

Prevenzione diagnosi precoce come cambia la storia della malattia tumorale in italia

Sergio Fava

Oncologia medica Legnano



After short stay in America, Michelangelo's David statue has been brought back to Europe ...

In Lombardia ...

Persone di 18 anni e più in sovrappeso per genere e classe di età - Anno 2007 (tassi specifici per 100 persone dello stesso genere e età e tassi standardizzati)

	Classi di età				Tasso (a)	Classi di età				Tasso (a)	Classi di età				Tasso (a)
	25-44	45-64	> 65	Tot		25-44	45-64	> 65	Tot		25-44	45-64	> 65	Tot	
	Maschi					Femmine					Totale				
Lombardia	35,0	49,4	47,3	40,6	41,5	12,4	27,3	35,3	22,6	24,0	24,0	38,2	40,3	31,3	32,5
Nord	34,7	50,7	48,9	41,4	42,0	13,7	29,9	37,5	25,0	25,7	24,4	40,2	42,3	32,9	33,6
ITALIA	39,4	52,5	51,7	44,3	44,7	16,9	33,4	40,7	27,6	28,1	28,2	42,8	45,3	35,6	36,2

Persone di 18 anni e più obese per genere e classe di età - Anno 2007 (tassi specifici per 100 persone dello stesso genere e età e tassi standardizzati)

	Classi di età				Tasso (a)	Classi di età				Tasso (a)	Classi di età				Tasso (a)
	25-44	45-64	> 65	Tot		25-44	45-64	> 65	Tot		25-44	45-64	> 65	Tot	
	Maschi					Femmine					Totale				
Lombardia	8,6	13,2	12,5	10,3	10,6	6,2	10,8	9,0	7,9	7,5	7,4	12,0	10,4	9,0	9,0
Nord	7,7	13,6	12,8	10,3	10,8	5,0	11,6	11,1	8,5	8,2	6,4	12,6	11,8	9,3	9,5
ITALIA	8,1	14,4	12,9	10,6	11,1	4,9	12,6	13,4	9,2	9,4	6,5	13,5	13,2	9,9	10,3

Persone di 3 anni e più che praticano sport, qualche attività fisica e persone non praticanti per regione - Anno 2007 (per 100 persone di 3 anni e più della stessa zona)

	Praticano sport in modo continuativo	Praticano sport in modo saltuario	Praticano solo qualche attività fisica	Non praticano sport né attività fisica	Non indicato	Totale
Lombardia	25,1	10,2	31,3	32,7	0,8	100,0
Nord-ovest	24,0	10,9	31,4	33,0	0,6	100,0
Nord-est	25,0	12,0	35,6	26,9	0,5	100,0
Italia	20,6	9,6	29,6	39,5	0,7	100,0

Fonte: Istat, 2009, *La vita quotidiana nel 2007*, Istat, Roma

Fumatori di 15 anni e più per genere e classe di età - Anno 2007

(tassi specifici per 100 persone dello stesso genere e età)

	Maschi							Femmine						
	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	>65	Totale	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	>65	Totale
Lombardia	24,2	39,8	32,3	31,6	17,4	13,7	26,8	17,7	23,8	21	23,8	18,4	6,9	17,6
Nord	26,4	36,4	30,5	29,8	21,5	12,9	26	18	23,8	20,6	24,1	18,8	7,1	17,5
Centro	25,2	36,9	40	36,2	25,9	16,5	30,1	18,3	21	23,8	23,2	18,1	8,5	17,8
Mezzogiorno	24,9	40,8	38,3	38,5	28,9	15,8	31,2	12,7	20,6	20,7	21,8	14,7	3,1	14,9
ITALIA	25,5	38	35	34	24,8	14,6	28,6	15,7	22,1	21,3	23,1	17,4	6,2	16,6

Fonte: Istat (2008), Indagine Multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari", Anni 2004-2005, Istat, Roma

✓ Necessità di agire per promuovere stili di vita ed ambienti favorevoli alla salute

*“Lo stile di vita (...) è determinato dalla interconnessione tra caratteristiche individuali, interazioni sociali e condizioni socioeconomiche e ambientali”
(OMS)*



IN CONCLUSIONE



Principali parametri che rispecchiano gli stili di vita (alimentazione, attività fisica, abitudine al fumo) evidenziano per i cittadini lombardi:

- .livelli di obesità-sovrappeso di poco inferiori a quelli nazionali**
- .allattamento al seno non ancora in linea con le raccomandazioni internazionali OMS – Unicef**
- .abitudine diffusa alla pratica sportiva e all'attività fisica;**
- .tendenza complessiva alla riduzione del fumo, ma non tra le donne;**

