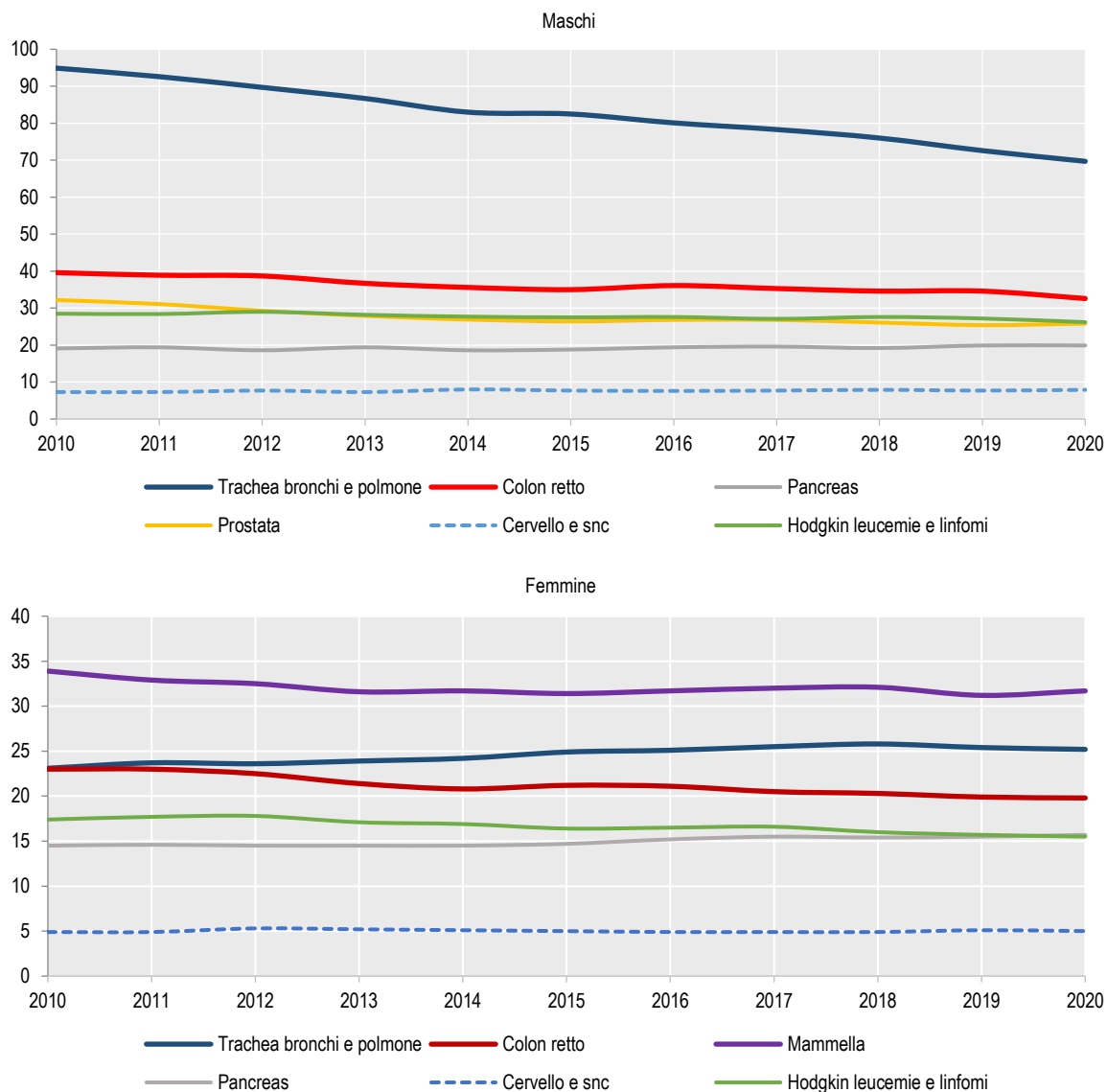
**Figura 6 - Mortalità per tumori per sesso. Anni 2010-2020**  
(tassi grezzi e standardizzati (a) per 100.000 residenti)



Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte

(a) I tassi standardizzati sono stati calcolati con il metodo diretto utilizzando come popolazione di riferimento la popolazione europea (Eurostat 2013).

