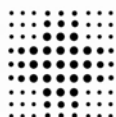


PREVENZIONE NEI LUOGHI DI VITA E DI LAVORO

74

I programmi di screening oncologici

Emilia-Romagna
Report al 2010



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Redazione e impaginazione a cura di:

Rossana Mignani – Federica Giovannini

Direzione Generale Sanità e Politiche sociali, Regione Emilia-Romagna

Stampa Centro Stampa Giunta - Regione Emilia-Romagna, Bologna - Febbraio 2013

Il volume può essere scaricato dal sito

<http://www.saluter.it/documentazione/rapporti/contributi/>



A cura di: Priscilla Sassoli de' Bianchi, Alba Carola Finarelli, Carlo Naldoni, Patrizia Landi
Servizio Sanità pubblica della Direzione Sanità e Politiche Sociali

Fabio Falcini, Lauro Bucchi, Alessandra Ravaioli, Americo Colamartini, Flavia Foca, Rosa Vattiato, Orietta Giuliani, Silvia Mancini
IRCCS di Meldola (FC)

Il seguente rapporto è stato realizzato con l'attiva collaborazione dei Responsabili dello screening e della sorveglianza epidemiologica delle Aziende USL e Aziende Ospedaliere.

Programma di screening mammografico:

R. Silva, E. Borciani, G. Gatti - Piacenza; G. M. Conti, M. Zatelli - Parma; C. A. Mori, A. Cattani, L. Paterlini, C. Campari - Reggio Emilia; E. Ceresatto, R. Negri - Modena; M. Manfredi, G. Saguatti, A. Pasquini, P. Baldazzi - Bologna; R. Nannini, L. Caprara - Imola; Aldo De Togni, G. Benea, M.C. Carpanelli; - Ferrara; P. Bravetti, M. Serafini, B. Vitali - Ravenna; F. Falcini - Forlì; M. Palazzi, M. Faedi, C. Imolesi - Cesena; D. Canuti, G. Monticelli, S. Quaranta - Rimini.

Programma di screening per i tumori del collo dell'utero:

P. G. Dataro, E. Borciani, G. Gatti - Piacenza; L. Lombardozzi, M. Zatelli - Parma; S. Prandi, L. Paterlini, C. Campari - Reggio Emilia; R. Andresini, C. Goldoni, A. Venturelli - Modena; P. Cristiani, M. Manfredi, A. Pasquini, P. Biavati - Bologna; R. Nannini, L. Caprara - Imola; A. De Togni, D. Beccati, M. Carpanelli - Ferrara; P. Schincaglia, M. Serafini, B. Vitali - Ravenna; F. Falcini - Forlì; M. Palazzi, M. Farneti, M. Severi - Cesena; D. Canuti, G. Monticelli, F. Desiderio, - Rimini.

Programma di screening per i tumori del colon-retto:

A. Fornari, E. Borciani, G. Gatti, F. Pennini - Piacenza; C. Zurlini, M. Zatelli, F. Maradini, C. della Flora - Parma; L. Paterlini, R. Sassatelli, C. Campari - Reggio Emilia; R. Corradini, C. Goldoni, S. Viani - Modena; A. Pasquini, M. Manfredi, V. Eusebi, F. Bazzoli, P. Landi, P. Baldazzi - Bologna; R. Nannini, L. Caprara, M. Nanni - Imola; A. De Togni, G. Zoli, M.C. Carpanelli, V. Matarrese, D. Pasquali - Ferrara; O. Triossi, M. Serafini, B. Vitali, S. Dal Re - Ravenna; E. Ricci, F. Falcini - Forlì; M. Palazzi, P. Pazzi, C. Imolesi, M. Severi, M. Gallucci - Cesena; D. Canuti, M. Giovanardi, C. Casale, D. Trombetti - Rimini.

Un sentito ringraziamento va anche a tutti gli operatori impegnati nel programma, a quelli dei Registri Tumori e a quelli della rete PASSI.

Presentazione

La presenza di programmi di screening strutturati, che registrano una buona partecipazione delle persone a cui si rivolgono, contribuisce in modo significativo a diminuire il rischio di mortalità per tumore: lo dimostrano gli studi di impatto sulla popolazione generale, pubblicati ogni anno dall'Osservatorio nazionale screening, i quali evidenziano risultati particolarmente incoraggianti in Emilia-Romagna dove sono attivi i programmi di screening dei tumori della mammella, del collo dell'utero e del colon-retto.

