

REGISTRO REGIONALE TUMORI E PROGRAMMI DI SCREENING: ATTUALITÀ E PROSPETTIVE

- Diego Serraino -

SOC Epidemiologia e Biostatistica

Registro Tumori Friuli Venezia Giulia

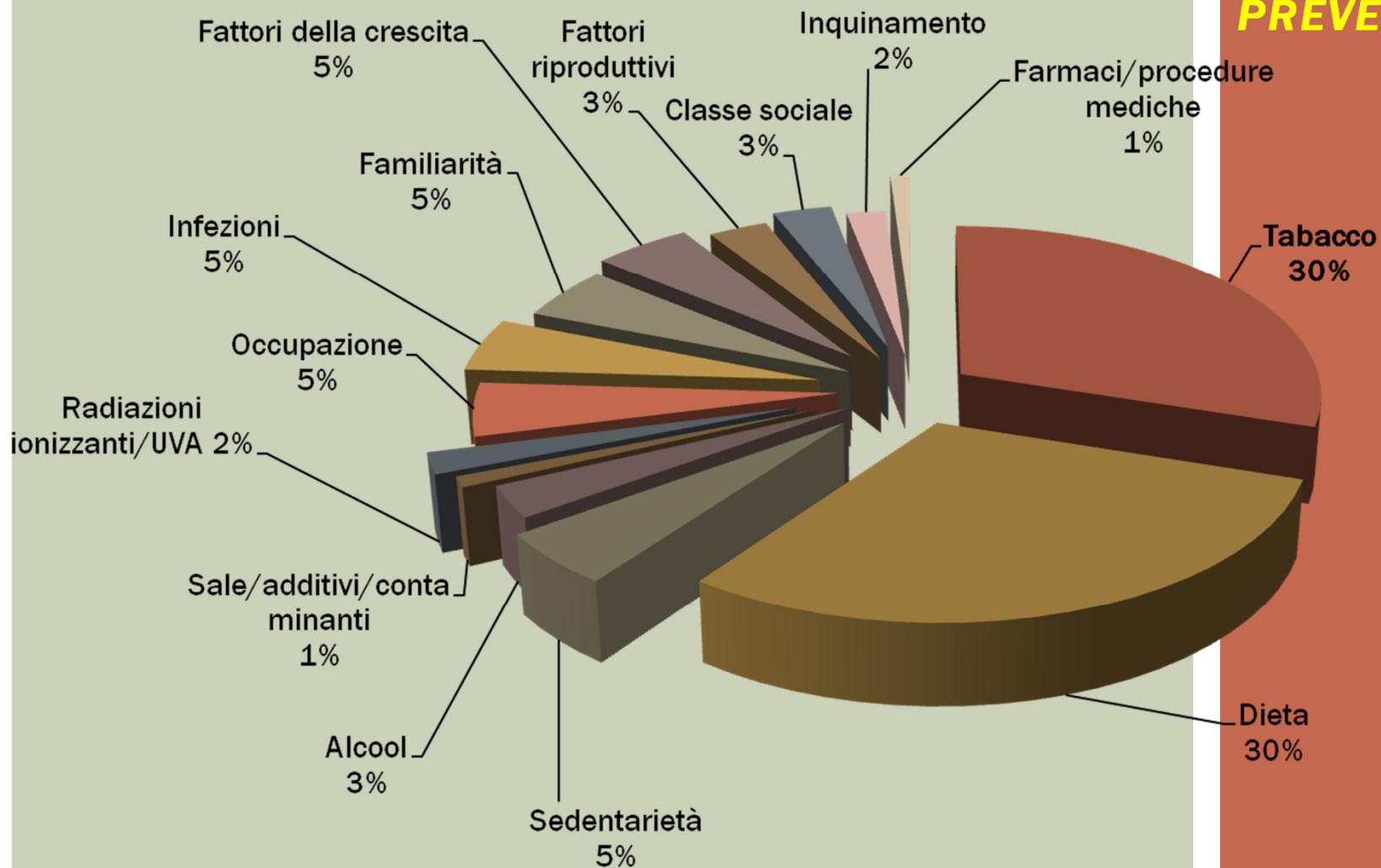
IRCCS Centro di Riferimento Oncologico, Aviano

