

INTRODUZIONE

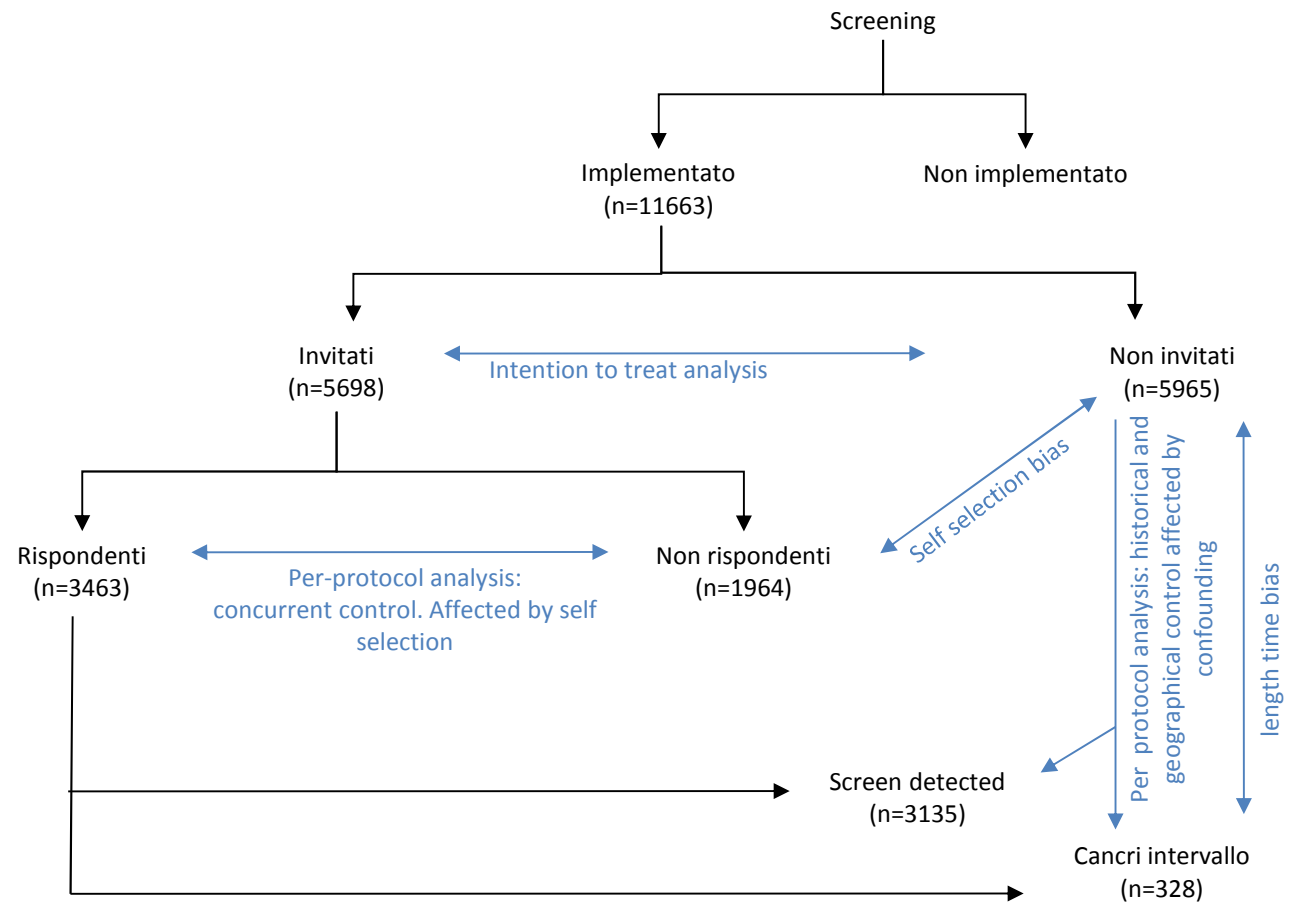
- L'aumento della sopravvivenza in Italia dal 51% del 1990-1992 al 64% nel 2005-2007 è plausibilmente associato a una distribuzione più favorevole di stadio alla diagnosi, grazie alla diffusione dei programmi di screening. Nonostante lo screening sia un Livello Essenziale di Assistenza, in Italia vi sono ancora aree geografiche dove non è attivo.

