

XVIII CONGRESSO
DI ONCOLOGIA TREVIGLIESE

Un incidente di percorso

28 SETTEMBRE 2017

ASST BERGAMO OVEST
Sala Verde - Piazzale Ospedale, 1 - Treviglio (BG)



Ente Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Bergamo Ovest

www.asst-bgovest.it

PRIMA DELL'INCIDENTE:

La prevenzione secondaria

*Dott.ssa Karen Borgonovo
UO Oncologia Medica
ASST BG Ovest
Direttore: Dr S. Barni*

Sistema Socio Sanitario



ASST Bergamo Ovest

La prevenzione secondaria



Mira ad effettuare una **diagnosi precoce** in modo da poter intervenire **prima** che la neoplasia si manifesti clinicamente o, se possibile, su lesioni **preneoplastiche** in modo da interromperne la progressione verso il cancro.



Prevenzione secondaria = SCREENING

Nello **SCREENING** non è più l'individuo che si fa parte attiva, spinto da consapevolezza, da ansia e da una maggiore disponibilità economica, che gli consente di “comprare” il suo check-up, ma è un **intervento sanitario gratuito, offerto ad una popolazione sana ed asintomatica in specifiche fasce di età (inserito nei L.E.A.)**

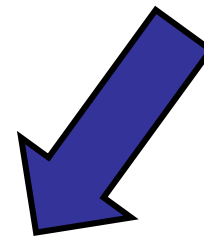
Solamente a fronte di un **BENEFICIO SICURO** sono accettabili da parte del SSN gli sforzi di organizzazione, di persuasione all'adesione ed i costi economici dello screening stesso.

EFFICACIA:

NUMERO DI ANNI/VITA GUADAGNATI

NUMERO DI DECESSI EVITATI

MIGLIORAMENTO della QUALITA' della VITA



Sistema Socio Sanitario

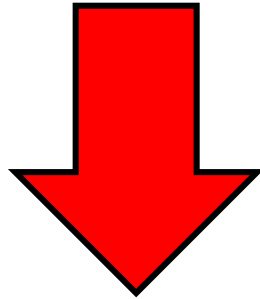


Regione
Lombardia

ASST Bergamo Ovest

SCREENING

L'applicazione di programmi di screening **non può** essere attuata indiscriminatamente a tutti gli individui ed avere come oggetto la totalità dei tumori



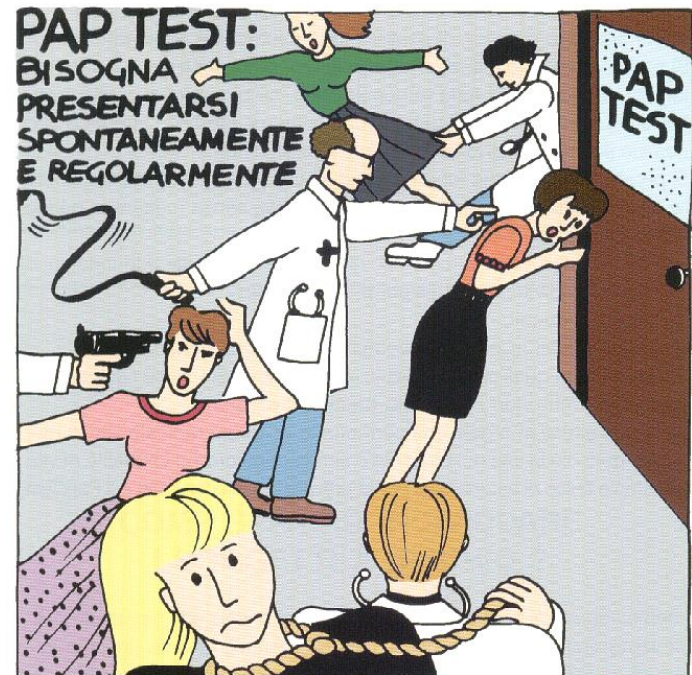
- **Tumori a più elevata incidenza**
- **Storia naturale modificabile dalla diagnosi precoce**
- **Numerosità del campione**
- **Sensibilità della popolazione**
- **Costi reali ed intangibili**

Adesione della popolazione

La partecipazione della popolazione selezionata è un requisito fondamentale per il successo di un programma di screening.

Basse proporzioni di adesione diminuiscono il beneficio in termini di riduzione della mortalità in tutta la popolazione.

E' opportuno focalizzare l'attenzione su chi non ha mai eseguito in passato il test.



Adesione allo screening per Regione



Mammella	Colon-retto	Cervice
Trentino 78%	Valle d'Aosta 66%	Valle d'Aosta 78%
Emilia Romagna 76%	Emilia-Romagna 65%	Emilia Romagna 66%
Valle d'Aosta 72%	Trentino 65%	Toscana 66%
Toscana 69%	Lombardia 63%	Umbria 65%
Friuli e 69%	Veneto 62%	Piemonte 63%
Lombardia, Umbria e Basilicata 67%	Toscana 57%	Veneto 50%
Veneto 62%
...		
Campania 22%	Campania 11%	Campania 22%
	Puglia 6%	
	Calabria 5%	

Pool PASSI 2012-2015

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Bergamo Ovest

Quali screening?

- Importanza sociale della malattia
- Accurata conoscenza della storia naturale
- Disponibilità di test diagnostici accurati
- Accettabilità e non invasività del test
- Il trattamento che ne conseguirà: efficace, accettabile, a bassa morbilità
- Disponibilità di risorse economiche e Servizi Sanitari
- Note le implicazioni di tipo economico

An advertisement for colorectal cancer screening. It features a graphic of a test tube and the text "Una provetta per la vita" and "Screening per la prevenzione dei tumori del colon retto".