**Trieste,
23 maggio 2013**

STRATEGIE PER COMBATTERE I TUMORI

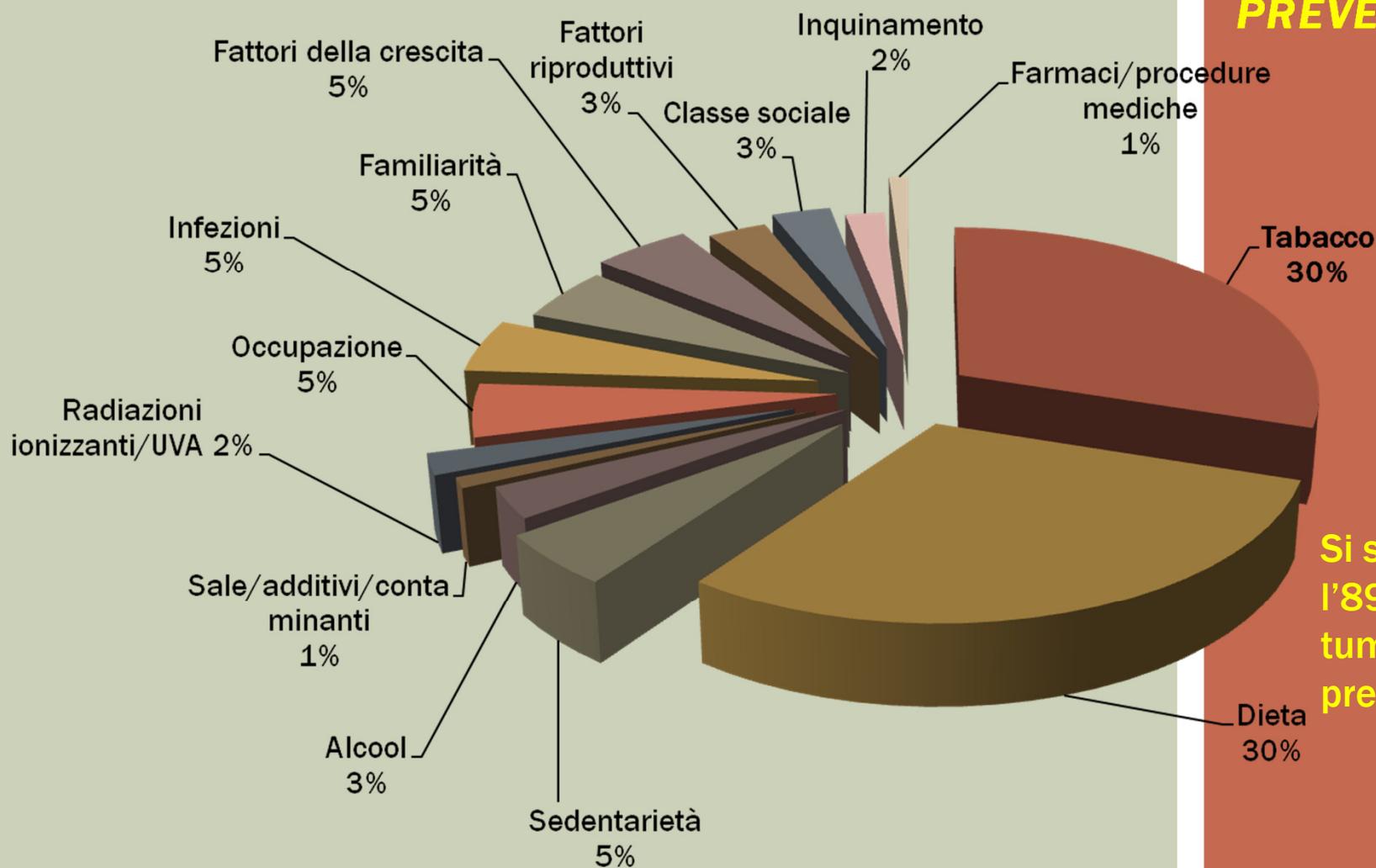
- 1) Prevenzione primaria
- 2) Prevenzione secondaria o diagnosi precoce
- 3) Accesso a indagini diagnostiche e trattamenti di provata efficacia
- 4) Ricerca di cure più efficaci

Stima della percentuale di morti per tumore attribuibili a fattori di rischio riconosciuti



**Q1:
QUANTI SONO
I TUMORI
PREVENIBILI?**

Stima della percentuale di morti per tumore attribuibili a fattori di rischio riconosciuti



**Q1:
QUANTI SONO
I TUMORI
PREVENIBILI?**

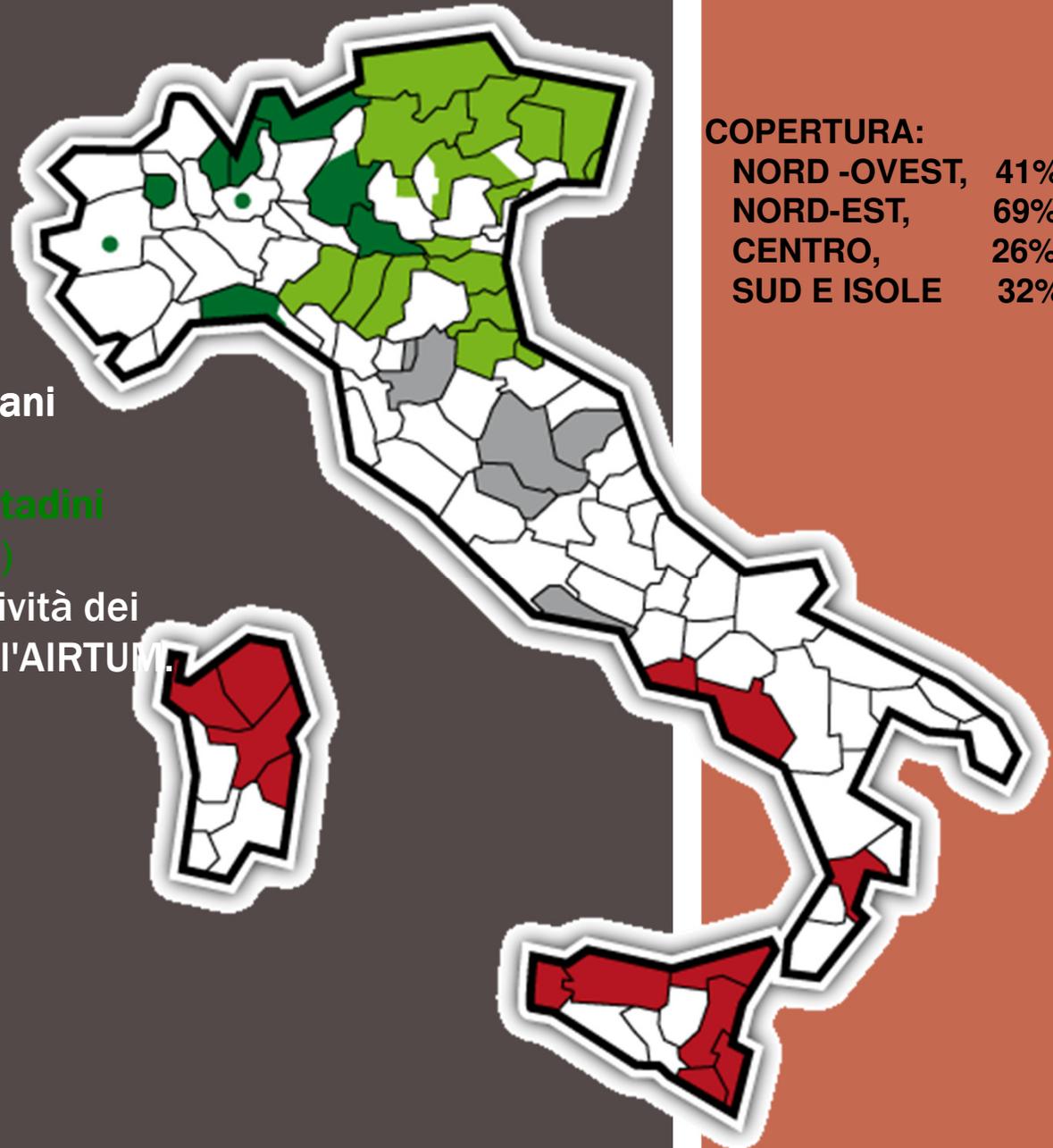
**Si stima che
l'89% dei
tumori sia
prevenibile!!**