OBIETTIVO

- Valutare l'impatto dello screening sulla distribuzione per stadio della casistica "studio IMPATTO" confrontando le proporzioni degli stadi alla diagnosi in base alla storia di screening individuale: invitati, non invitati, rispondenti, non rispondenti
- Stimare, sulla base dei risultati ottenuti, l'impatto dello screening sull'incidenza per stadio sulla popolazione generale

METODI

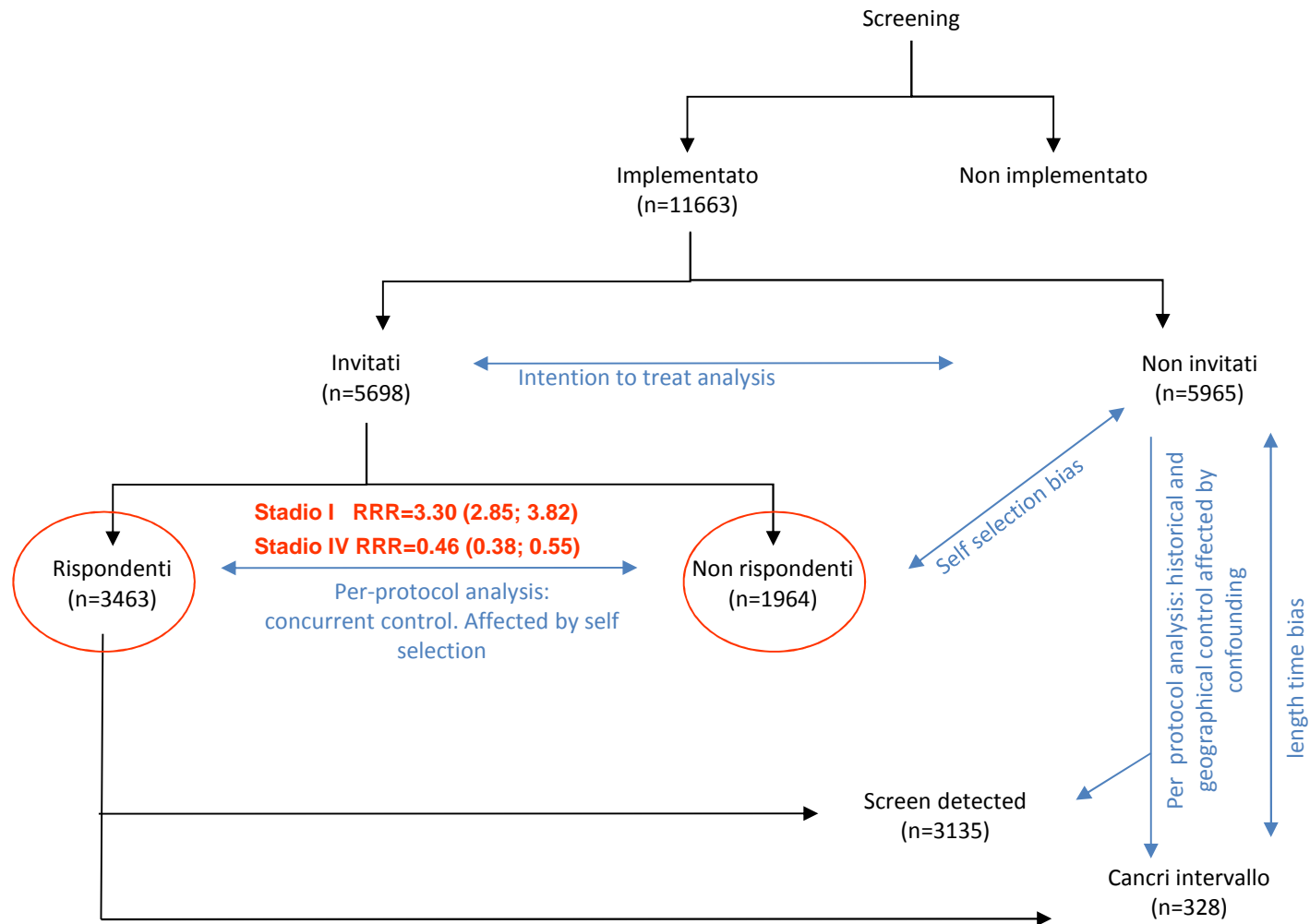
➤ Dal database "studio IMPATTO" sono stati estratti 11663 casi di cancro del colon-retto (CCR) incidenti tra il 2000 e il 2008, in soggetti di età compresa tra 50-72 anni nelle popolazioni delle aree coperte da screening biennale con test per il sangue occulto: Sondrio, Biella, Milano, Veneto, Emilia Romagna, Umbria, Firenze.