TABACCO e Cancro

una guerra su tutti i fronti

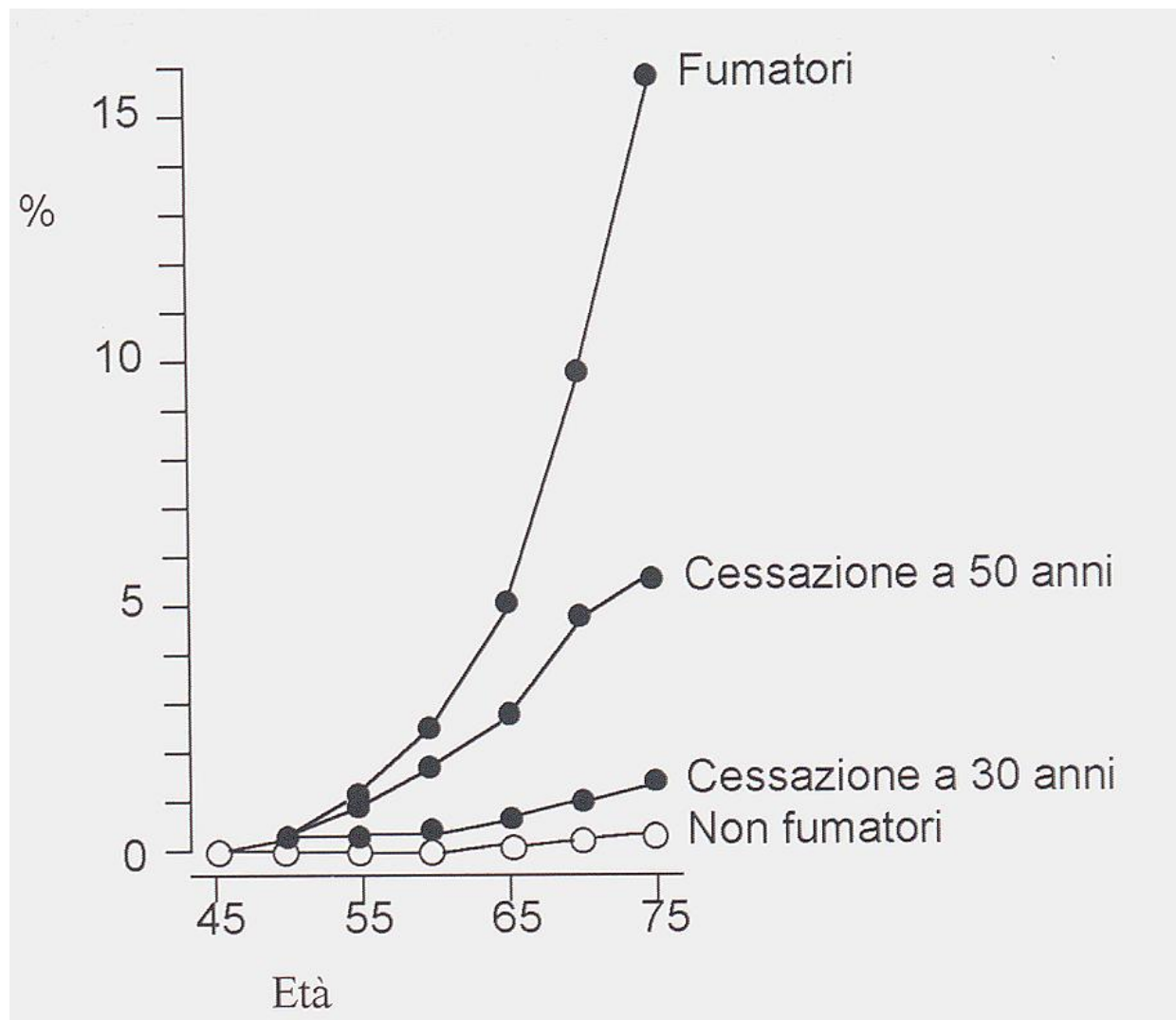
- **POLMONE, CAVITA' ORALE, FARINGE, LARINGE, ESOFAGO, PANCREAS, VESCICA, PELVI RENALE**
- **...il fumo è responsabile del 35% di tutti i tumori, soprattutto di quello polmonare (nell'85% dei casi) che è causa del 29% dei decessi per tumore negli uomini e del 6% nelle donne...**