Il rapporto "I programmi di screening in oncologia", giunto quest'anno alla 7° edizione, oltre a documentare i risultati degli studi di impatto e il confronto tra il livello nazionale e i livelli regionali, fornisce una accurata documentazione di tutto il lavoro svolto e dei risultati ottenuti nella nostra Regione, offrendoli alla valutazione critica degli operatori e di chi è interessato ad approfondire la conoscenza sull'argomento.

I dati testimoniano come l'adesione agli inviti (rivolti a tutta la popolazione interessata, sia residente, sia domiciliata) continui ad essere particolarmente elevata, superiore a quella registrata a livello nazionale; gli indicatori di attività nel loro complesso registrano buoni livelli di performance, anch'essi superiori al dato nazionale, pur presentando tuttavia ancora margini di miglioramento, in particolare per quanto riguarda i tempi dei percorsi dopo un primo test risultato positivo.

Mentre assicuriamo che tale miglioramento sarà obiettivo prioritario per il prossimo futuro, non possiamo non sottolineare un altro elemento di grande rilievo: il costante impegno profuso, a livello regionale e delle Aziende sanitarie, dai tanti operatori coinvolti ha permesso di organizzare percorsi diagnostico-terapeutici di elevata qualità, multidisciplinari e unitari, che rappresentano già un esempio di buona pratica in diffusione nell'insieme dei servizi oncologi, e dunque anche al di là dei programmi di screening. Inoltre, avendo ben presenti le prospettive di modernizzazione e trasformazione in atto riguardo ad alcuni screening dei tumori, siamo impegnati nella valutazione di quanto offre la ricerca per decidere se e come introdurre cambiamenti nei nostri programmi. Ad esempio, stiamo valutando, per il programma di screening per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero, come adeguare l'organizzazione al fine di rendere efficace l'adozione del test di verifica di infezione da virus HPV (e non più il pap-test) come primo test di screening.

Restiamo tutti, ai diversi livelli e nei diversi ruoli, attenti e partecipi con l'obiettivo di rendere sempre migliore l'organizzazione e la qualità dei nostri programmi di screening in modo da accrescere ancora la fiducia delle persone in questi importantissimi interventi di sanità pubblica.

Carlo Lusenti
(Assessore alle politiche per la salute)

INDICE

Sommario	9
Caratteristiche e obiettivi dei programmi di screening della Regione Emilia-Romagna.	11
I risultati dei programmi di screening.....	21
Il programma di screening mammografico in Emilia-Romagna: survey al 31/12/2010..	23
Il registro del tumore in situ ed invasivo della mammella della Regione Emilia-Romagna.....	33
I dati di sorveglianza PASSI sulla diagnosi precoce dei tumori della mammella in Emilia-Romagna e in Italia (anni 2010 e 2011)	40
Disuguaglianze in sanità: lo screening come strumento efficace per contrastarle?.....	46
Il trattamento chirurgico dei tumori della mammella screen detected dal file SQTm in Emilia-Romagna	50
Analisi dei dati aggiornati su incidenza, prevalenza e mortalità dei tumori della mammella in Emilia-Romagna e in Italia.....	62
La Survey dello screening per i tumori del collo dell'utero al 31/12/2010	72
I dati della sorveglianza PASSI sulla diagnosi precoce dei tumori del collo dell'utero: confronto fra Emilia-Romagna e Italia (2010-11).....	84
Analisi dei casi di carcinoma della cervice uterina e delle lesioni pre-cancerose da Registro tumori regionale di patologia.....	90
HPV test come test primario di screening: perchè , come e quando? E i costi?	98
Pap-test: fine di un mito? La citologia ai tempi dell'HPV	105
Caratteristiche, qualità e tecnologia di un nuovo test di screening: l'HPV test	108
Survey al 31/12/2010 del programma di screening tumori colo-rettali in Emilia-Romagna e in Italia: analisi degli indicatori e dei trend temporali	111
I dati di sorveglianza PASSI sulla diagnosi precoce dei tumori del colon-retto: confronto fra Emilia-Romagna e Italia.....	120
Analisi dei casi da registro tumori di patologia dei tumori colo-rettali della regione Emilia-Romagna	125
Screening tumori del colon-retto e rischio familiare: i risultati aggiornati all'ultima rilevazione e una valutazione dell'esperienza dell'intervento	133
Valutazione dell'adesione allo screening in funzione della modalità di invio del test per la ricerca del sangue occulto nelle feci e delle performace in relazione alle temperature ambientali	146

DISUGUAGLIANZE IN SANITÀ: LO SCREENING COME STRUMENTO EFFICACE PER CONTRASTARLE?