***Un cittadino del FVG su due
gioca d'azzardo con la propria salute***



Mappa dei registri tumori italiani di popolazione:
In Italia più di **20 milioni di cittadini (40% della popolazione totale)** vivono in aree coperte dall'attività dei Registri tumori accreditati dall'AIRTUM.



FRIULI VENEZIA GIULIA, 2006-2007

Tumori in Friuli Venezia Giulia: numeri che sono persone

*In Friuli Venezia Giulia circa 5000 uomini e
4000 donne si ammalano ogni anno di tumore.*

Principali tumori che si verificano in media ogni anno					
Nuove diagnosi per anno	Uomini		Nuove diagnosi anno	Donne	
Sede	Numero	%	Sede	Numero	%
Prostata	1206	(24.8)	Mammella	1337	(32.8)
Colon-retto	643	(13.2)	Colon-retto	514	(12.6)
Polmone	584	(12.0)	Polmone	265	(6.5)
Vescica	393	(8.1)	Endometrio	161	(4.0)
Vie aereo digestive superiori	257	(5.3)	Pancreas	159	(3.4)
Stomaco	222	(4.6)	Stomaco	157	(3.9)
Rene e vie urinarie	213	(4.4)	Vescica	133	(3.3)
Fegato	206	(4.2)	Melanoma cutaneo	129	(3.2)
Melanoma cutaneo	153	(3.1)	Rene e vie urinarie	120	(2.9)
Pancreas	129	(2.7)	Tiroide	112	(2.8)
Linfomi non-Hodgkin	149	(3.1)	Ovaio	96	(2.4)
Leucemie, tutte	85	(1.7)	Fegato	87	(2.1)
			Vie aereo digestive superiori	73	(1.8)
			Linfomi non-Hodgkin	138	(3.4)
			Leucemie, tutte	63	(1.5)
			Cervice uterina	58	(1.4)
Tutte le sedi*	4862	(100)	Tutte le sedi*	4071	(100)

**Tranne tumori della pelle non melanoma*

**Q1:
QUANTI SONO
I TUMORI
PREVENIBILI
IN FVG?
(ALMENO PRIMA
DEI 65 ANNI DI
ETÀ!!!)**

FRIULI VENEZIA GIULIA, 2006-2007

Tumori in Friuli Venezia Giulia: numeri che sono persone

*In Friuli Venezia Giulia circa 5000 uomini e
4000 donne si ammalano ogni anno di tumore.*

Principali tumori che si verificano in media ogni anno					
Nuove diagnosi per anno	Uomini		Nuove diagnosi anno	Donne	
Sede	Numero	%	Sede	Numero	%
Prostata	1206	(24.8)	Mammella	1337	(32.8)
Colon-retto	643	(13.2)	Colon-retto	514	(12.6)
Polmone	584	(12.0)	Polmone	265	(6.5)
Vescica	393	(8.1)	Endometrio	161	(4.0)
Vie aereo digestive superiori	257	(5.3)	Pancreas	159	(3.4)
Stomaco	222	(4.6)	Stomaco	157	(3.9)
Rene e vie urinarie	213	(4.4)	Vescica	133	(3.3)
Fegato	206	(4.2)	Melanoma cutaneo	129	(3.2)
Melanoma cutaneo	153	(3.1)	Rene e vie urinarie	120	(2.9)
Pancreas	129	(2.7)	Tiroide	112	(2.8)
Linfomi non-Hodgkin	149	(3.1)	Ovaio	96	(2.4)
Leucemie, tutte	85	(1.7)	Fegato	87	(2.1)
			Vie aereo digestive superiori	73	(1.8)
			Linfomi non-Hodgkin	138	(3.4)
			Leucemie, tutte	63	(1.5)
			Cervice uterina	58	(1.4)
Tutte le sedi*	4862	(100)	Tutte le sedi*	4071	(100)

**Tranne tumori della pelle non melanoma*

**Q1:
QUANTI SONO
I TUMORI
PREVENIBILI
IN FVG?**

**(ALMENO PRIMA
DEI 65 ANNI DI
ETÀ!!!)**

**Sono circa 8000
i tumori prevenibili
Ogni anno in FVG**

Sede	Fattori di rischio
Prostata, mammella, Colon-retto	Dieta, peso, sedentarietà, familiarità
Vescica	Fumo, occupazione, <i>inquinamento acqua</i>
Polmone	Fumo, radon, <i>inquinamento aria</i>
Fegato	Infezioni HBV, HCV, alcool
Stomaco	Infezione HP, occupazione
Cervice uterina	Infezione HPV (<i>necessaria</i>)
Linfomi	Infezioni (EBV, HCV), immunodepressione, occupazione
Mesotelioma pleurico	Occupazione, fumo
Pelle, tiroide	Radiazioni UV e ionizzanti

Q2: Quali sono Prevenibili?