TABACCO e Cancro

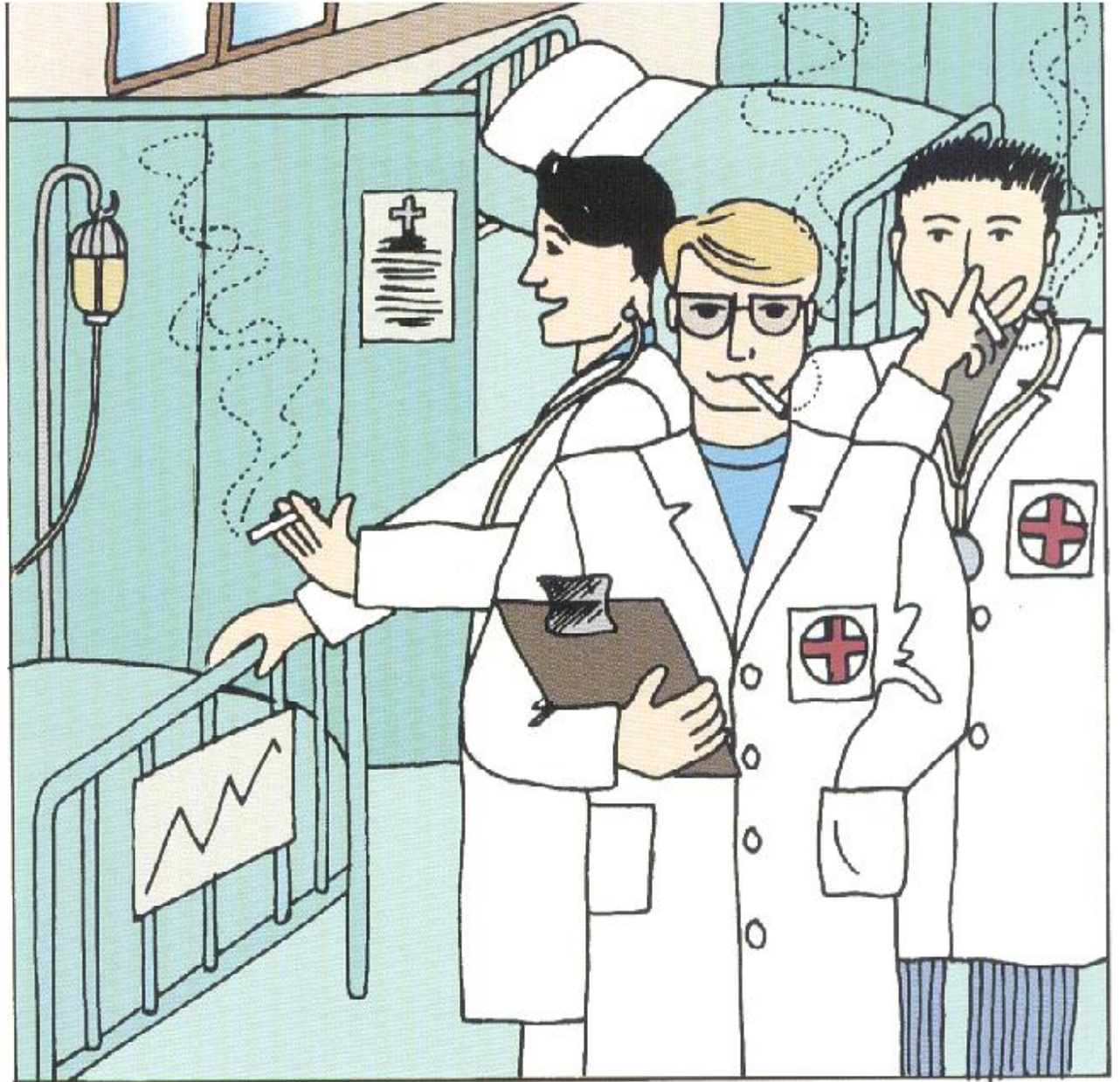
una guerra su tutti i fronti

- Una indagine italiana condotta agli inizi anni 90 ha dimostrato che il **37%** degli uomini ed il **17%** delle donne di età **> a 15** anni fumava abitualmente, mentre il **14%** si dichiarava ex fumatore
 - a 11 anni 4% fumatori
 - a 13 anni il 14% fumatori
 - FUMATORI tra 11 e 15 anni al centro Italia il 12%

Smettere fa bene.... sempre



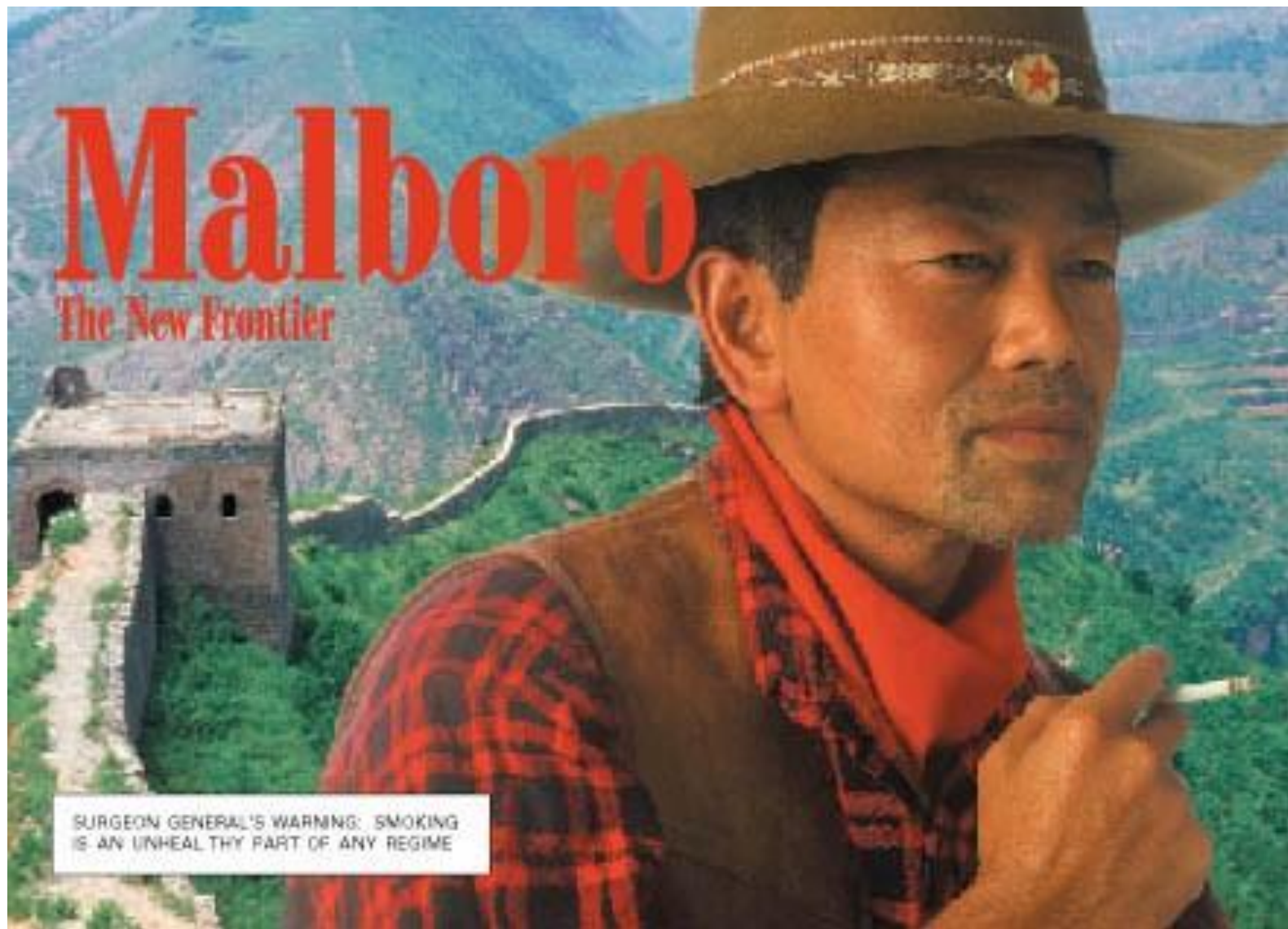
Mortalità per cancro del polmone in rapporto all'età in cui si smette di fumare