Una provetta per la vita

Screening per la prevenzione dei tumori del colon retto

Prostata

**STUDIO
ERSPC
(Europa)**



**STUDIO
PLCO
(USA)**

La sovradiagnosi per il carcinoma prostatico può raggiungere, secondo le linee-guida dell'AIOM, il 300% (3 casi latenti ogni caso letale)

Fermo restando che il PSA resta un valido presidio utilizzabile, in occasione di consultazione medica, per la diagnosi differenziale del carcinoma prostatico, quando esista un fondato sospetto clinico di tale patologia, il dosaggio del **PSA NON dovrebbe essere inserito nei controlli ematologici di routine, senza prima aver discusso col paziente rischi e benefici di tale indagine in assenza di un sospetto diagnostico. (LINEE GUIDA AIOM)**

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

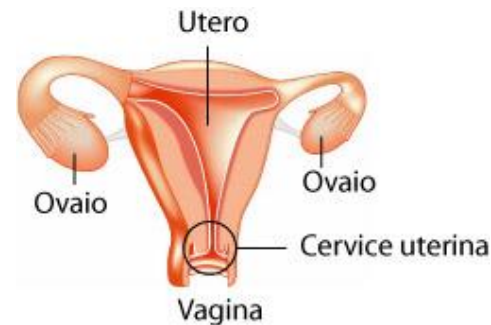
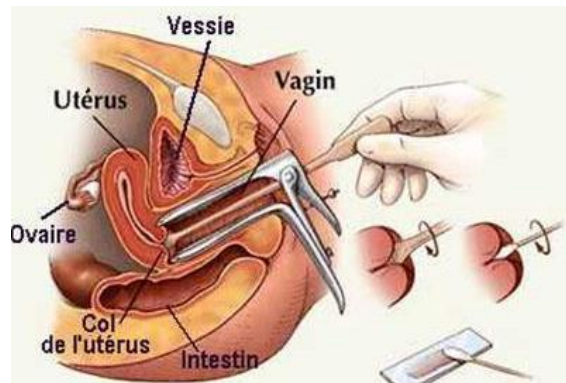
ASST Bergamo Ovest

Cervice uterina

L'unico test di screening è il **Pap-test** che consente non solo la identificazione di lesioni tumorali molto precoci ma anche di lesioni preneoplastiche per cui è possibile ridurre anche l'incidenza della neoplasia invasiva attraverso il trattamento delle forme tumorali.

Fra 25 e 64 anni → invito ad eseguire test ogni 3 anni

Esami di secondo livello: test HPV, colposcopia, biopsia

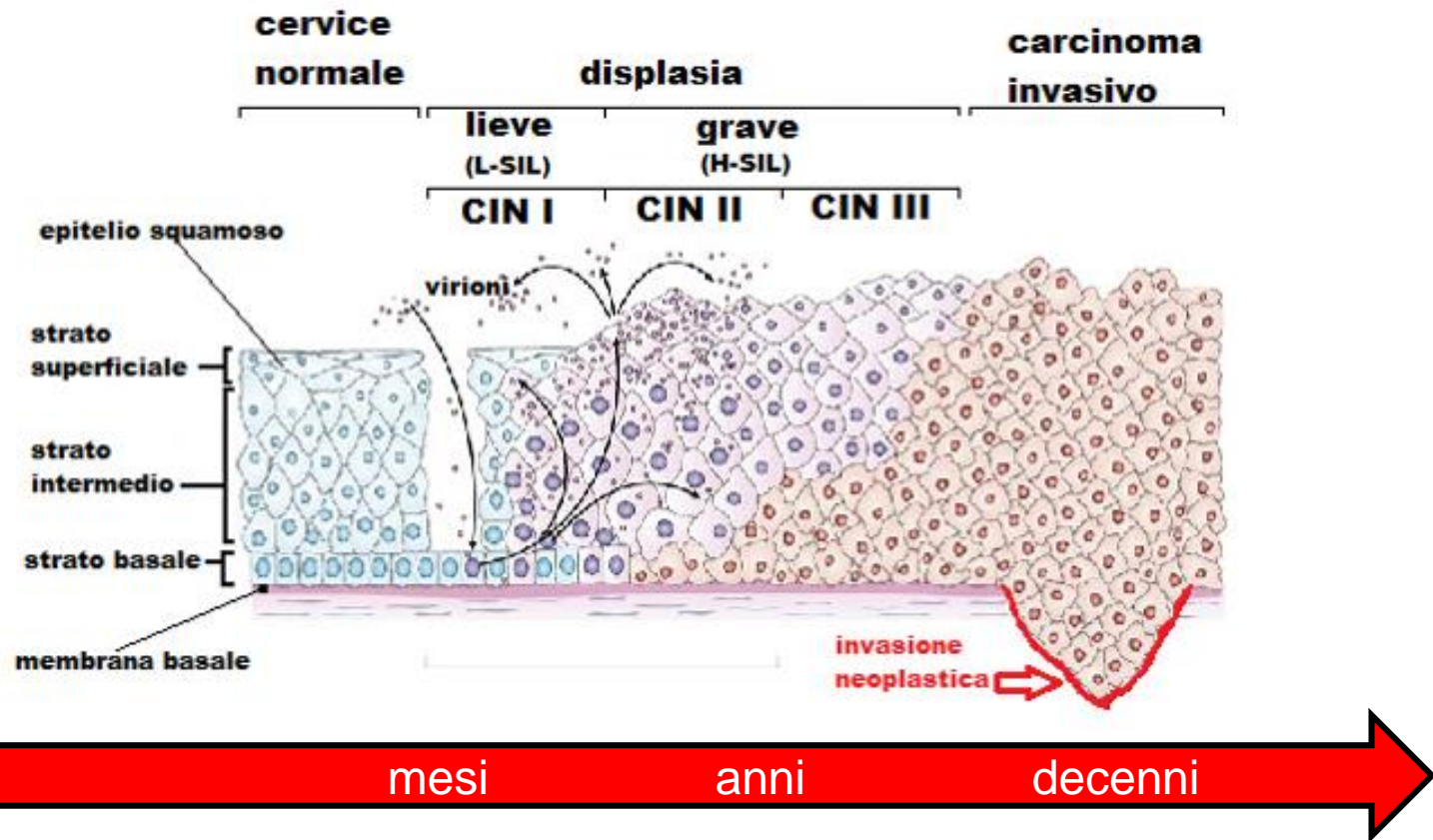


Sistema Socio Sanitario

 Regione
Lombardia

ASST Bergamo Ovest

Cervice uterina



Neoplasia frequente (circa 1/100 donne)
Crescita lenta
Test di screening accurato
Possibilità di trattamento efficace in fase precoce