B. Pacelli¹, N.Caranci¹, E. Di Felice², L. Cisbani^{1,3}, S. Candela², R. De Palma¹, A.C. Finarelli⁴

1 Agenzia Sanitaria e Sociale regionale, Emilia-Romagna

2 AUSL Reggio Emilia, Unità di epidemiologia

3 Servizio sistema informativo sanità e politiche sociali, Emilia-Romagna

4 Direzione Sanità e Politiche Sociali Regione Emilia-Romagna,

Il tumore alla mammella è la neoplasia più frequente tra le donne (non considerando i carcinomi cutanei) e la principale causa di mortalità oncologica.

Nonostante negli ultimi 20 anni la mortalità per tumore alla mammella si sia stabilizzata o sia diminuita, questo beneficio non si è distribuito equamente nella popolazione.

In particolare il gradiente socio-economico risulta più marcato nei tumori a buona prognosi, come il tumore alla mammella.

Diversi studi hanno riportato differenze nella sopravvivenza in relazione allo stato socio-economico (SES).

Minimizzando il ritardo diagnostico nella popolazione aderente ed avviando i casi positivi ad un percorso diagnostico-terapeutico appropriato, i programmi di screening di popolazione hanno il potenziale di ridurre lo svantaggio legato alle differenze socioeconomiche.

In letteratura però gli studi su questo tema hanno dato risultati contrastanti.

In Emilia-Romagna lo screening organizzato del tumore al seno è stato introdotto a metà degli anni '90 offrendo su invito alle donne di età 50-69 una mammografia ogni 2 anni.

All'inizio del periodo di studio (1997-1998), il primo round di screening aveva invitato circa il 30% della popolazione bersaglio, mentre alla fine del 2000 era quasi completato con una copertura di circa il 95%. Nel 2001, il programma era pienamente implementato con oltre il 99% di copertura. Inoltre, a partire dal 2000, all'interno del programma sono state introdotte e diffuse le prime linee guida diagnostico-terapeutiche.

L'obiettivo di questo studio è stato valutare l'impatto di un programma di screening di popolazione sulla sopravvivenza per tumore alla mammella in relazione al livello d'istruzione.

Metodi

A partire dai casi incidenti rilevati dal registro regionale di patologia del tumore alla mammella negli anni 1997-2003⁵ è stato effettuato uno studio di coorte di popolazione.

I casi eleggibili erano: donne di età ≤ 70 anni e residenti nella Regione Emilia-Romagna, con un tumore infiltrante al seno o con il primo tumore (nel caso di tumori metacroni) o con il tumore più grave (nel caso di tumori sincroni).

Questi dati sono stati linkati con: 1) il registro mortalità regionale per definire lo stato in vita a 5 anni dalla diagnosi e l'eventuale causa di decesso; 2) le schede di dimissione ospedaliera per escludere i casi con un altro tumore nei due anni precedenti (la cui presenza potrebbe inficiare la sopravvivenza per tumore della mammella) 3) il censimento della popolazione 1991 e 2001 per recuperare informazioni sul livello di istruzione.

È stata valutata l'eventuale presenza di *selection bias* attraverso il confronto tra le donne linkate e non linkate in relazione a caratteristiche demografiche e cliniche (stadio alla diagnosi) e sopravvivenza.

Sono state calcolate le probabilità di sopravvivenza dal modello di Kaplan-Meier (confrontate tramite *log rank test*) e gli *hazard ratio* risultanti dai modelli di Cox aggiustati per età (classi quinquennali) e stadio. Le analisi sono state stratificate per fascia di età (30-49, 50-69) e periodo di incidenza (1997-2000, 2001-2003).

⁵ escluso il registro Piacenza

Risultati

Sono stati analizzati i 9.639 casi di tumore alla mammella per i quali è stato possibile attribuire il titolo di studio tramite linkage (62,3% dei casi eleggibili).