**Figura 7 - Mortalità per alcuni tumori maligni per sesso. Anni 2010-2020**  
(tassi standardizzati (a) per 100.000 residenti)

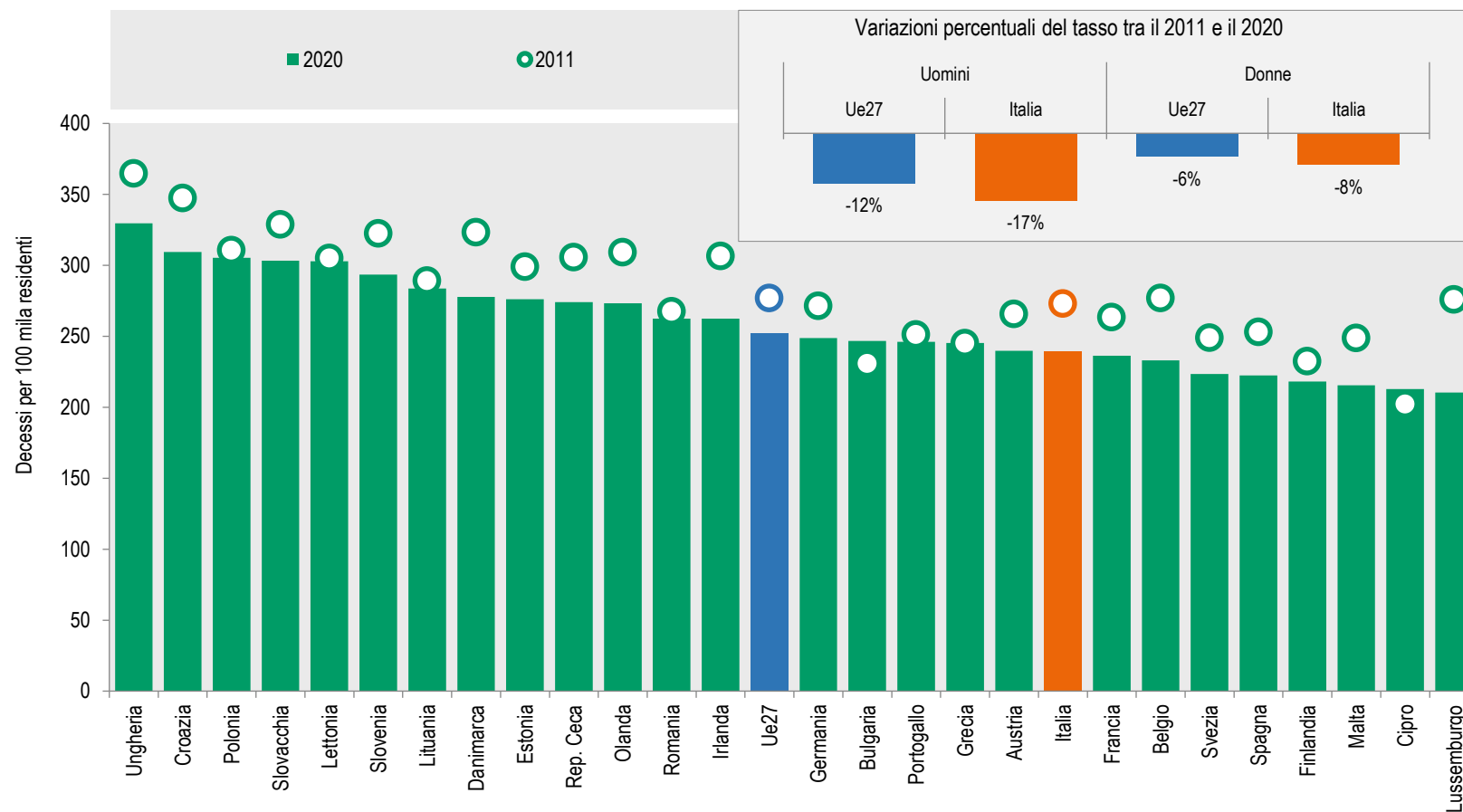


Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte

(a) I tassi standardizzati sono stati calcolati con il metodo diretto utilizzando come popolazione di riferimento la popolazione europea (Eurostat 2013).