Cervice uterina

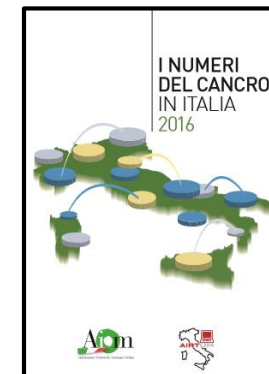
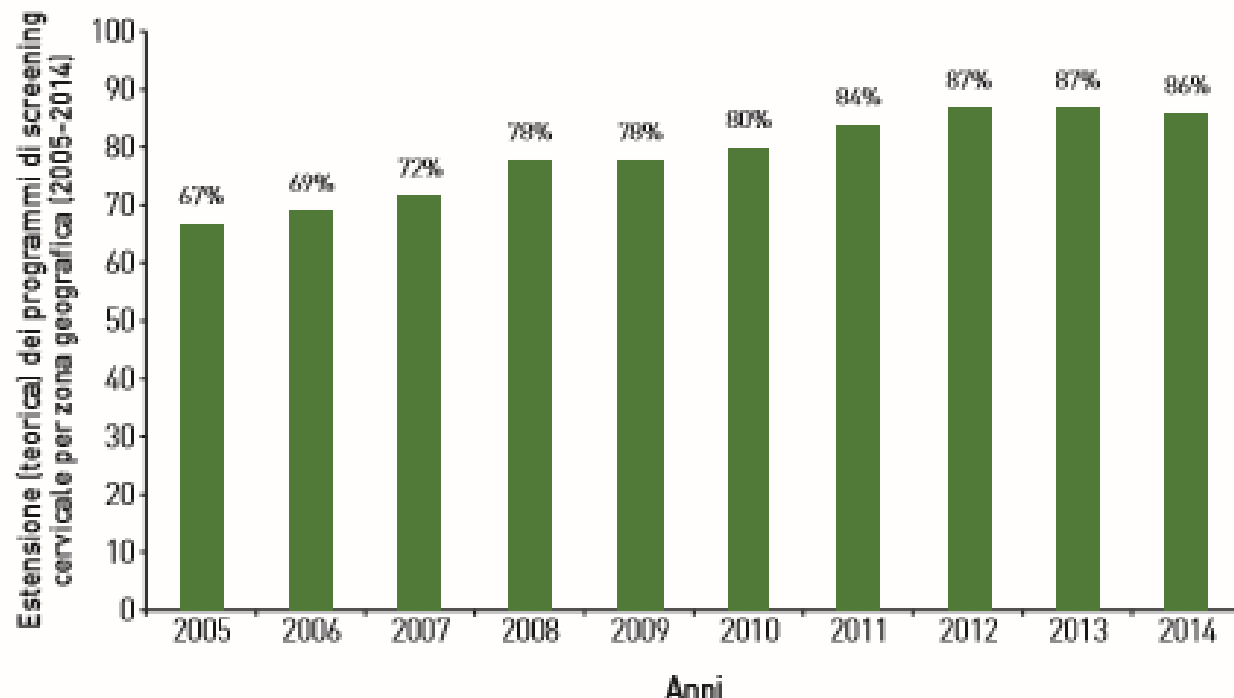


FIGURA 42. Copertura dello screening cervicale (% delle donne fra 25 e 64 anni di età che ricevono con regolarità un invito) dal 2005 al 2014 in Italia.

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Bergamo Ovest

Cervice uterina

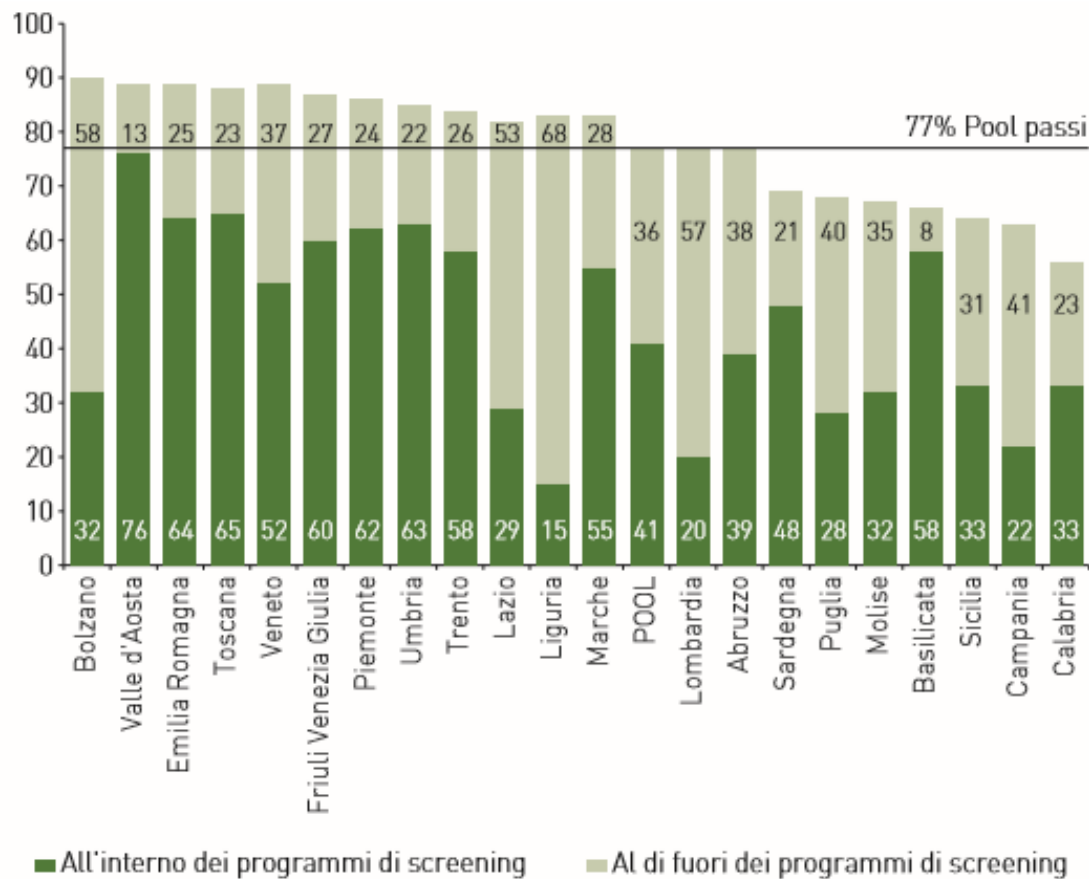
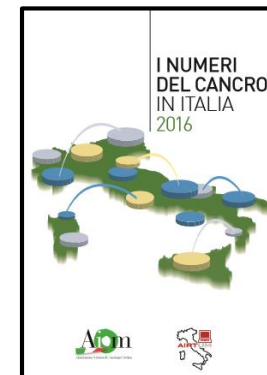
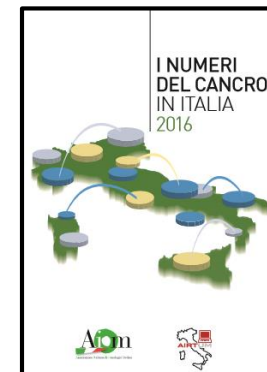