SI SCRIVE

“CANCRO”

SI LEGGE

“MALATTIE NEOPLASTICHE”

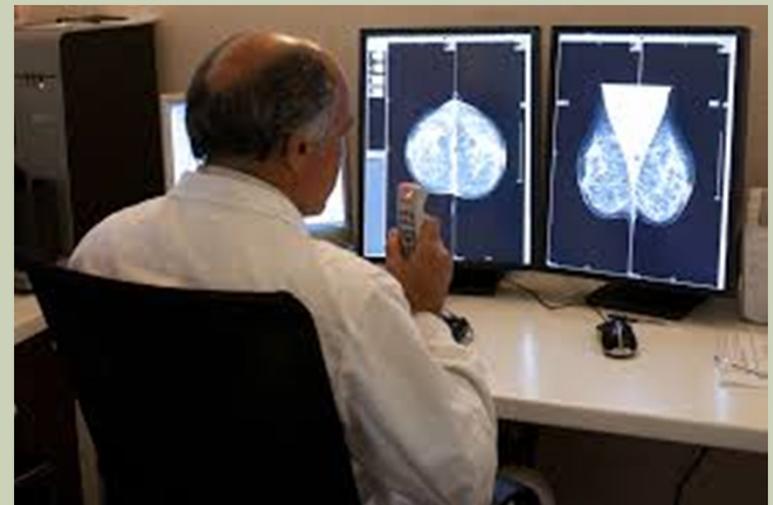
SEDI TUMORALI OGGETTO DI SCREENING/ DIAGNOSI PRECOCE

Sede	Test /Popolazione bersaglio
Screening organizzati di popolazione	
Mammella,	Mammografia / Donne 50-69
Cervice	<i>Pap test/ HPV test Donne 25-64</i>
Colon-retto	<i>Sangue occulto nelle feci Uomini e Donne, 50-69</i>
Screening opportunistici/indicazioni	
Prostata	<i>PSA /sintomatici</i>
Melanoma	Visita dermatologica / tutti
Polmone	TAC Spirale/forti fumatori
Vie aereo-digestive superiori	Visita ORL / Forti fumatori
Tiroide	Valutazione clinica / persone a rischio

Prevenzione secondaria o diagnosi precoce

Individuare la malattia in fase iniziale quando è più facile curarla in modo efficace.

- 1) La malattia è un rilevante problema di salute
- 2) La storia naturale della malattia permette una diagnosi in fase iniziale
- 3) Il trattamento in fase preclinica è più efficace
- 4) Ci sono solide evidenze scientifiche che mostrano sia l'efficacia dello screening nel ridurre la mortalità/incidenza per la specifica patologia sia che il rapporto rischi/benefici è favorevole



GLI SCREENING EFFICACI

Ci sono consolidate prove scientifiche sull'efficacia degli screening per i tumori di:

- Cervice uterina
- Mammella
- Colon retto

EFFICACIA DEGLI SCREENING

I fattori maggiormente correlati all'efficacia nella popolazione degli screening organizzati sono:

- 1) la **percentuale di adesione** della popolazione
- 2) i **livelli di qualità** tecnica e professionale di tutte le fasi del percorso dello screening

I VANTAGGI DEI PROGRAMMI ORGANIZZATI

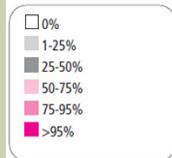
- I' **equità** dell' offerta assicurando la chiamata attiva a tutta la popolazione bersaglio residente
- La **qualità e l'appropriatezza** dei protocolli di diagnosi e cura
- La **presa in carico** da parte del servizio screening
- La **gratuità** di tutte le prestazioni

COPERTURA SCREENING IN ITALIA NEL 2010

Cervice

Figura 1. Percentuale di donne di età 25-64 anni inclusa nella popolazione obiettivo di programmi di screening organizzati.

Figure 1. Percentage of women aged 25-64 years in the target population of organised screening programmes.



Mammella

Figura 1. Estensione aggiornata (%) dei programmi di screening mammografico. Anno 2010.

Figure 1. Actual extension (%) of mammography screening programmes. Year 2010.



Colon retto

Figura 1. Programmi di screening colorettaile: test di primo livello e popolazione target.

Figure 1. Colorectal cancer screening programmes: first level test and target population.