METODI

- sono stati calcolati i Relative Risk Ratio (RRR) attraverso i modelli logistici multinomiali, aggiustati per età, sesso, area geografica e anno di incidenza, per confrontare stadio I vs. II+III e stadio IV vs II+III
- è stata fatta un'analisi proporzionale per valutare l'impatto dello screening sull'incidenza per stadio sulla popolazione generale

RISULTATI



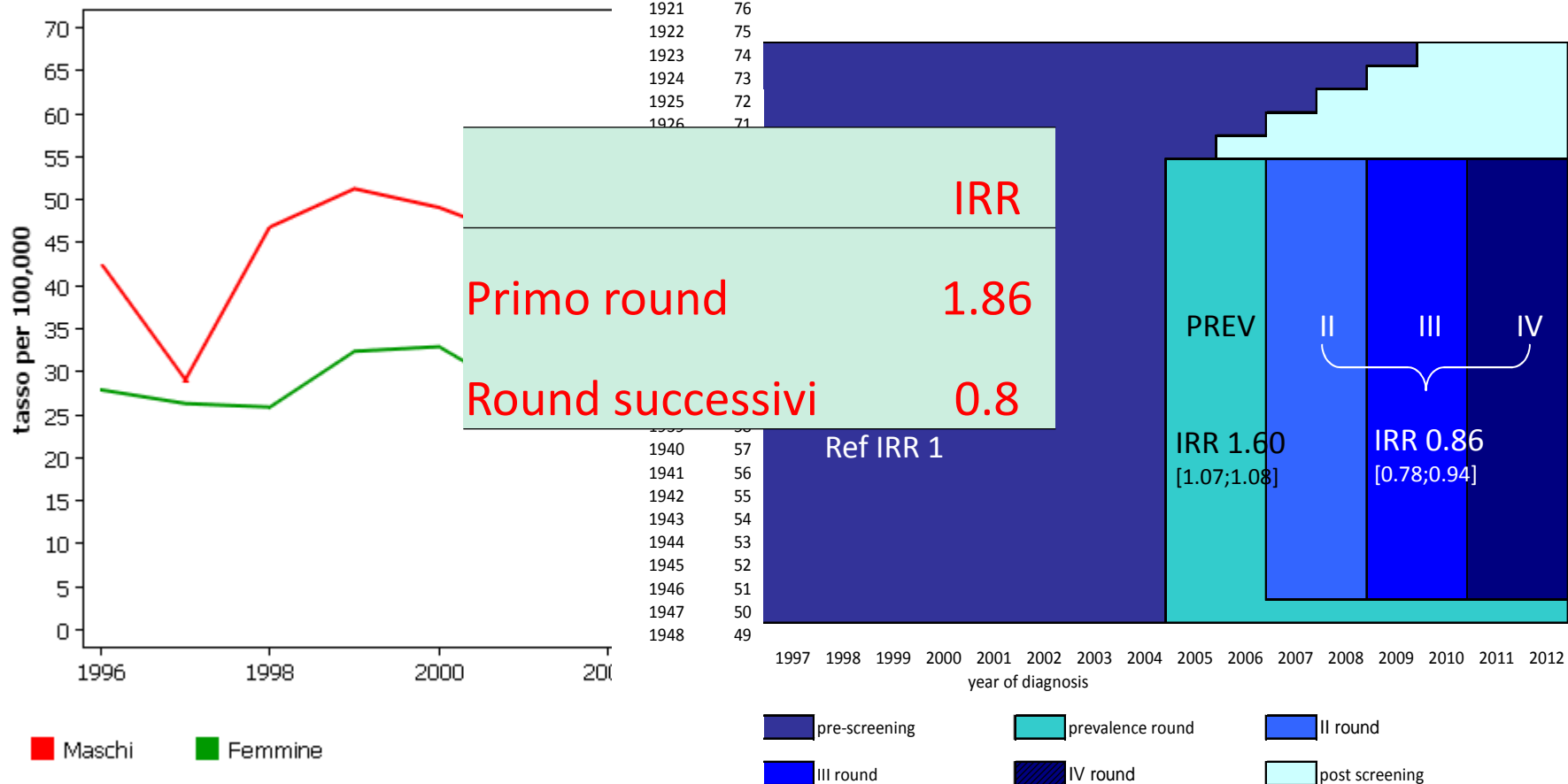
RRR = calcolati usando modelli logistici multinomiali aggiustati per età, sesso, area geografica e anno di incidenza