FIGURA 43. Copertura al test preventivo negli ultimi 3 anni. Donne 25-64enni (%). Fonte: PASSI 2011-13.





Cervice uterina



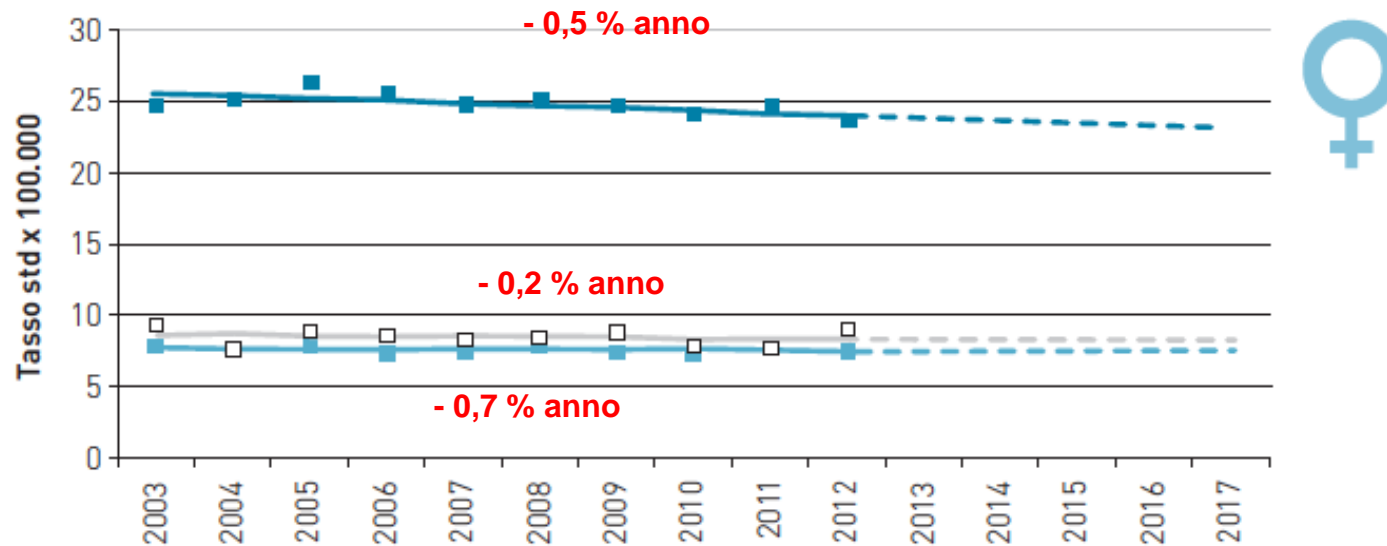
Anno attività	2008-2010	2011-2013	2014
Numero di donne che hanno fatto screening	4.219.044	4.703.882	1.569.674
Proporzione di donne che hanno aderito all'invito	40%	41%	40%
Lesioni con istologia CIN2+ individuate	13.419	14.417	4.840

TABELLA 35. Risultati principali nel 2008-2010, 2011-2013 e nel 2014.

Anno attività	2009-2011	2012-2014
Proporzione di Pap-test inadeguati Standard di qualità GISCI: desiderabile: <5%; accettabile: <7%	3%	3%
Proporzione di donne inviate in colposcopia per qualsiasi causa	2,5%	2,6%
Proporzione di donne che hanno aderito alla colposcopia per citologia ASCUS+ Standard di qualità GISCI: desiderabile: ≥90%; accettabile: ≥80%	85,5%	87,9%
Proporzione di donne che hanno aderito alla colposcopia per citologia HSIL+ Standard di qualità GISCI: desiderabile: ≥95%; accettabile: ≥90%	89,2%	91,2%
Probabilità di avere una lesione con istologia CIN2 o più grave (CIN2+) tra le donne che hanno fatto una colposcopia per citologia ASCUS+	15,8%	16,7%
Numero di colposcopie necessarie per individuare la presenza di istologia CIN2+	6,3	6
Lesioni con istologia CIN2+ individuate ogni 1.000 donne che hanno fatto lo screening	2,9	3,5

TABELLA 36. Principali indicatori: adesione agli standard di qualità.