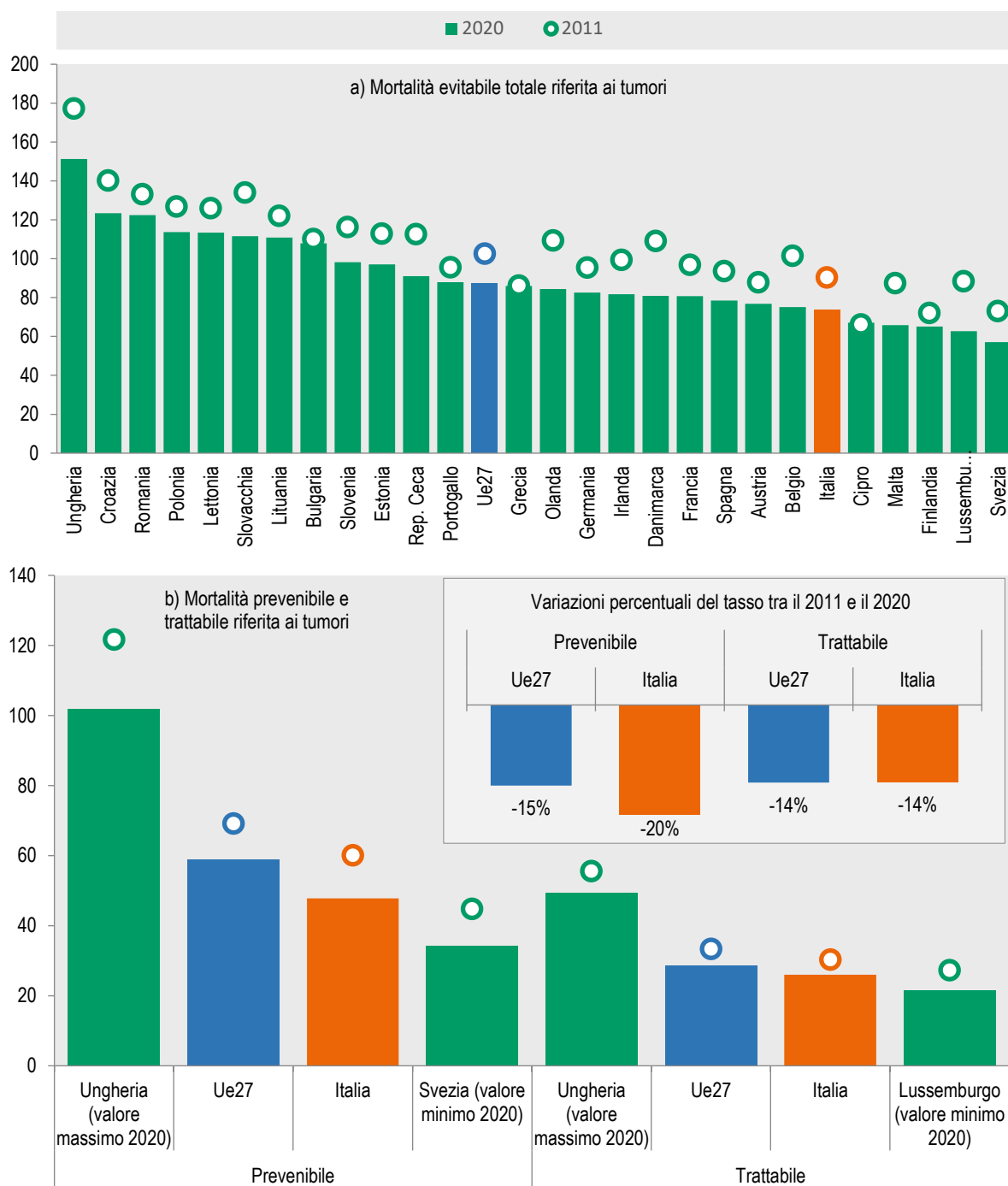
**Figura 8 - Mortalità per tumore nei paesi dell'Unione europea a 27. Anni 2011, 2020**  
 (tassi standardizzati (a) per 100.000 residenti e variazioni percentuali tra il 2011 e il 2020 per sesso)