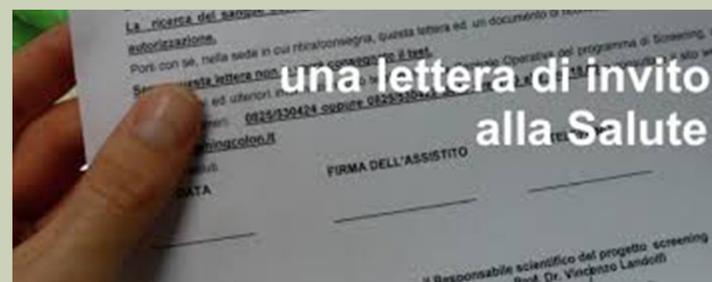


I PROGRAMMI DI SCREENING ATTIVI IN FVG

	Avvio in FVG	Invitati	Esame di screening	Intervallo di ripetizione
Cervice uterina	1999	Donne 25-64	Pap test	3 anni
Mammella	2005	Donne 50-69	Mammografia	2 anni
Colon retto	2008	Donne e uomini 50-69	Sangue occulto fecale	2 anni

Come funziona il programma di screening

1. Si riceve la lettera di invito



2. Si va a fare l'esame



3. Si aspetta a casa la risposta



Se l'esame non è negativo

**Se l'esame di screening
evidenzia alterazioni,
il centro screening ti contatta
per proporti gli esami di
approfondimento**

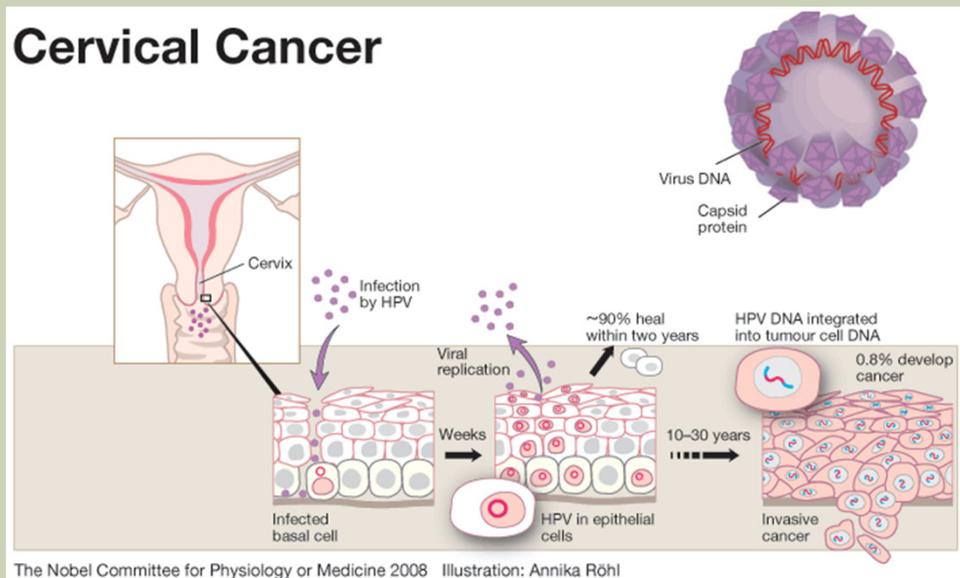


SCREENING
PER IL
CERVICO-CARCINOMA

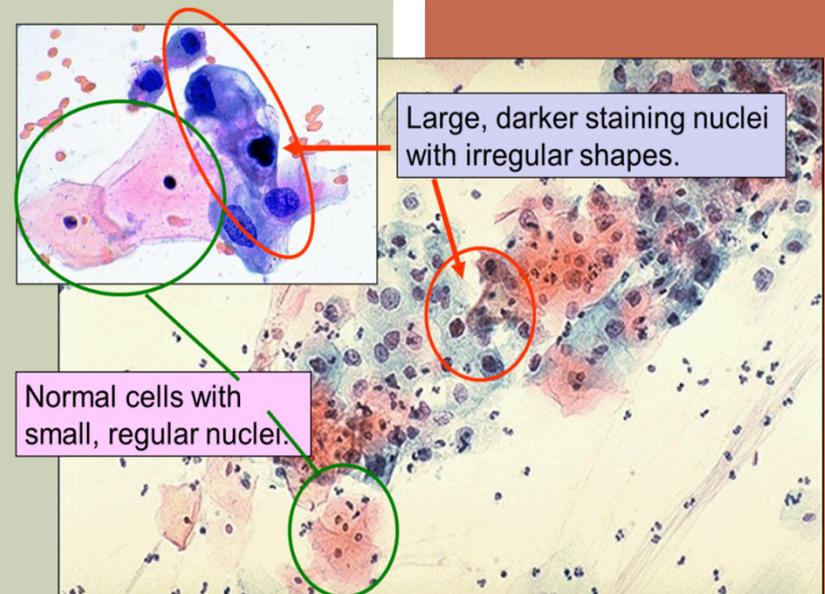
STORIA NATURALE DEL TUMORE DELLA CERVICE UTERINA

L'infezione persistente da alcuni ceppi di Papillomavirus umano ad alto rischio (HR-HPV) è condizione necessaria ma non sufficiente per lo sviluppo di questo tumore (IARC 2005).

Cervical Cancer



The Nobel Committee for Physiology or Medicine 2008 Illustration: Annika Röhl



PROGRAMMA DI SCREENING TRADIZIONALE CON PAP TEST

Pap test ogni 3 anni per donne dai 25 ai 64 anni

Test HPV e/o colposcopia ed eventuale biopsia come esami di secondo livello in base a linee guida

Trattamento e follow up secondo linee guida

SCREENING CERVICALE - RISULTATI IN ITALIA NEL 2010



Epidemiol Prev 2012; 36 (6) Suppl.1: 1-96

Capitolo 3

Estensione dei programmi organizzati di screening del cancro cervicale in Italia e loro indicatori di processo, attività 2010

Extension of organised cervical cancer screening programmes in Italy and their process indicators, 2010 activity