Malboro


The New Frontier

SURGEON GENERAL'S WARNING: SMOKING IS AN UNHEALTHY PART OF ANY REGIME



800-998877 chiamata gratuita




LEGA ITALIANA
PER LA LOTTA
CONTRO I TUMORI


Mille ore per la vita

Il servizio è attivo: lun. e giov. 10.30-20.00
mart., merc. e ven. 10.30-14.30
Potrete parlare con: Medici, Psicologi,
Giuristi, Biostatistici



CENTRO ANTIFUMO - LEGNANO
CENTRO ANTIFUMO - LEGNANO

Via Matteotti, 3/a

***Percorsi personalizzati
per smettere di fumare***



TELEFONARE AL NUMERO 0331-450080
dal Lunedì al Venerdì dalle ore 15.00 alle ore 17.00

**LILT legnano
Centro antifumo**

0331 450080

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 una organizzazione centrale che chiama la popolazione sana ed asintomatica ad un controllo specifico.
- 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.
- **Obiettivi dello screening**
- **RIDUZIONE della MORTALITA' o GUARIGIONE**
- **MIGLIORAMENTO della QUALITA' della VITA**

RAZIONALE

- **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 dovrebbe essere efficace,accettabile ed a bassa morbilità,**
- **Dovrebbero essere disponibili risorse economiche e Servizi Sanitari,**
- **Dovrebbero essere note le implicazioni di tipo economico**

EFFETTI POSITIVI

- **Miglioramento della prognosi**
- **Trattamenti meno radicali**
- **Rassicurazione per i soggetti con test negativi**
- **Risparmio di risorse in casi di trattamenti meno radicali**

EFFETTI NEGATIVI

- **Conseguenze economiche per i Falsi Positivi, necessità di ulteriori test talora anche invasivi**
- **Conseguenze psicologiche dei Falsi Positivi**
- **Potenziale sovrastima della diagnosi**
- **Fenomeni di Etichettamento**

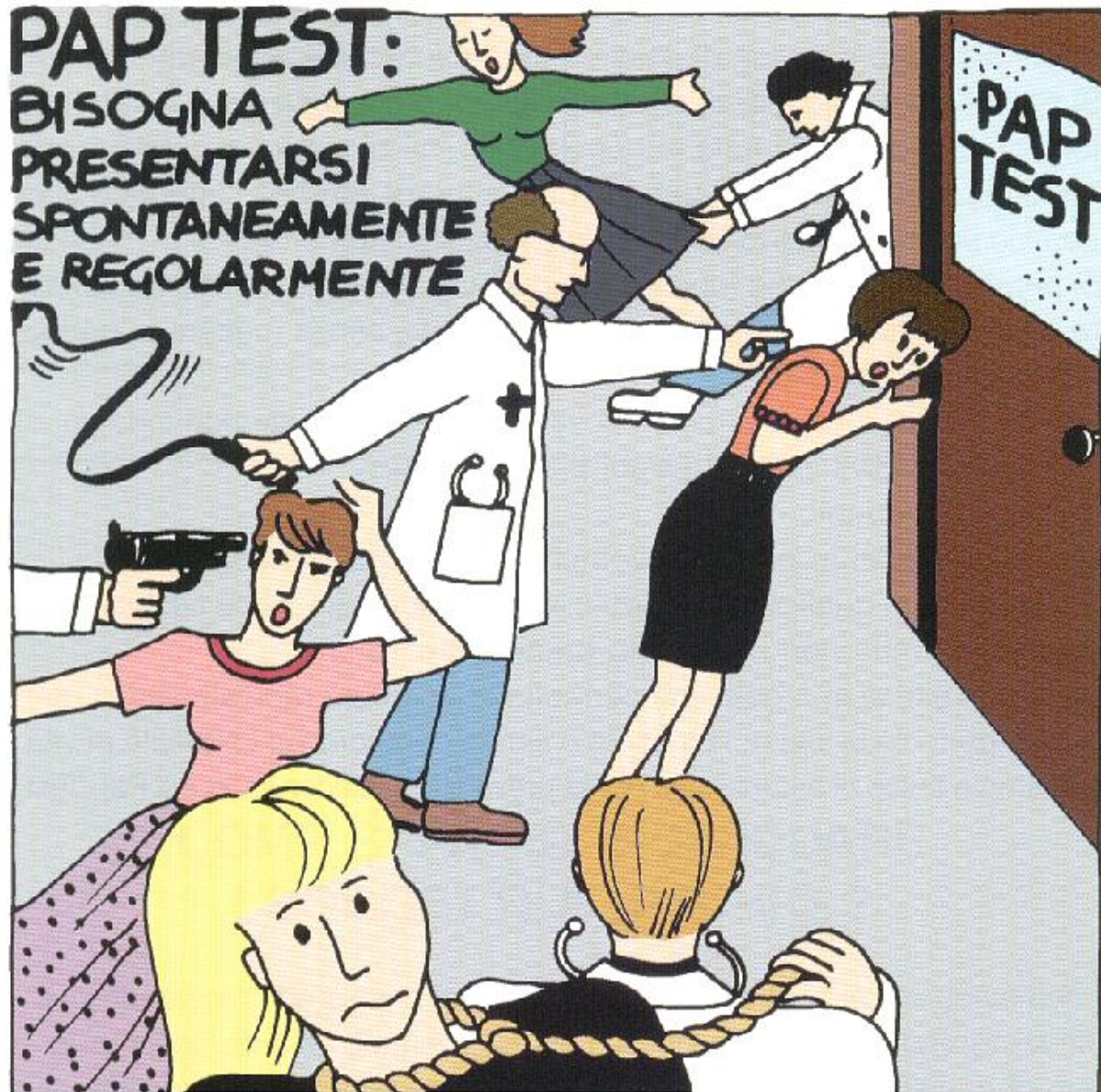
ETICITA'