RISULTATI

Reggio Emilia
 Colon, retto e ano
 Incidenza: TSE (Europea) età (0-74)

year of birth	age
1915	82
1916	81
1917	80
1918	79
1919	78
1920	77
1921	76
1922	75
1923	74
1924	73
1925	72
1926	71
1927	70
1928	69
1929	68
1930	67
1931	66
1932	65
1933	64
1934	63
1935	62
1936	61
1937	60
1938	59
1939	58
1940	57
1941	56
1942	55
1943	54
1944	53
1945	52
1946	51
1947	50
1948	49

Adesione: 65%



AIRTUM, Associazione Italiana dei Registri Tumori (6.10.2016)

Giorgi Rossi P, Vicentini M, Sacchetti C, et al. Impact of Screening Program on Incidence of Colorectal Cancer: A Cohort Study in Italy. Am J Gastroenterol. 2015 Sep;110(9):1359-66.

RISULTATI

Analisi proporzionale per stadio

	Stadio I	Stadio II+III	Stadio IV
Non invitati	0.19	0.60	0.21
Primo round (rispondenti)	0.47	0.45	0.08
Round successivi (rispondenti)	0.33	0.60	0.07

X

Incidenza totale

Non invitati	1
Primo round PP (rispondenti)	1.86
Round successivi PP (rispondenti)	0.8

=

Incidenza relativa per stadio

	Stadio I	Stadio II+III	Stadio IV
Non invitati	1	1	1
Primo round (rispondenti)	4.55	1.38	0.75
Round successivi (rispondenti)	1.38	0.80	0.27

RR sono stimati sulla base degli IRR di popolazione e adesione osservati in uno studio di Reggio Emilia

CONCLUSIONI

- I soggetti invitati presentano rispetto ai non invitati uno stadio più precoce alla diagnosi ed una diminuzione dello stadio IV. L'effetto diventa maggiormente evidente nel confronto rispondenti vs. non rispondenti, che equivale a un'analisi per-protocol
- La stima sulla popolazione mostra che già al primo round (round di prevalenza) gli stadi IV diminuiscono e aumentano gli stadi I. Nei round successivi l'incidenza di stadi IV diminuisce ulteriormente, anche quella degli stadi II e III arriva a livelli d'incidenza più bassi, mentre gli stadi I rimangono superiori rispetto ai non invitati

CONCLUSIONI

Limiti e punti di forza:

- Il confronto invitati vs. non ancora invitati equivale a un'analisi intention to-screen in un trial, infatti l'ordine temporale in cui lo screening è stato attivato nelle diverse aree è stato casuale; inoltre questa stima non è affetta da self selection bias
- Le popolazioni invitate e non invitate differiscono per luoghi e tempi
- È stato possibile quantificare ed escludere un effetto del self selection bias, il che rende affidabili anche confronti fra rispondenti vs. non rispondenti
- La stima di impatto sull'incidenza si basa su dati osservati in un solo programma di screening sull'intera popolazione ed estrapolati dalla popolazione rispondente