¹CPO Piemonte, Torino
²Regione Emilia-Romagna
³Registro tumori veneto, IOV IRCCS, Padova
⁴ASL Mantova
⁵Screening citologico Catania
⁶Ospedale di Trento
⁷ASP Friuli-Venezia Giulia
⁸ASP Lazio
⁹ASL Teramo
¹⁰Regione Umbria
¹¹Screening Basilicata
¹²Osservatorio epidemiologico Regione Campania
¹³UO Epidemiologia clinica e descrittiva, ISPO, Firenze

Guglielmo Ronco,¹ Pamela Giubilato,¹ Carlo Naldoni,² Manuel Zorzi,³ Emanuela Anghinoni,⁴ Aurora Scali,⁵ Paolo Dalla Palma,⁶ Loris Zanier,⁷ Alessandra Barca,⁸ Claudio Angeloni,⁹ Maria Donata Gaimo,¹⁰ Rocco Maglietta,¹¹ Ettore Mancini,¹ Renato Pizzuti,¹² Anna Iossa,¹³ Nereo Segnan,¹ Marco Zappa¹³

Riassunto

Le linee guida nazionali Italiane raccomandano alle Regioni di attivare programmi organizzati di screening per il cervicocarcinoma. Come negli anni precedenti, a partire dal 1998, dai programmi organizzati italiani di screening cervicale si sono raccolte tabelle aggregate di dati per calcolare centralmente indicatori di processo. Si sono considerati i dati delle donne invitate nel corso del 2009 e screenate fino ad aprile 2011.

Nel 2010 i programmi organizzati italiani includevano nella loro popolazione obiettivo 13.538.080 donne, corrispondenti all'80,1% delle donne italiane di età 25-64 anni. La compliance all'invito è stata 39,8%, con un trend a diminuire da Nord a Sud. Bisogna comunque ricordare che molte donne vengono screenate al di fuori dei programmi organizzati.

E' stato raccomandato di ripetere la citologia al 4,7% delle donne e il 62,7% di esse l'ha fatto. Il 2,5% delle donne screenate è stato inviato in colposcopia. La compliance alla colposcopia è stata 85,9% tra le donne invitate per citologia ASC-US o più grave e 88,7% tra quelle invitate per citologia HSIL o più grave. Il valore predittivo positivo (VPP) dell'invio in colposcopia per citologia ASC-US o più grave per istologia CIN2 o più grave è stato 16,0%. La detection rate (DR) grezza di istologia CIN2 o più grave è stata 3,2 ogni 1.000 donne screenate (3,5 quella standardizzata sulla popolazione italiana troncata 25-64).

(Epidemiol Prev 2012; 36 (6) suppl. 1: 39-54)

Parole chiave: programmi di screening cervicale, Italia

3.450.000 donne invitate per lo screening cervicale

1.375.000 aderenti

2,5% donne inviate ad approfondimenti

4.597 lesioni CIN2+ diagnosticate

ADESIONE SCREENING CERVICE

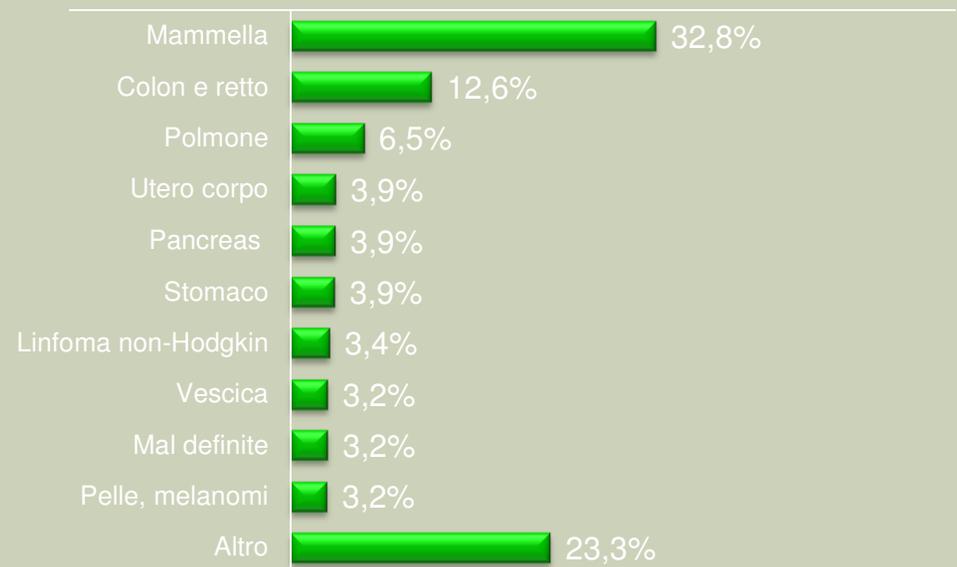
Area	2008	2009	2010	2011	2012
A.S.S. N. 1 - TRIESTINA	61,7	58,6	63,0	63,4	59,0
A.S.S. N. 2 - ISONTINA	61,9	61,5	63,9	60,9	60,8
A.S.S. N. 3 - ALTO FRIULI	58,8	62,3	63,1	60,8	62,8
A.S.S. N. 4 - MEDIO FRIULI	54,9	51,4	54,3	52,8	53,5
A.S.S. N. 5 - BASSA FRIULANA	63,4	59,6	61,3	60,4	59,3
A.S.S. N. 6 - FRIULI OCCIDENTALE	62,5	63,4	65,5	61,4	63,9
FVG	60,0	58,7	61,2	59,0	59,2

**SCREENING
PER IL TUMORE DELLA
MAMMELLA**

EPIDEMIOLOGIA TUMORE DELLA MAMMELLA

- Primo tumore per frequenza e mortalità nella donna
- In Italia circa 46.000 nuovi casi e circa 13.000 decessi all'anno.
- Sopravvivenza dell'87% a 5 anni dalla diagnosi.

