

Analisi dei dati di morbosità nei comuni di Castelraimondo e Gagliole:

integrazione alle considerazioni conclusive riportate nella versione "Ottobre 2013"

AGENZIA PER LA PROTEZIONE AMBIENTALE DELLE MARCHE - OSSERVATORIO DI EPIDEMIOLOGIA AMBIENTALE
AGENZIA REGIONALE SANITARIA - OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO REGIONALE



SOMMARIO

1. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE	3
2. BIBLIOGRAFIA.....	5

1. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Il presente paragrafo sostituisce, integrandolo, il paragrafo 4 (pag. 87) del documento "Analisi dei dati di morbosità nei comuni di Castelraimondo e Gagliole", versione Ottobre 2013.

Nell'indagine "Analisi dei dati di morbosità nei comuni di Castelraimondo e Gagliole" sono stati analizzati i primi ricoveri ospedalieri dei soggetti residenti di tutte le età nei comuni di Castelraimondo e Gagliole per cause neoplastiche dal 1997 al 2010 e nell'ultimo quinquennio 2006-2010, al fine di fornire una descrizione dello stato di salute delle due popolazioni in esame. Lo studio è stato progettato per finalità descrittive e quindi non si propone né può analizzare ipotesi di causalità di fattori personali od ambientali nella genesi dei tumori.

Nel comune di Castelraimondo, nel quinquennio 2006-2010, si evidenzia un eccesso di primi ricoveri ospedalieri per tumori maligni della ghiandola tiroide (ICD IX 193) nel gruppo dei maschi, statisticamente significativo al 95% di probabilità, con un rischio pari a 4 volte quello della regione Marche (SIR% 403; IC95% 131-941); questo dato non è tuttavia confermato dall'indicatore bayesiano che mostra un rapporto standardizzato di morbosità pari a 120, ma non statisticamente significativo (BIR% 120; IC95% 86-222). I relativi tassi standardizzati dal 2006 al 2010 mostrano una graduale riduzione, passando da 63 casi ogni 100.000 abitanti nel 2006 a 30 casi nel 2010. Il comune di Castelraimondo fa parte di un aggregato di comuni in cui si riscontra un eccesso di ricoveri per tumore della tiroide, ma questo cluster, pur essendo statisticamente significativo, è troppo grande per permettere di ipotizzare una esposizione ambientale circoscritta¹.

Nel comune di Castelraimondo, l'analisi dei trend nell'arco temporale che va dal 1997 al 2010 presenta un andamento crescente dei tassi standardizzati per i tumori maligni del colon-retto (ICD IX 153-154) nelle femmine e per i tumori maligni della vescica (ICD IX 188) nel gruppo dei maschi e delle femmine congiuntamente, tuttavia l'analisi sull'ultimo quinquennio (2006-2010) evidenzia un andamento stazionario per entrambi i tumori.

Nello stesso comune e per il periodo 1997-2010 i tassi dei tumori maligni della mammella, sia per il gruppo delle femmine che per quello che comprende entrambi i generi, presentano 3 punti (anni 2004, 2005 e 2008) in corrispondenza dei quali il trend temporale varia significativamente; in particolare si osserva una riduzione dei tassi standardizzati dal

¹ Il tumore maligno della tiroide è anche in Italia il tumore più frequente tra le neoplasie del sistema endocrino e ha una incidenza di circa tre volte maggiore nel sesso femminile che in quello maschile. L'incidenza del tumore maligno della tiroide è in incremento negli ultimi decenni in entrambi i generi al netto dell'effetto di invecchiamento della popolazione. Un importante ruolo per questo incremento è attribuibile alle migliorate e più diffuse tecniche diagnostiche. Tra i fattori di rischio per il carcinoma tiroideo nelle due forme papillare e follicolare sono stati riferiti fattori genetici, ormonali, immunitari, ambientali e loro interazioni. La IARC identifica, tra le esposizioni prevenibili associate con l'insorgenza del cancro alla tiroide, il radioiodio compreso lo iodio -131, le radiazioni X e la radiazione gamma quali agenti genotossici noti. Il carcinoma follicolare è stato collegato alla carenza di iodio probabilmente insieme alla preesistenza di fattori genetici (1). Altri studi spesso non confermati avrebbero evidenziato come fattori di rischio per il tumore della tiroide anche componenti della dieta (iodio, gozzigeni, alcol, calcio e vitamina D), fattori occupazionali (oltre alle radiazioni ionizzanti esposizioni al legno, idrocarburi, silice, pesticidi, ecc.), medicinali (alcuni barbiturici, antistaminici, antidiarroici, antispastici intestinali, antifungini e catarchici) (2).

2005 al 2008 e un'inversione di tendenza (tassi in aumento) dal 2008 al 2010. Considerando l'ultimo quinquennio di osservazione (2006-2010) l'andamento dei tassi risulta complessivamente stazionario.

Nel comune di Gagliole non si rilevano rischi di ricovero per cause neoplastiche statisticamente significativi e, ove calcolabile per la presenza di casi, non si osservano variazioni delle tendenze temporali dei tassi standardizzati nel periodo in studio.

In definitiva, l'analisi dei dati ha mostrato la presenza di un eccesso di ricovero ospedaliero per tumori maligni della ghiandola tiroide nel gruppo dei maschi nel solo comune di Castelraimondo; tuttavia la tendenza alla riduzione temporale dei tassi nell'ultimo quinquennio di osservazione e la non significatività dell'indicatore bayesiano inducono a ridurre la preoccupazione sanitaria sull'evento.

Nonostante l'esigua numerosità dei casi e delle popolazioni nei due comuni in studio, che possono influenzare la lettura dei risultati prodotti, la presente indagine mostra come il fenomeno dell'incidenza di ricovero per la quasi totalità delle patologie neoplastiche a Castelraimondo e Gagliole non si discosti da quella regionale.

Si deve purtroppo evidenziare che l'analisi qui presentata è stata condotta con il limite della disponibilità di dati incompleti. Non è stato infatti possibile, come più volte ricordato, acquisire dati aggiornati sulla mortalità per causa ed i dati di incidenza tumorale ed anamnestici dei registri di patologia, e parimenti non sono disponibili all'OEA quelli integrali ed aggiornati sui ricoveri ospedalieri.

La corretta e completa disponibilità dei dati sanitari correnti potrebbe permettere la costituzione di un semplice sistema di sorveglianza epidemiologica con la possibilità di produrre report annuali per le autorità sanitarie, gli operatori sanitari del territorio e i cittadini eventualmente interessati.

Questi Osservatori rimangono disponibili a fornire ulteriori chiarimenti e, se richiesto, a effettuare eventuali approfondimenti sulla situazione epidemiologica locale con particolare riferimento ad altri eventi sanitari o a specifici sottogruppi di popolazione (es. bambini).

2. BIBLIOGRAFIA

1. AIOM CA. I numeri del cancro in Italia. Brescia; 2013.
2. Ron E SAB. Cancer Epidemiology and Prevention. Pagg 975-994 New York: Schottenfeld D, Fraumeni J F Jr - Oxford University Press; 2006.