Neoplasia cervice uterina - Impatto dello screening



■ I-Corpo, APC: 2003-2017: -0,7[^] [-1,3; -0,1]

■ M-APC: 2003-2017: -0,5 [-2,1; 1,2]

□ I-Cervice, APC: 2003-2017: -0,2 [-1; 0,5]



Sistema Socio Sanitario



ASST Bergamo Ovest

Mammella

La **mammografia** può diagnosticare un carcinoma mammario in fase iniziale, quando può essere curato in modo più efficace

Ci sono solide evidenze sull'efficacia della mammografia biennale fra i 50 e i 69 anni → riduzione mortalità del 25-30%

Tra i 40 e 50 anni l'efficacia è minore perché la mammografia è meno sensibile (seno denso) e questo porta a un maggior ricorso a procedure diagnostiche invasive, compresa la biopsia chirurgica, con un aumento dei costi sia per la donna che per il sistema sanitario.

Garanzia della doppia lettura

Neoplasia frequente (circa 1/13 donne)
Test di screening accurato
Possibilità di trattamento efficace in fase precoce



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Bergamo Ovest

Mammella

 Regione Lombardia	
DECRETO N. 3711	Del 03/04/2017
Identificativo Atto n. 106 DIREZIONE GENERALE WELFARE	
Oggetto AGGIORNAMENTO FASCE ETÀ TARGET DEI PROGRAMMI DI SCREENING ONCOLOGICI PER LA PREVENZIONE DEL TUMORE DELLA MAMMELLA E DEL COLON RETTO	

+ 50%
chiamate

Screening Mammografico

- A) l'età di riferimento per i programmi di screening mammografico di regione Lombardia è 45-74 anni;
- B) alle donne 45-49 anni l'offerta di screening deve prevedere un intervallo di chiamata annuale;
- C) l'ampliamento della età target potrà avvenire in maniera progressiva definendo che l'offerta dovrà essere ampliata in via preferenziale per l'età 70-74 anni ed in seguito per l'età 45-49 anni;
- D) le ATS dovranno attivarsi rispettando i seguenti requisiti minimi
 - a. entro dicembre 2017 l'ampliamento della chiamata attiva alle donne con età 70-72 anni;
 - b. entro dicembre 2018 l'ampliamento della chiamata attiva alle donne con età 73-74 anni;
 - c. entro dicembre 2018 attivata la possibilità alle donne 45-49 anni di essere inserite su richiesta nei percorsi di screening;
 - d. entro dicembre 2019 l'ampliamento della chiamata attiva alle donne con età 45-49 anni;

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Bergamo Ovest



Mammella

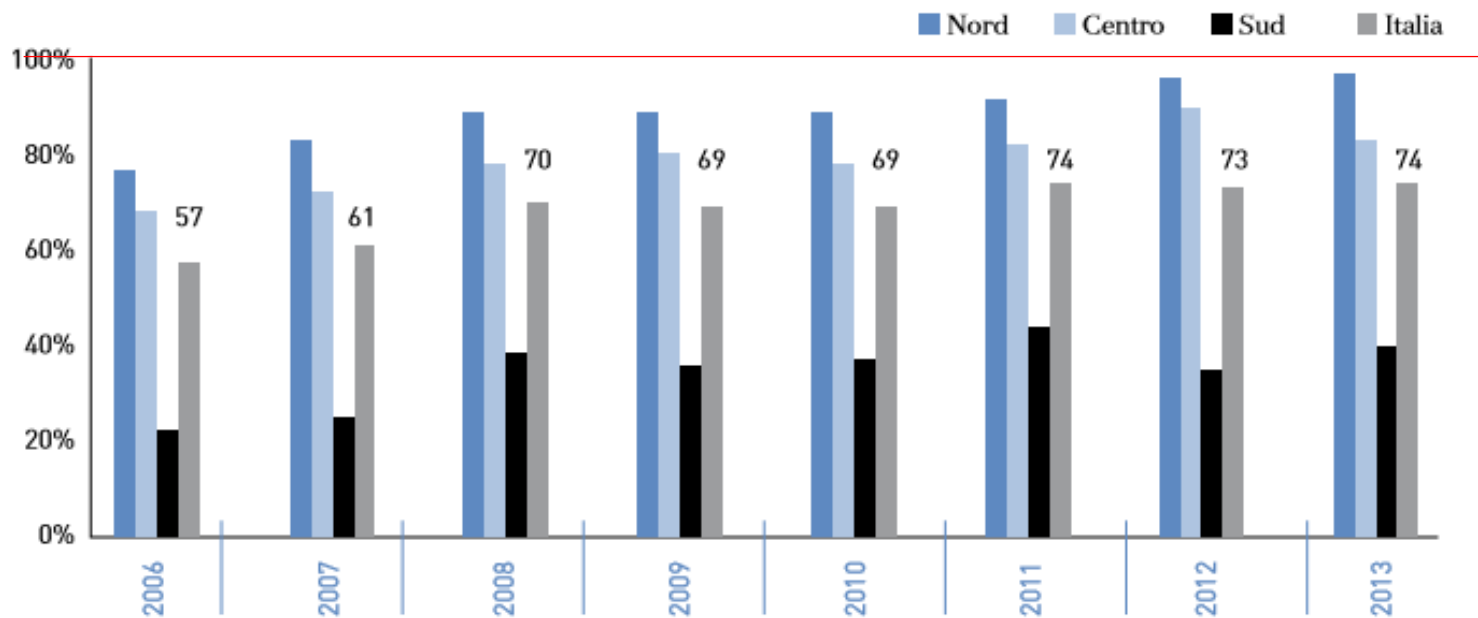


FIGURA 37. Estensione effettiva dello screening mammografico per macroarea geografica e totale 2005-2013. Fonte Survey ONS.