Fonte: Eurostat

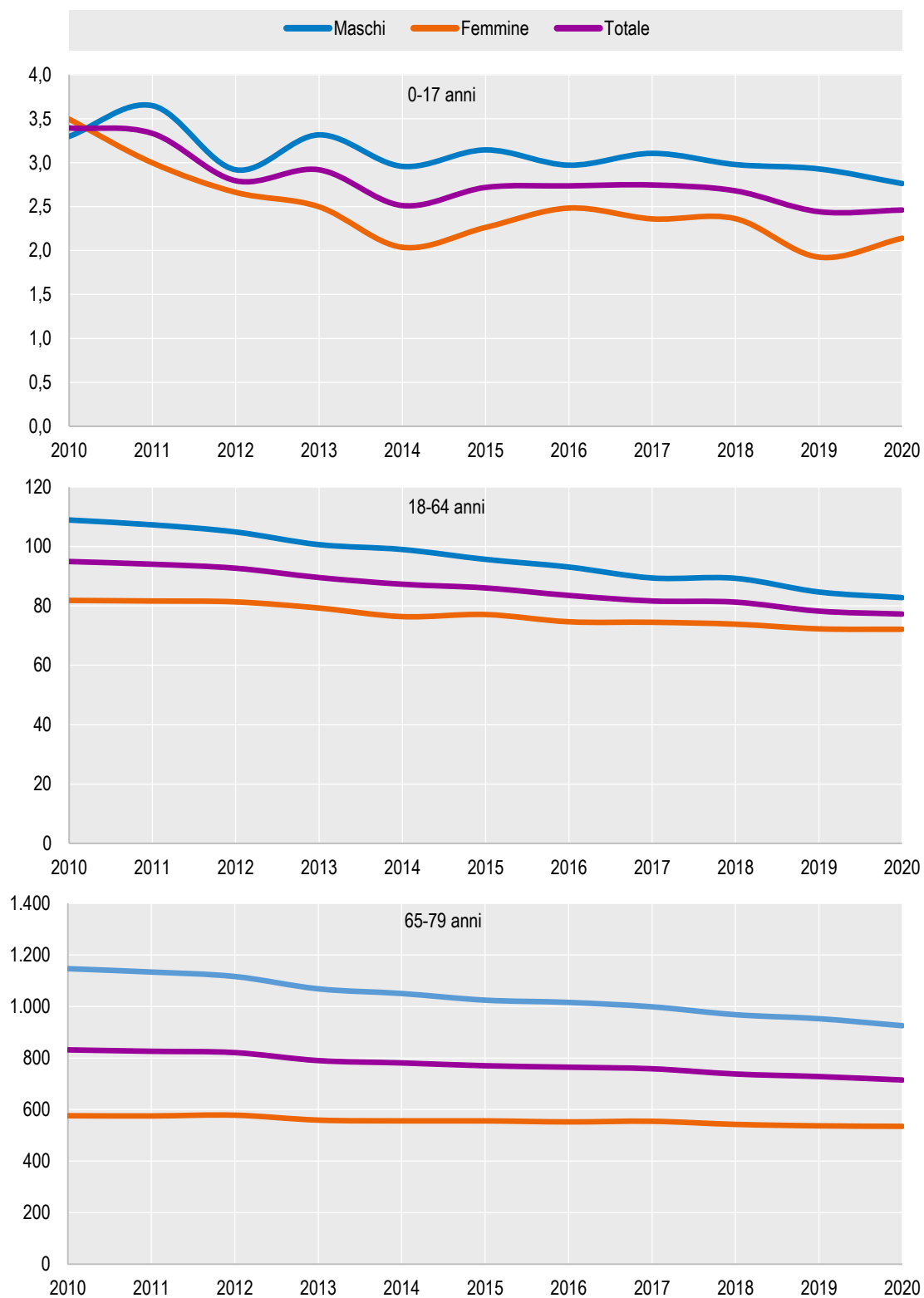
(a) I tassi standardizzati sono stati calcolati con il metodo diretto utilizzando come popolazione di riferimento la popolazione europea (Eurostat 2013).

**Figura 9 - Mortalità evitabile per tumori nei paesi dell'Unione europea a 27. Anni 2011, 2020**  
(tassi per 100.000 residenti)