Tumori più frequenti nella donna in FVG



DIAGNOSI PRECOCE E SCREENING

- 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 dopo i 50 anni.
- 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.

SCREENING TUMORE MAMMELLA IN FVG

Mammografia ogni 2 anni per donne dai 50 ai 69 anni

Ecografia ed altri approfondimenti secondo linee guida



UNA MAMMOGRAFIA DI QUALITÀ

- Le mammografie di screening eseguite in FVG presso le unità mobili del programma regionale sono refertate da un pool di radiologi esperti che leggono più di 5.000 mammografie l'anno
- E' prevista la **doppia lettura** dell'esame con eventuale discussione tra i radiologi o il giudizio di un terzo nei casi discordanti
- Dal 2012 nuove unità mobili dotate di mammografi digitali di ultima generazione

RISULTATI IN ITALIA 2010



Epidemiol Prev 2012; 36 (6) Suppl.1: 1-96

Capitolo 1

Lo screening mammografico in Italia: survey 2010

Mammography breast cancer screening in Italy: 2010 survey

Daniela Giorgi,¹ Livia Giordano,² Leonardo Ventura,³ Alfonso Frigerio,² Eugenio Paci,³ Marco Zappa³

Riassunto

Questo rapporto rappresenta un aggiornamento di precedenti pubblicazioni dell'ONS (Osservatorio nazionale screening) a partire dal 2002. I dati della survey derivano da programmi anche molto diversi tra loro, che possono rispecchiare situazioni differenziate, sia per il livello di esperienza sia per i modelli organizzativi e gestionali.

Nel 2010 si registra per la prima volta una lieve riduzione dell'estensione teorica. Allo stato attuale tutte le Regioni italiane hanno implementato programmi di screening.

Nel 2010 quasi 2.496.000 donne di età 50-69 anni sono state invitate a sottoporsi alla mammografia di screening, e più di 1.382.000 sono state esaminate. L'estensione teorica è risultata pari a 91,7%, mentre quella effettiva è stata del 69,1%. Quando si confrontano le Regioni del Nord e del Centro con quelle del Sud Italia si registra ancora uno squilibrio nell'estensione dello screening: nel Sud il valore registrato è pari al 75%. Il valore medio dell'estensione biennale (69%) relativo al periodo 2009-2010, suggerisce che, a regime, i programmi italiani sono in grado di invitare solo i tre quarti della popolazione bersaglio. La percentuale di donne esaminate nel 2010 corrisponde al 36,7% della popolazione bersaglio nazionale.

Negli ultimi anni i tassi di partecipazione sono rimasti sostanzialmente stabili intorno al 55-57% per l'adesione grezza e al 59-61% per l'adesione aggiustata. Anche per questo parametro si registra un trend decrescente passando dal Nord al Sud della Penisola.

Molti programmi lavorano con volumi ridotti di attività (sotto 10.000, o addirittura sotto 5.000 esami per anno), e solo una Regione ha superato il livello desiderabile di almeno 20.000 esami per ciascun programma.

Ai primi esami è stato registrato un tasso di richiami dell'8,8%, del 4,6% agli esami successivi. Il tasso di identificazione standardizzato è risultato pari a 6,2x1.000 ai primi esami e 4,3x1.000 agli esami successivi, mentre il rapporto benigni/maligni (B/M) registrato è stato 0,26 e 0,12 rispettivamente per

2.496.000 donne invitate per lo screening mammografico

1.382.000 aderenti alla mammografia

Donne inviate ad approfondimenti:
8,8% al primo screening,
4,6% agli screening successivi

6.015 tumori mammari diagnosticati (31% dei tumori della mammella incidenti in Italia fra i 50 e i 69 anni).

¹UO Epidemiologia, ASL 2 Lucca, Istituto tumori toscano
²Unità di epidemiologia dei tumori, CPO Piemonte, Torino
³UO Epidemiologia clinica e descrittiva, ISPO, Firenze, Istituto tumori toscano

Corrispondenza
Daniela Giorgi
d.giorgi@usl2.toscana.it

ADESIONE SCREENING MAMMELLA FVG

Anno	2008	2009	2010	2011	2012
A.S.S. N. 1 - TRIESTINA	51,1	55,0	52,8	58,2	53,3
A.S.S. N. 2 - ISONTINA	69,2	57,5	66,7	57,4	65,8
A.S.S. N. 3 - ALTO FRIULI	62,9	64,9	63,0	64,8	61,5
A.S.S. N. 4 - MEDIO FRIULI	60,4	59,5	60,2	58,9	61,3
A.S.S. N. 5 - BASSA FRIULANA	70,1	58,6	66,8	60,8	64,8
A.S.S. N. 6 - FRIULI OCCIDENTALE	67,6	54,5	65,2	57,2	64,0
FVG	62,2	57,4	61,6	58,7	61,2