- L'efficacia è un **prerequisito** necessario perché lo screening sia etico,
- E' necessaria l'informazione circa entrambi gli aspetti, positivo e negativo di un programma di screening: quindi la decisione di partecipare ad un programma di screening o di ricerca deve essere presa liberamente
- Un'equità individuale tra costo economico e sociale e il rispetto per il diritto e la libertà dello individuo sono fattori necessari
- Il diritto all' " integrità " , per esempio il risultato del test non sarà comunicato a quelli che non vorranno essere informati.

APPLICABILITA'

- **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 dovrebbe essere efficace, accettabile ed a bassa morbilità,**
- **Dovrebbero essere disponibili risorse economiche e Servizi Sanitari,**
- **Dovrebbero essere note le implicazioni di tipo economico**

**PAP TEST:
BISOGNA
PRESENTARSI
SPONTANEAMENTE
E REGOLARMENTE**



ADESIONE

- **La partecipazione della popolazione bersaglio 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 più che intervalli maggiori tra due test, è opportuno focalizzare l'attenzione su chi non ha mai eseguito in passato il test.**
- **In USA nel 1998**
 - adesione del 80% per il pap test (1950)**
 - adesione del 60% per la mammografia (1970)**
 - adesione del 33% per lo scree. coloretale (1997)**

Adeguata Evidenza di EFFICACIA

- **CARCINOMA MAMMARIO** 27.000 nuovi casi/anno –
- 27% tumori femminili probabilità di ammalarsi 1 su 13 (6,3%)
- **CARCINOMA CERVICIE UTERINA** 3.700 Nuovi casi/anno
- 3,6% tumori femminili probabilità di ammalarsi 1 su 100