RINGRAZIAMENTI

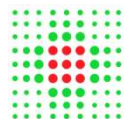
GRAZIE

Pamela.Mancuso@ausl.re.it

0522 3355499



Dichiaro di non avere nessun conflitto di interesse



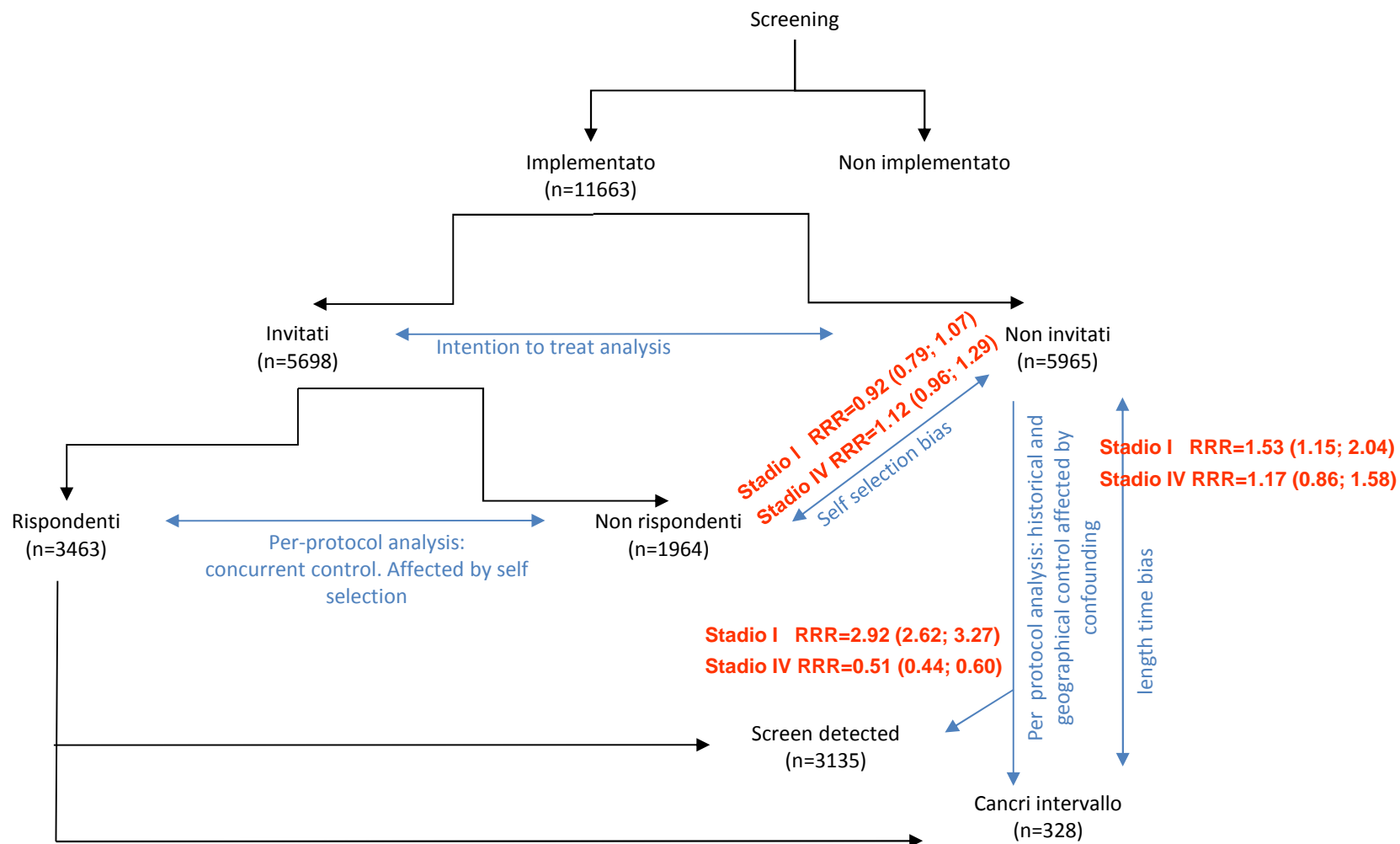
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia
Arcispedale S. Maria Nuova

Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

RISULTATI



RRR = calcolati usando modelli logistici multinomiali aggiustati per età, sesso, area geografica e anno di incidenza

RISULTATI

	RRR	95% conf. Interval			RRR	95% conf. Interval	
Stadio I				Stadio IV			
<i>Screen detected ref</i>	1			<i>Screen detected ref</i>	1		
cancri intervallo	0.48	0.36	0.64	cancri intervallo	2.59	1.86	3.62
Ben differenziato				Poco differenziato/ Indifferenziato			
<i>Screen detected ref</i>	1			<i>Screen detected ref</i>	1		
cancri intervallo	1.03	0.71	1.48	cancri intervallo	0.90	0.63	1.30
pN0				pN2			
<i>Screen detected ref</i>	1			<i>Screen detected ref</i>	1		
cancri intervallo	0.94	0.68	1.30	cancri intervallo	1.20	0.77	1.85
Distale				Retto			
<i>Screen detected ref</i>	1			<i>Screen detected ref</i>	1		
cancri intervallo	1.94	1.44	2.60	cancri intervallo	2.28	1.71	3.06

RRR = calcolati usando modelli logistici multinomiali aggiustati per età, sesso, area geografica e anno di incidenza.

Grading, stato linfonodale e sottosede anatomica aggiustati anche per pT