Fonte: Eurostat

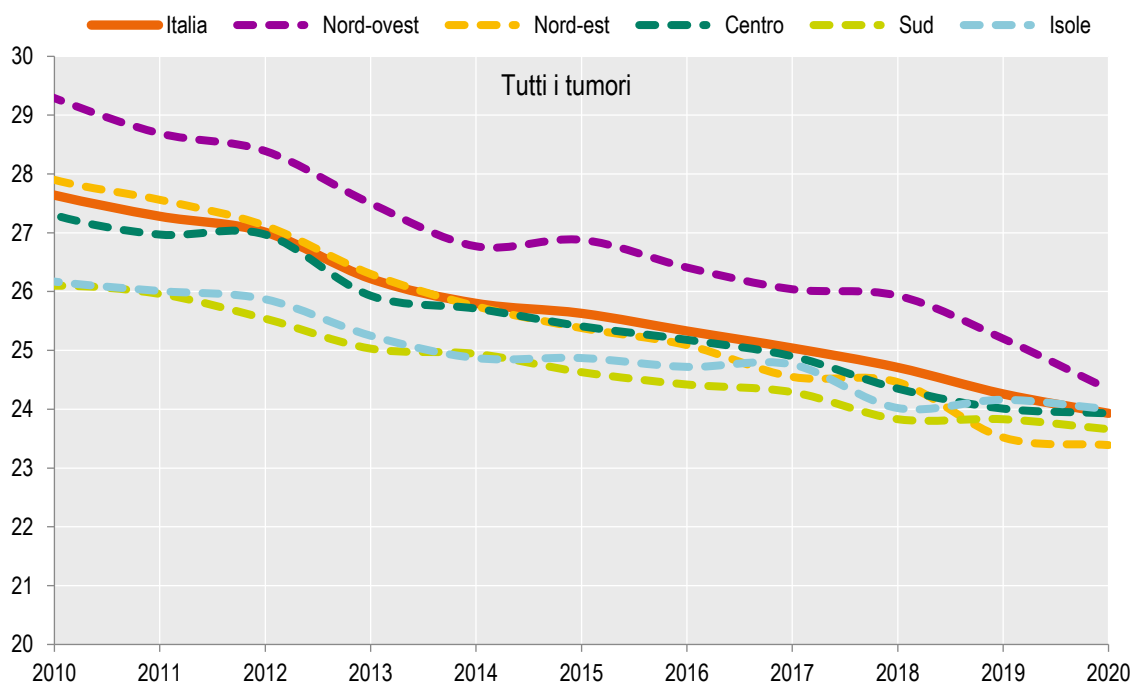
**Figura 10 - Mortalità per tutti i tumori per sesso e classi di età. Anni 2010-2020**  
(tassi standardizzati (a) per 100.000 residenti)



Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte

(a) I tassi standardizzati sono stati calcolati con il metodo diretto utilizzando come popolazione di riferimento la popolazione europea (Eurostat 2013).

**Figura 11 - Mortalità per tutti i tumori per ripartizione geografica. Anni 2010-2020**  
(tassi standardizzati (a) per 100.000 residenti)



Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte

(a) I tassi standardizzati sono stati calcolati con il metodo diretto utilizzando come popolazione di riferimento la popolazione europea (Eurostat 2013).

**Tavola 14 - Disuguaglianze nella mortalità dei tumori: tassi per titolo di studio, sesso e classe di età. Anno 2019**

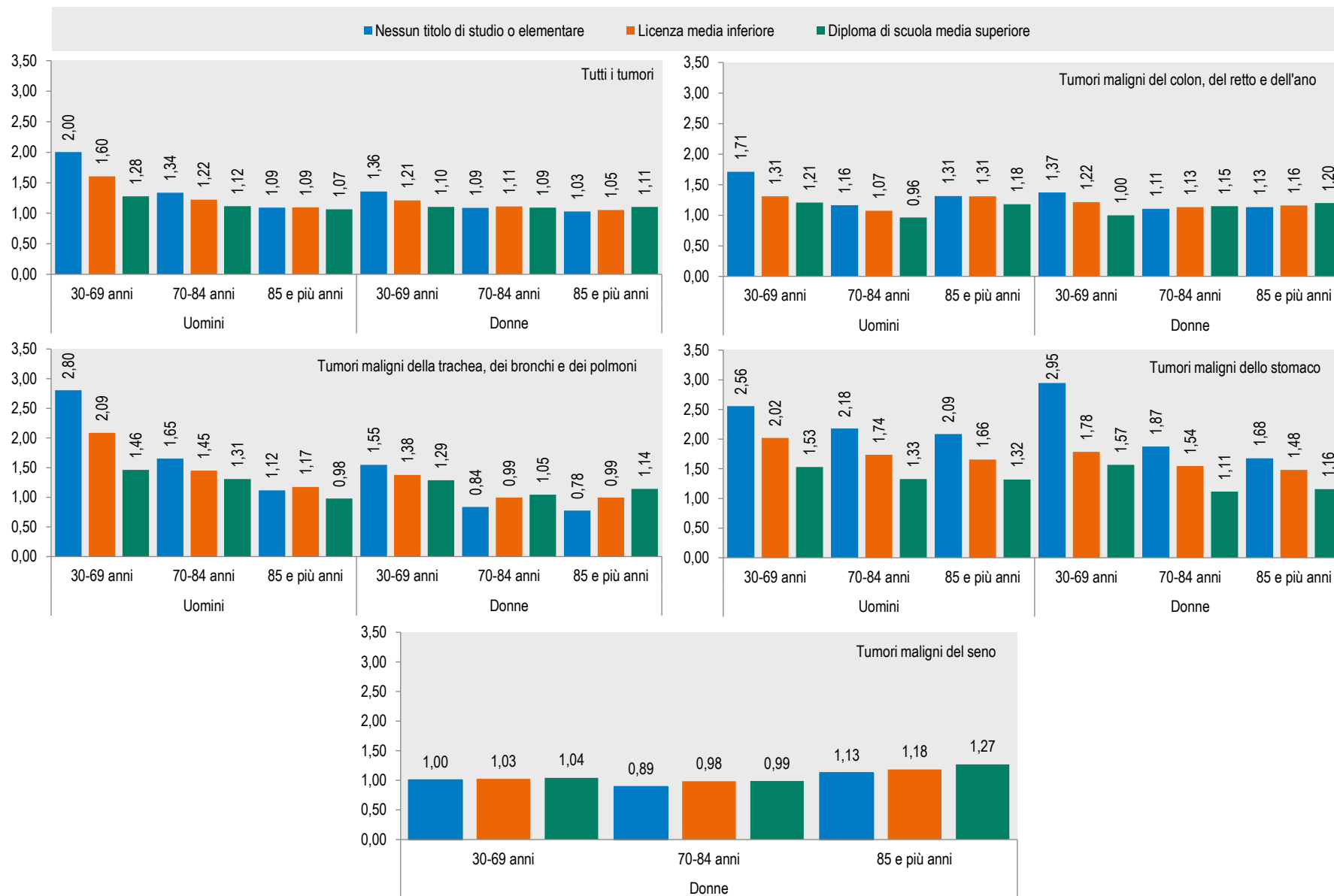
(tassi standardizzati (a) per 10.000 residenti)