Evidenza di EFFICACIA

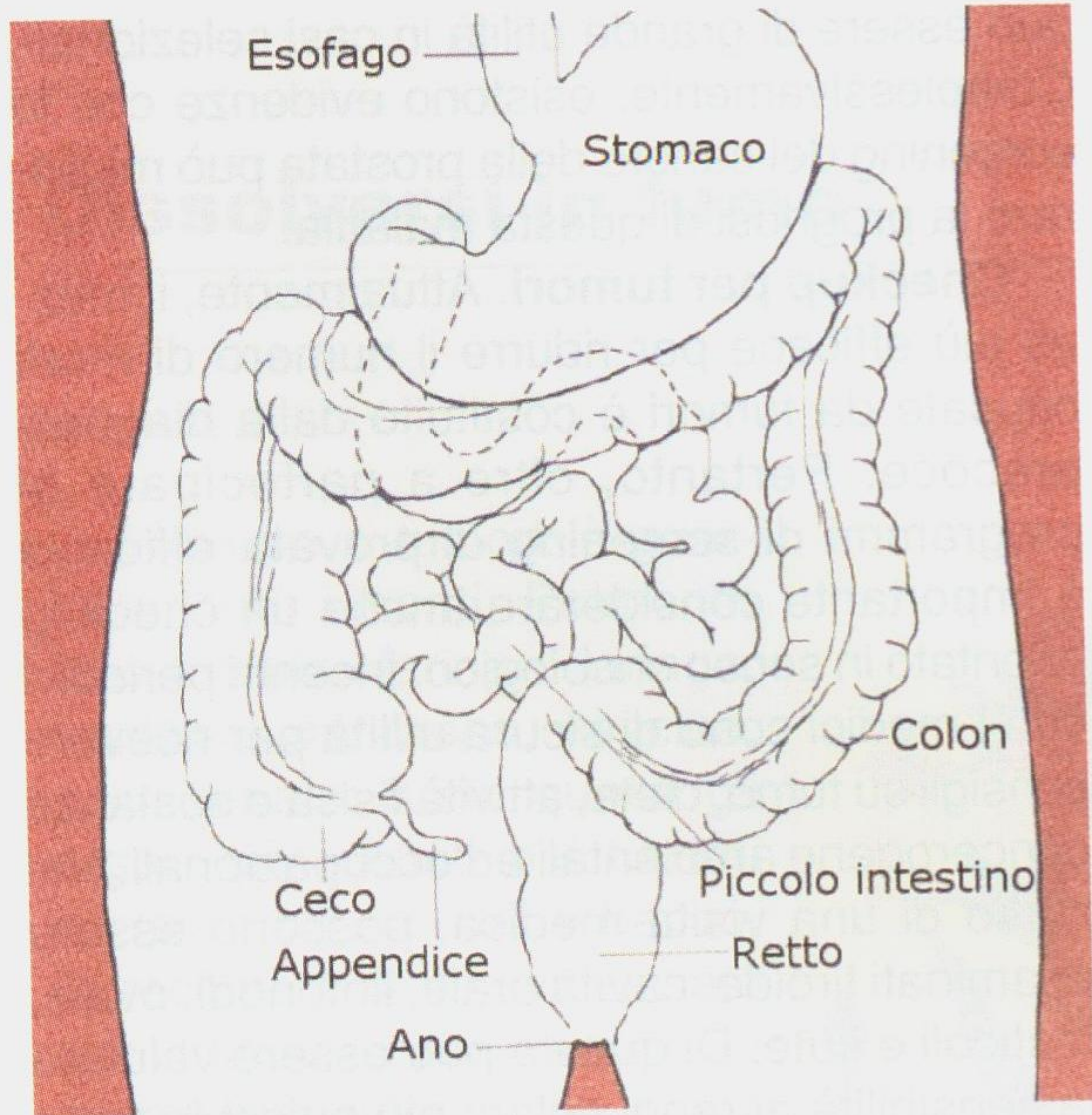
- **CARCINOMA COLORETTALE** 28.000 nuovi casi/anno
- Rapporto m/f 1: 2 Probabilità di ammalarsi 1 su 40 F - 1 su 26
M

Screening della cervice uterina

- La mortalità per tumore della cervice uterina è diminuita di oltre il 40% negli ultimi 40 anni, passando da 14 casi ogni 100.000 donne nel 1955 ad 8 casi nel 1985.
- 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.
- obiettivo raggiungere la copertura dell'85% della popolazione femminile tra i 25 e 64 anni eseguendo un Pap-test ogni 3 anni in presenza di negatività

Screening Mammografico

- I risultati delle meta analisi forniscono una chiara evidenza a favore dello screening nelle donne tra i 50 e 69 anni con una riduzione della mortalità del 25-30%, meno certa è l'utilità nella fascia di età compresa fra i 40 e 49 anni.
- Rimangono non ancora risolte importanti questioni : l'indicazione e la modificazione del programma di screening in funzione del rischio individuale (RMN?), se la menopausa e non l'età dovrebbe essere il criterio che indica l'epoca di inizio dello screening.





*Autopalpazione e mammografia consentono una diagnosi precoce
-Diagnosi precoce significa non solo guarigione ma anche conservare il proprio seno*