In entrambe le classi di età nel primo periodo (1997-2000) la percentuale di tumori avanzati (stadio II o superiore) è risultata maggiore tra le donne con basso livello di istruzione rispetto a quelle con più alto livello di istruzione. Nel secondo periodo (2001-2003), la differenza è rimasta simile nel gruppo di età più giovane mentre è nettamente diminuita nel gruppo di età target di screening

(**tab. 1**).

Tabella 1: Percentuale di stadi avanzati (II+*) per livello d'istruzione, classe d'età e periodo d'incidenza. Donne residenti in Emilia-Romagna

Periodo di incidenza	età: 30-49			età: 50-69		
	Livello d' istruzione			Livello d' istruzione		
	basso	medio	alto	basso	medio	alto
1997-2000	61.2%	55.5%	50.8%	51.4%	48.4%	44.8%
2001-2003	62.6%	52.5%	53.4%	44.1%	48.4%	45.0%

* gli stadi avanzati sono stati calcolati come stadi II o superiori più 2/3 dei casi non stadiati

Per quanto riguarda la sopravvivenza, nel primo periodo in tutte le fasce d'età è stata riscontrata una minore sopravvivenza per le donne con basso titolo di studio rispetto a quelle con alto titolo. Nel secondo periodo, come suggerisce il grafico, si è registrato un livellamento, che è risultato maggiore nella fascia 50-69. (**fig. 1 a e b**)

Fig1 a: Sopravvivenza (%) per periodo di incidenza. Donne residenti in Emilia-Romagna di età compresa tra 30 e 49 anni

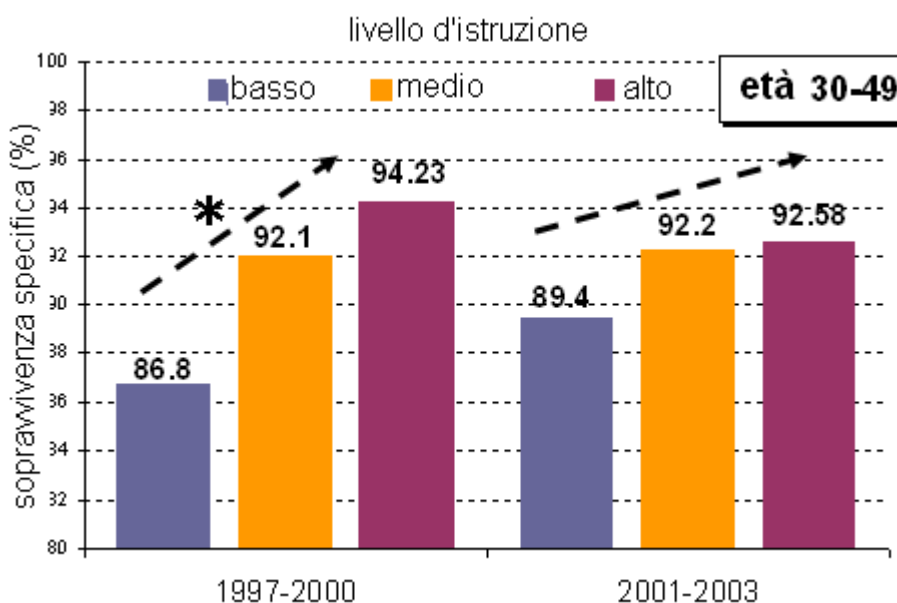
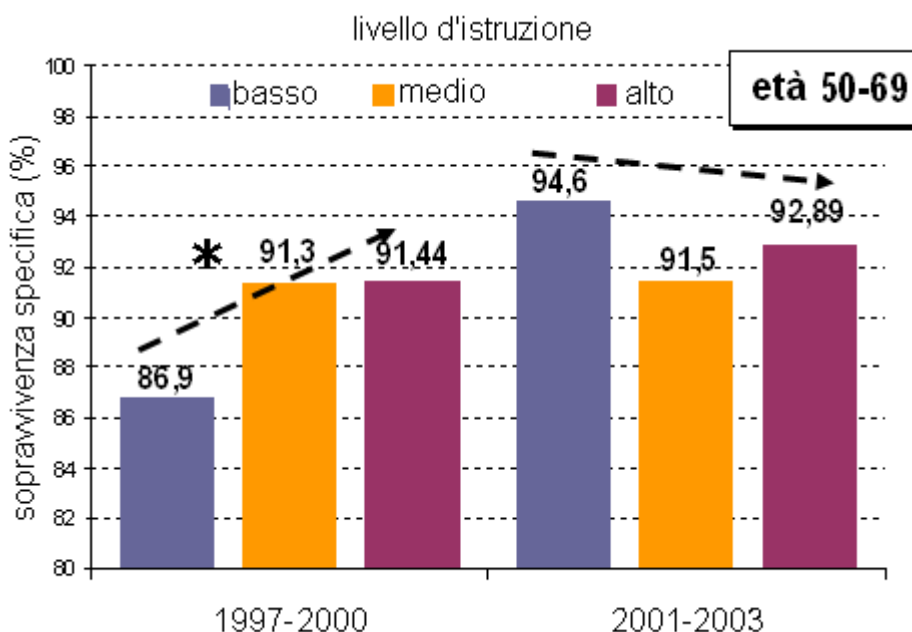