Mammella



	Sud e isole		
	2009-10	2011-12	2013
Numero totale di donne invitate	907.897	997.268	513.513
Numero di donne aderenti all'invito	360.454	409.081	203.908
Adesione all'invito	40%	41%	40%
Numero di donne esaminate nel periodo	301.764	328.444	

	Centro		
	2009-10	2011-12	2013
Numero totale di donne invitate	1.149.184	1.256.350	611.304
Numero di donne aderenti all'invito	627.807	675.101	341.345
Adesione all'invito	55%	54%	56%
Numero di donne esaminate nel periodo	622.455	691.259	

	Nord		
	2009-10	2011-12	2013
Numero totale di donne invitate	2.906.380	3.017.630	1.572.071
Numero di donne aderenti all'invito	1.761.657	1.875.147	990.626
Adesione all'invito	61%	61%	64%
Numero di donne esaminate nel periodo	1.764.351	1.867.091	

TABELLA 36. Indicatori per macroaree: Nord, Centro e Sud Italia



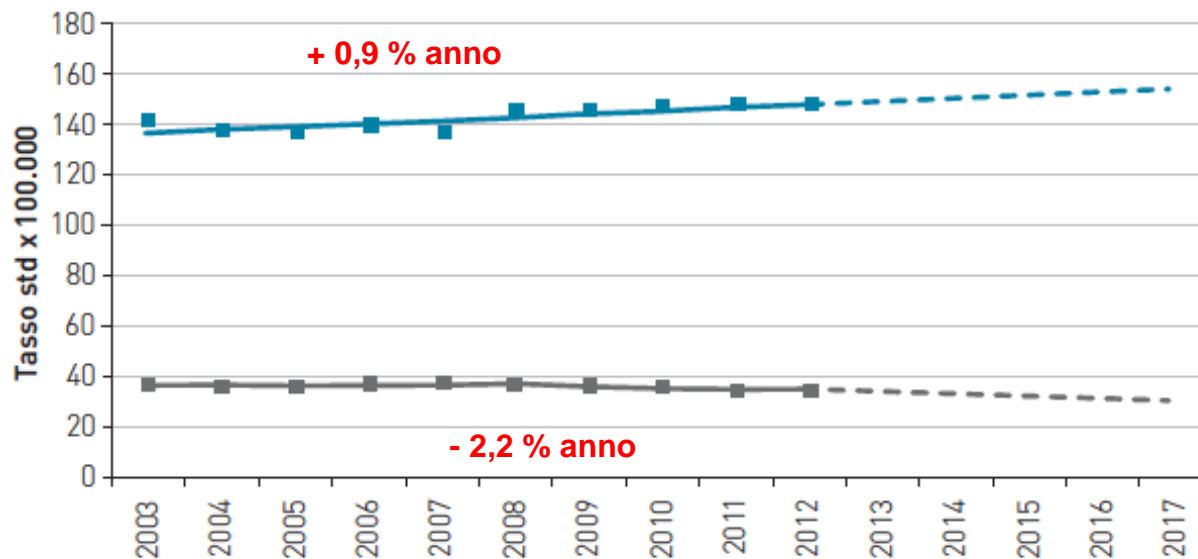
Mammella



	2009-10	2011-12	2013
Adesione grezza all'invito	55,0%	56,0%	57,0%
Percentuale di donne richiamate per approfondimenti	5,8%	5,6%	
Rapporto biopsie benigne/maligne	0,15	0,12	
Tasso di identificazione dei tumori	4,6‰	4,6‰	
Tasso di identificazione dei carcinomi invasivi ≤ 10 mm	1,4‰	1,4‰	
Percentuale di trattamento chirurgico conservativo nei tumori invasivi ≤ 2 cm	78,0%	87%	

TABELLA 34. Indicatori e standard di riferimento

Neoplasia mammaria - Impatto dello screening



■ I-APC: 2003-2017: 0,9[^] (0,4; 1,4)

■ M-APC: 2003-2008: 0,6 [-0,6; 1,9] ; 2008-2017: -2,2[^] [-3,9; -0,5]



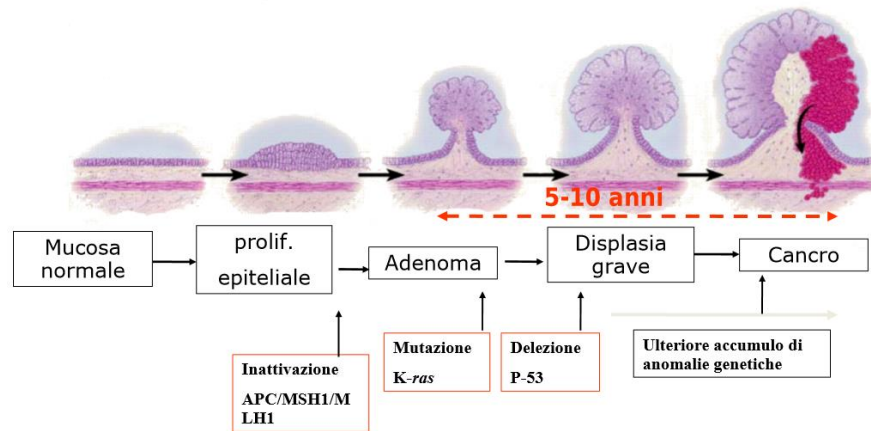
Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Bergamo Ovest

Colon



Il 95% dei CCR si sviluppano da polipi adenomatosi
La cancerizzazione genera ulcerazione → sanguinamento

Numerose agenzie internazionali definiscono la **ricerca del Sangue Occulto fecale (FOBT)** come metodica di screening del TUMORE DEL COLON RETTO che ha raggiunto un ottimo livello di evidenza di efficacia (fra 50-69 anni ogni due anni)

Neoplasia frequente (circa 1/40 F e 1/26 M)
Crescita lenta
Test di screening accurato
Possibilità di trattamento efficace in fase precoce



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Bergamo Ovest

Colon

 Regione Lombardia	
DECRETO N. 3711	Del 03/04/2017
Identificativo Atto n. 106 DIREZIONE GENERALE WELFARE	
Oggetto AGGIORNAMENTO FASCE ETA TARGET DEI PROGRAMMI DI SCREENING ONCOLOGICI PER LA PREVENZIONE DEL TUMORE DELLA MAMMELLA E DEL COLON RETTO	

+ 50%
chiamate

Screening Colonrettale

- A) l'età di riferimento per i programmi di screening colonrettale di regione Lombardia è 50-74 anni;
- B) le ATS dovranno attivarsi rispettando i seguenti requisiti minimi
 - a. entro dicembre 2017 l'ampliamento della chiamata attiva alla popolazione con età 70-72 anni;
 - b. entro dicembre 2018 l'ampliamento della chiamata attiva alla popolazione con età 73-74 anni.