TITOLO DI STUDIO	Maschi				Femmine			
	Classe di età							
	30 e più	30-69	70-84	85 e più	30 e più	30-69	70-84	85 e più
Nessun titolo o elementare	54,4	21,9	145,9	316,7	29,8	14,2	73,3	157,0
Licenza media inferiore	48,8	17,5	133,5	316,9	29,0	12,7	75,0	160,9
Diploma di scuola media sup.	43,7	14,0	122,0	308,8	28,2	11,5	73,6	168,7
Laurea o titolo di studio sup.	38,4	10,9	109,2	289,6	25,6	10,5	67,4	152,6
<b>Totale</b>	<b>47,5</b>	<b>15,9</b>	<b>134,3</b>	<b>313,9</b>	<b>28,2</b>	<b>12,1</b>	<b>73,3</b>	<b>158,5</b>

Fonte: Istat, Disuguaglianze nella mortalità per causa in Italia secondo caratteristiche demografiche, sociali e territoriali

(a) I tassi standardizzati sono stati calcolati con il metodo diretto utilizzando come popolazione di riferimento la popolazione europea (Eurostat 2013).

**Figura 12 - La misura delle disuguaglianze: rapporto dei tassi standardizzati di mortalità rispetto al titolo di studio più alto (laurea o titolo di studio superiore) per classi di età, sesso e sede del tumore. Anno 2019**



Fonte: Istat, Disuguaglianze nella mortalità per causa in Italia secondo caratteristiche demografiche, sociali e territoriali

**Tavola 15 - Medici oncologi e chirurghi (inclusi chirurghi oncologici) in attività nel sistema sanitario italiano. Anni 2013, 2018, 2022**

	Oncologi			Chirurghi		
	2013	2018	2022	2013	2018	2022
Numero	4.426	4.644	5.050	9.211	8.771	8.787
% donne	56,2	59,0	60,9	16,8	20,9	24,3
% over 54 anni	25,6	32,6	32,9	54,0	59,2	58,7
	TASSI PER 100.000 RESIDENTI					
Nord	7,6	8,1	8,9	14,2	13,9	14,5
Centro	8,4	8,7	9,8	15,1	14,5	14,7
Mezzogiorno	6,4	6,7	7,5	16,7	15,8	15,6
<b>Italia</b>	<b>7,3</b>	<b>7,8</b>	<b>8,6</b>	<b>15,3</b>	<b>14,6</b>	<b>14,9</b>

Fonte: Elaborazioni Istat su dati IQVIA, OneKey database