Screening Colorettale

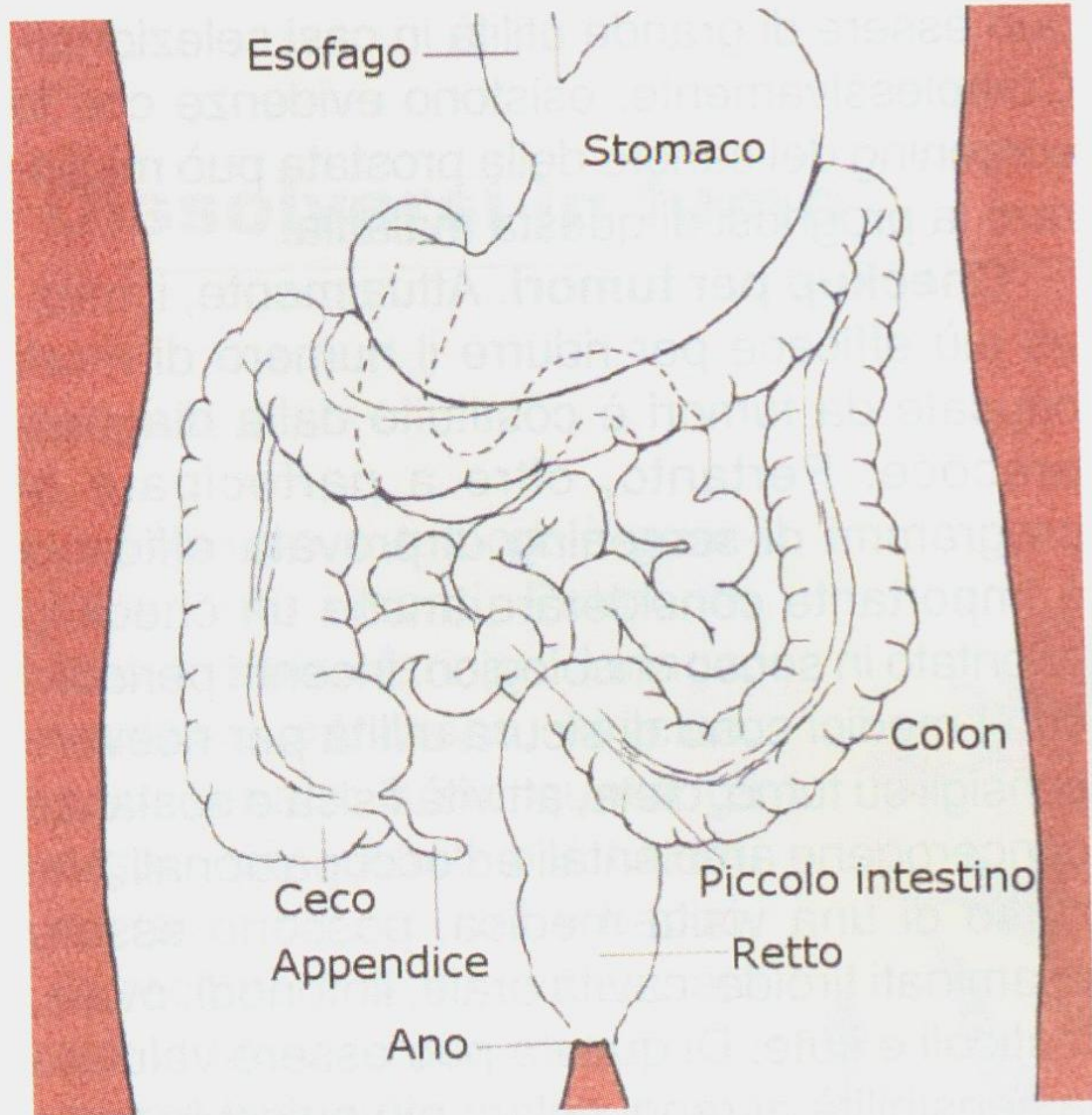
- **Metodi efficaci per lo screening del cancro coloretale includono la ricerca del sangue occulto nelle feci e la rettocolonscopia. Non vi è una evidenza sufficiente per determinare quale di questi due metodi sia più efficace o se la combinazione di entrambi sia più efficace di uno dei due test da solo. Vi è una buona evidenza scientifica per suggerire la ricerca del sangue occulto nelle feci con frequenza annuale a partire dai 50 anni (40 per i soggetti con storia familiare)**
- **Non esiste evidenza scientifica adeguata per suggerire con quale frequenza debba essere praticato lo screening endoscopico**

Screening Colorettale

- **Nei soggetti a rischio lo screening dovrebbe essere iniziato più precocemente ed effettuato più frequentemente**
- **Le famiglie ad altissimo rischio, individuabili attraverso specifici esami genetici, devono essere sottoposte a controlli colonscopici ravvicinati**

Colonscopia

- **Sensibilità e specificità elevate**
- **Esame unico per diagnosi e terapia**
- **Previene > 80% delle neoplasie**
- **Riduce l'incidenza del CCR nel 77% in pazienti con polipi adenomatosi**



Ethical issues in genetic screening for cancer - 1997

- **Lo screening genetico presenta degli indubbi vantaggi di tipo economico su altre modalita' di screening.**

Esistono tuttavia delle riserve e "conflitti" di tipo etico:

- **il diritto a non sapere**
- **incertezza sulla terapia conseguente**
- **incertezza sull'effettivo beneficio in termini di risparmio di vite.**

CONCLUSIONI

- Anche se i tumori sono molto frequenti non e' obbligatorio ammalare di cancro e possiamo far molto per ridurre l'incidenza con la prevenzione.
- Quando ci si ammala di tumore si puo' guarire se la diagnosi e' precoce.

Prevenzione e diagnosi precoce sono possibili se vi e' un'adeguata opera di educazione e di sensibilizzazione della popolazione.

Programma di screening mammografico, attivo dal 2000 nelle 15 ASL rivolto a circa 1.200.000 donne tra i 50 ed i 69 anni – mammografia bilaterale biennale

Programma di screening del CCR, attivo dal 2005 nelle 15 ASL, rivolto a circa 2.400.000 persone tra i 50 ed i 69 anni - SOF biennale

Prevenzione del ca della cervice uterina: programmi organizzati in 6/15 ASL; accesso spontaneo nelle restanti;

- indicazioni per estendere al sistema elementi di qualità propri dei programmi (razionalizzazione centri di lettura);
- individuare modalità innovative per intercettare la quota della popolazione non rispondente;
- Sguardo sulle innovazioni tecnologiche (vaccino – DNA pap come test primario), in considerazione della rilevanza del problema

Investimento

Medio/ lungo termine su mortalità ed incidenza

breve termine sul singolo individuo

“Programma”di screening oncologico

1. **azione di popolazione:** chiamata attiva, periodica, test di primo livello, x diagnosi precoce; modifica mortalità e incidenza
2. **processo multidisciplinare e interaziendale** – presa in carico del soggetto dentro un PDT controllato

Ridisegna il profilo di assistenza per quella patologia

Precondizioni x l'avvio

1. Rilevanza: patologia che coinvolge molte persone
2. Test di screening accettabile, affidabile e sostenibile
3. Significativi guadagni in termini prognostici, anticipando la diagnosi di lesioni precancerose o stadi precoci di malattia, il cui trattamento comporta vantaggi rispetto ad un trattamento tardivo
4. rete dei servizi è in grado di offrire un percorso diagnostico terapeutico di qualità