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Bergamo Ovest



Associazione Italiana Oncologia Medica



L'impatto e la diffusione degli screening

Stefania Gori

Presidente Eletto-AIOM

15 settembre 2017- Roma, Ministero della Salute

www.aiom.it

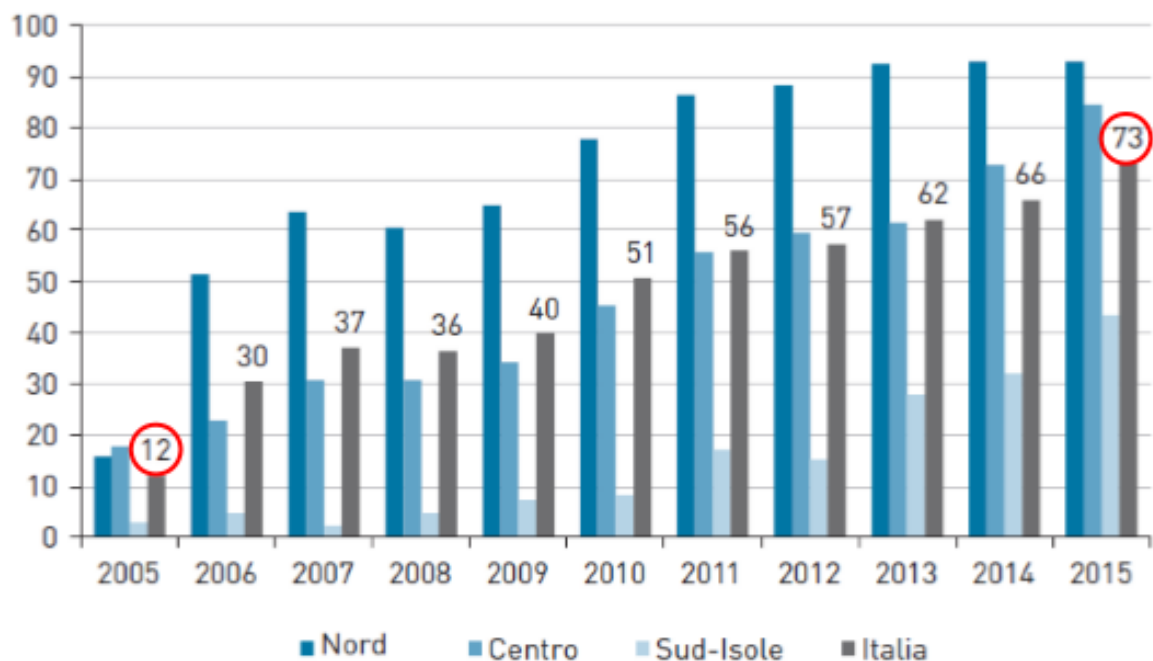
Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Bergamo Ovest

ESTENSIONE dei programmi di screening colon-rettale in Italia



**50-69enni residenti in Italia che hanno ricevuto lettera d'invito
anni 2005→2015**

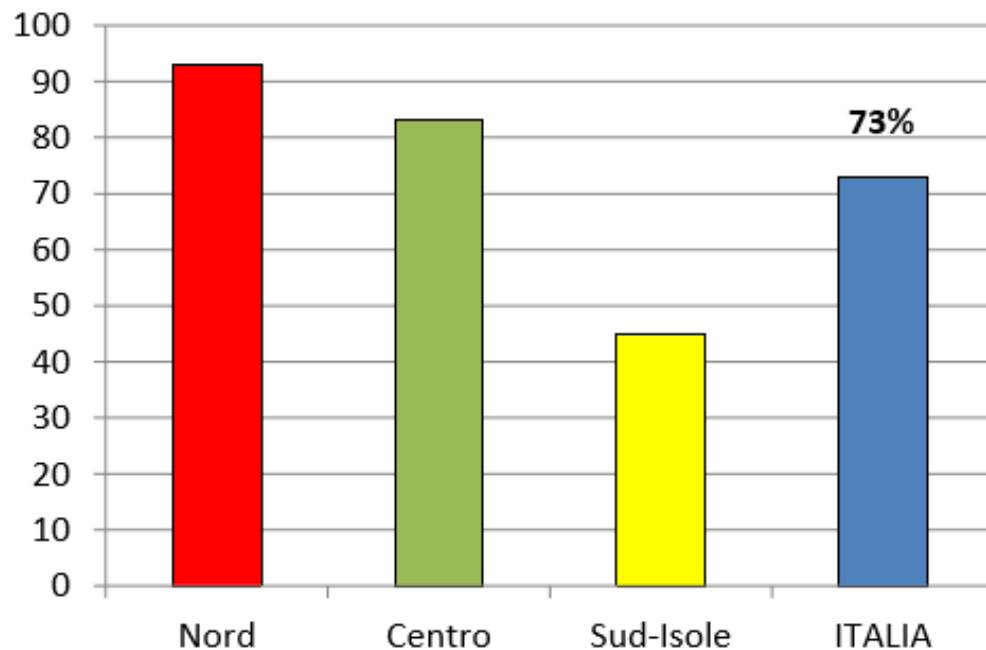


Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia


ASST Bergamo Ovest

Estensione del programma di screening colorettole nel 2015 per area geografica



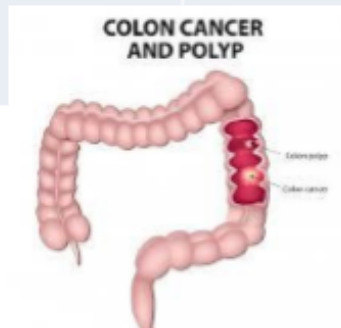
Indicatori di qualità: ADESIONE all'invito