Fig1 b: Sopravvivenza (%) per periodo di incidenza. Donne residenti in Emilia-Romagna di età compresa tra 50 e 69 anni



Questi risultati sono confermati anche dalle analisi multivariate, dopo aver reso ininfluenza il confondimento legato alla differente età e allo stadio alla diagnosi. (HR aggiustati delle donne più istruite vs. le meno istruite [IC 90%]: 1997-2000: età 30-49: 0.75 [0.41–1.37], età 50-49: 0.64 [0.46–0.90]. 2001-2003: età 30-49: 0.63 [0.32–1.23], età 50-69: 1.23 [0.71–2.12]).

Seppur in presenza di alcuni limiti (come l'assenza di dati del periodo pre-screening e la perdita di casi dovuta al *linkage* con il censimento), questo studio ha messo in evidenza il grande vantaggio di aver costruito un *dataset* integrato di informazioni per il *follow-up*.

I risultati di questo studio sono consistenti con altri studi di letteratura che suggeriscono la capacità dei programmi di screening organizzati di livellare le differenze sociali nella sopravvivenza. In particolare in Italia un studio precedente condotto in Toscana riporta risultati sovrapponibili.

Lo screening organizzato e funzionante a livello di popolazione riesce anche a ridurre le disuguaglianze di accesso alla mammografia per titolo di studio e condizione economica, così come evidenziato dal sistema di sorveglianza PASSI.

Conclusioni

L'analisi condotta confermerebbe quanto supposto dalla recente letteratura scientifica: un programma organizzato di screening del tumore alla mammella, quando raggiunge un elevato livello di adesione nella popolazione a cui si rivolge, svolge anche un'azione di livellamento sulle differenze socio-economiche che si vogliono contrastare

BIBLIOGRAFIA

- Regione Emilia-Romagna (2009), Collana “Contributi” n. 68: I programmi di screening oncologici – Emilia-Romagna
- Osservatorio Nazionale Screening, Nono Rapporto, 2011
- AIRTum Working Group. “I tumori in Italia, Rapporto 2007 – Sopravvivenza.” *Epidemiol/Prev* 2007; 31(1) suppl.1.
- AIRTum Working Group. “I nuovi dati di incidenza e mortalità, Periodo 2003-2005” *Epidemiol/Prev* 2009; 33(1) suppl. 2.
- Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali, Regione Emilia-Romagna
- Halmin M, Bellocco R, Lagerlund M et al. Long-term inequalities in breast cancer survival--a ten year follow-up study of patients managed within a National Health Care System (Sweden). *Acta Oncol.* 2008; **47**(2): 216-224.
- Lagerlund M, Bellocco R, Karlsson P et al. Socio-economic factors and breast cancer survival--a population-based cohort study (Sweden). *Cancer Causes Control* 2005; **16**(4): 419-430.
- Puliti D, Miccinesi G, Manneschi G et al. Does an organised screening programme reduce the inequalities in breast cancer survival? *Ann Oncol* 2012; **23**(2): 319-323.
- Osservatorio nazionale screening, Centro Nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), I programmi di screening in Italia (2010)
- Rapporto nazionale “Disuguaglianze sociali e salute Passi 2007-2009”
<http://www.epicentro.iss.it/passi/pdf2012/PASSI%20Disuguaglianze%20sociali%20e%20salute.pdf>.