ASL Milano 1 : L'organizzazione

	Mammella	Colon retto
Target	120.000 donne 50 – 69 anni (RL 1.232.000)	234.000 persone 50-69 aa (RL 2.400.000)
Test di screening	Mammografia bilaterale in doppia proiezione con lettura in doppio ceco	RSO cut-off 100 ng/ml, cadenza biennale, campione unico
Invito / esito negativo / sollecito	Lettera; consegna diretta	Lettera
Comunicazione esito positivo	Telefonica (radiologie)	Telefonica (Centro screening – endoscopie)
Distribuzione kit/ analisi test		Farmacie(circa 250) ; LSP Parabiago
effettuazione mammografia (10)	Clinica San Carlo, Bollate, Garbagnate, Rho, Cuggiono, Legnano, Magenta, Corsico, Abbiategrasso, Casa di Cura Ambrosiana	
approfondimento colonretto (9) (Endoscopie e chirurgie)		Clinica San Carlo, Bollate, Garbagnate, Rho Cuggiono, Legnano, Magenta, Abbiategrasso, Casa di Cura Ambrosiana
Sistema informativo	Centro screening :Software dedicato a record individuali, web based	
Valutazione	Centro screening- Registro Tumori	

Regione Lombardia screening mammografico 2007 - 2010

Indicatori 2007-2010	2007	2008	2009	2010
target (biennale)	1.217.582	1.227.123	1.249.808	1.250.038
Invitati	548.936	590.238	525.381	552.512
Rispondenti	297.793	316.965	300.915	306.862
Estensione %	88,8	101	95	92
Adesione corretta %	62,0	64,5	67	68
N° positivi	14.554	16.525	16.605	17.970
Tasso di approfondimento %	4,9	5,2	5,5	5,8
Totale cancri identificati	1.348	1286	1.349	1.374
Tot in situ	120	149	202	204
% in situ (sui classificati)	8,9	11,6	15,8	15,7
Tot <10 mm	310	350	365	411
% <10 mm (sui classificati)	22,9	27,2	28,5	31,6
Tot <20 mm	nd	837	842	873
% <20mm (sui classificati)	nd	65,1	62,4	66,9
VPP	9,2	7,8	8,1	7,6
Detection rate totale ‰	4,5	3,95	4,48	4,46
Detection rate totale <10 mm ‰	1,04	1,07	1,21	1,33

Regione Lombardia Screening CCR 2005-2010

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
popolazione target	2.481.117	2.481.117	2.481.117	2.412.047	2.434.012	2.423.635
Invitati	135.643	770.056	1.272.356	1.162.511	1.121.163	1.098.011
Rispondenti	38.057	265.995	514.575	453.915	511.635	503.838
Esclusi post invito	5.788	32.357	58.689	94.341	26.315	17.158
estensione (%)	11	62	102,6	96,4	93,8	91,2
adesione grezza (%)	28,1	34,5	40,4	40,0	47,0	46,3
adesione corretta (%)	29,3	36,1	42,4	42,5	48,1	47,0
N° positivi	2.069	14.593	28.165	25.065	24.534	25.557
Coloscopie	1.648	12.293	22.161	20.683	20.857	20.240
Coloscopie complete	1.425	9.911	20.081	18.699	19.230	18.941
tasso di approfondimento (%)	5,4	5,5	5,5	5,5	4,7	5,1
compliance colonscopia (%)	79,7	84,2	78,7	82,5	85,0	79,2
coloscopie complete (%)	86,5	80,6	90,6	89,9	92,2	93,6
N° cancro*	106	721	1.348	994	765	739
N° adenoma cancerizzato	24	101	254	192	206	247
N° con adenoma HR*	400	3.369	5.881	5.685	4.485	4023
N° con adenoma LR	312	1.689	4.201	3.853	4.125	3823
VPP carcinomi (%)	6,4	5,9	6,7	4,8	3,7	3,7
tasso identificazione carcinomi *1000	2,79	2,71	2,62	2,23	1,48	1,47
VPP adenoma alto rischio (%)	24,3	27,4	26,5	27,5	24,3	19,9
tasso ident. adenomi alto rischio *1000	10,5	12,7	11,4	12,7	8,7	8,0
VPP adenomi basso rischio (%)	18,9	13,7	19	18,9	19,8	18,9

* inclusi adenomi cancerizzati; tumori in situ e carcinomi intramucosi sono inclusi tra gli adenomi avanzati

SOLE e Cancro

Evitare l'eccessiva e ripetuta esposizione al sole ed evitare le scottature, soprattutto durante l'infanzia, che potrebbero aumentare il rischio di sviluppare un tumore della pelle da adulti. Evitare di esporsi al sole nelle ore più calde della giornata (dalle 11 alle 16). Per i bambini, in particolare, usare quale protezione occhiali da sole, cappellini e magliette dai colori chiari. Utilizzare creme protettive con filtro solare ad ampio spettro e con un alto fattore di protezione nei confronti dei raggi ultravioletti (UVA e UVB).

SOLE e Cancro

E' opportuno controllare periodicamente i propri nei, prestando attenzione ai segnali d'allarme; consultare un medico di fiducia e/o un dermatologo: se si hanno più di cento nei; se un neo cambia forma, dimensione, colore o se si mette stranamente a sanguinare; se si nota un neo irregolare per forma e per colore, maggiore di sei millimetri di diametro o se un neo è insorto improvvisamente in età adulta; se si sono presentati in famiglia casi di melanoma.

**Impariamo a
PREVENIRE**

GRAZIE