	2014	2015
N. persone invitate	4.850.495	5.426.392
Adesione corretta all'invito		
Italia	44,3%	43%
Nord	-	53%
Centro	-	30%
Sud-Isole	-	25%




Indicatori di qualità: ADESIONE alla colonscopia se SOF+

	2014	2015
N. persone sottoposte a screening	2.159.018	2.206.123
Persone con SOF positivo	5%	5,1%
N. persone richiamate a colonscopia		
Aderenza alla colonscopia:		
ITALIA	80,7%	79,6%
Nord		83,7%
Centro		80,5%
Sud-Isole		64,6%



	2015
N. colonscopie eseguite	92.521
Colonscopie complete (=raggiungimento del cieco)	95,6%
Diagnosi di tumore invasivo o adenoma avanzato	nel 22% delle colonscopie eseguite

Diagnosi di tumore invasivo o adenoma avanzato



Carcinomi: 3.122
Adenomi avanzati: 17.519



Tumori trattati con resezione endoscopica: 13,3%



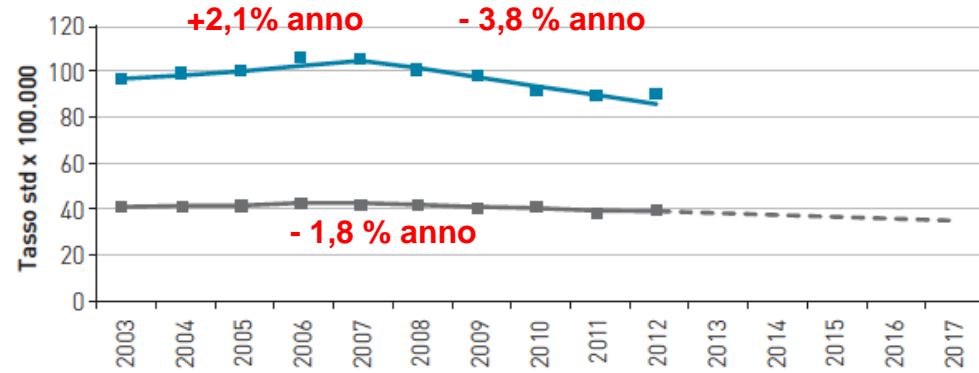
Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

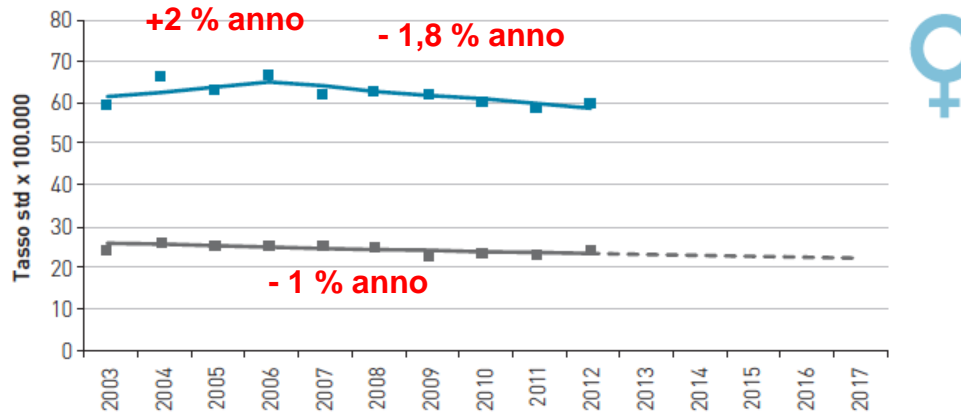
ASST Bergamo Ovest

Neoplasia colica



■ I-APC: 2003-2007: 2,1 (-0,7; 5) ; 2007-2017: -3,8[^] [-5,6; -2]
 ■ M-APC: 2003-2007: 1,1 (-1,4; 3,8) ; 2007-2017: -1,8[^] [-3,4; -0,2]

Impatto dello screening



■ I-APC: 2003-2006: 2 (-3,9; 8,3) ; 2006-2017: -1,8 (-3,7; 0,2)
 ■ M-APC: 2003-2017: -1,0[^] [-1,9; -0,1]



L'impatto dello screening



A- Cambiamento della distribuzione dello stadio alla diagnosi

Stadio I alla diagnosi: 42% nei casi screen-detected vs 16% (Impact Study¹)

B- Impatto sull'incidenza

↑ nei primi anni in relazione all'attivazione dello screening e poi graduale ↓²

C- Impatto sulla mortalità specifica da CCR

Graduale ↓ della mortalità da CCR, come conseguenza sia della ridotta incidenza sia della diagnosi precoce di tumori invasivi³

1. Zorzi M et al, Epidemiol Prev 2015
2. Giorgi Rossi P et al, Am J Gastroenterol 2015
3. Zorzi M et al, Gut 2015



Cosa fare per ↑ l'adesione agli screening?

1- Attuare campagne di sensibilizzazione



2- Attuare azioni di politica sanitaria incisive con:

- maggior controllo dell'implementazione /organizzazione degli screening, dei risultati ed analisi delle problematiche
- maggior disponibilità di risorse (economiche, strutturali, personale)
- maggior collaborazione tra Istituzioni, Società Scientifiche, Associazioni Pazienti





Bergamo, maggio 2017

Grazie per l'attenzione!