Quanto costa lo screening mammografico in regione FVG

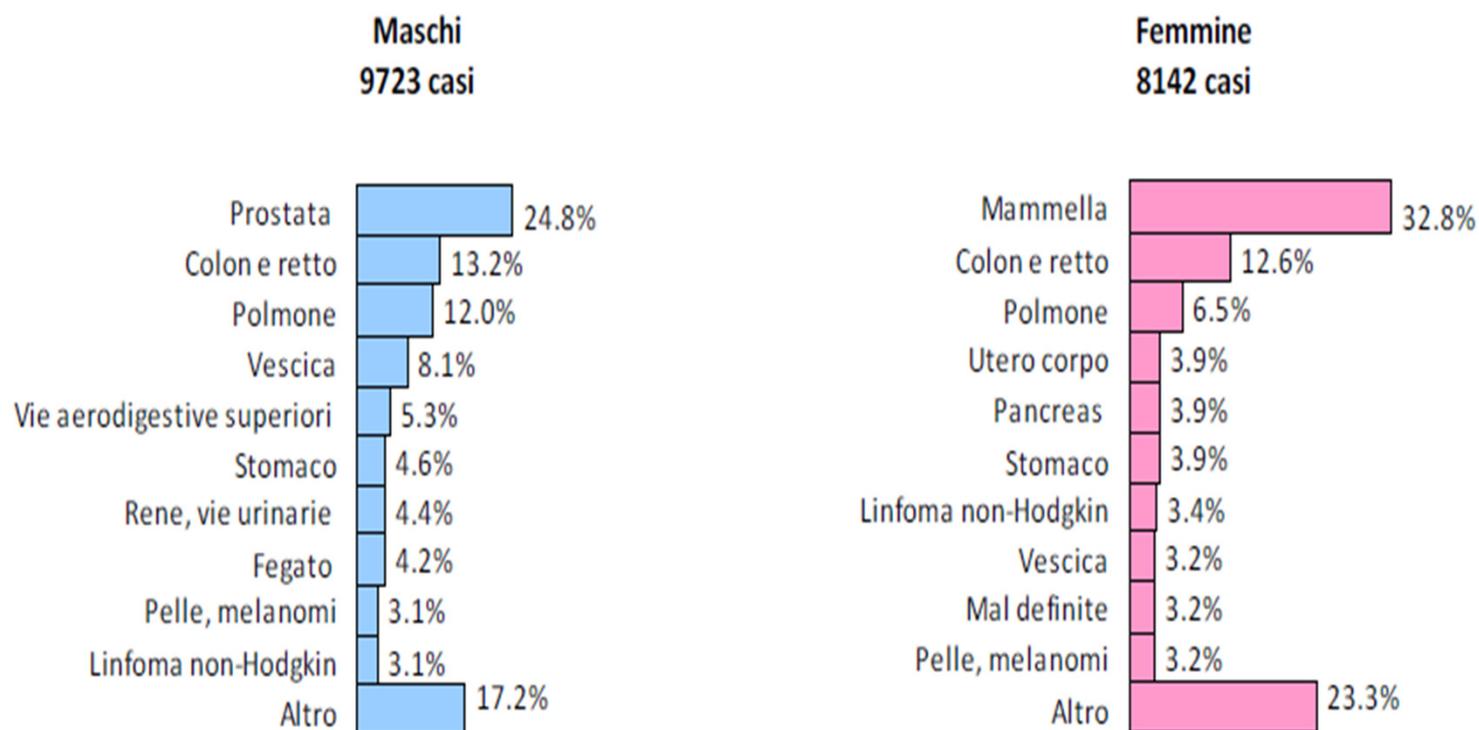
Attività 2012

- Totale donne invitate: **91.233**
- Totale donne aderenti: **55.849**
- Costo totale per primo e secondo livello:

3.110.313,53 €

SCREENING DEL TUMORE DEL COLON RETTO IN FVG

Figura 2. Sedi (esclusa pelle, non melanoma) a più alta incidenza, per sesso.
RT-FVG, 2006-2007



PROTOCOLLI DI SCREENING VALIDATI

Lo screening del colon retto può essere fatto con due diverse tecniche di indagine:

1) la rettosigmoidoscopia,

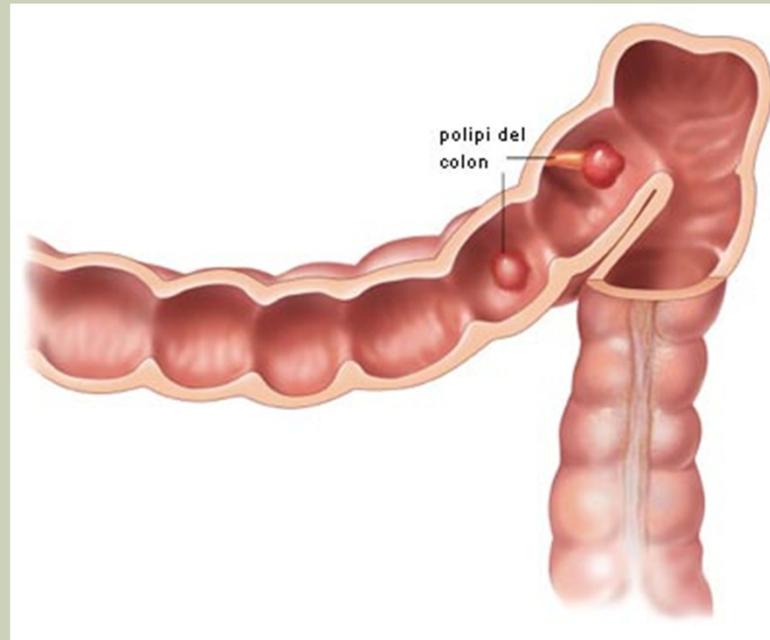
2) la ricerca del sangue occulto fecale

Ambedue le tecniche di screening si sono dimostrate efficaci nella prevenzione e nella diagnosi precoce dei tumori del colon retto e nel ridurre la mortalità dovuta a questi tumori.

Lo screening ha lo scopo di trovare i polipi e di asportarli prima che diventino maligni.



Il cancro del colon-retto nel 90% dei casi è preceduto da una lesione benigna chiamata polipo.

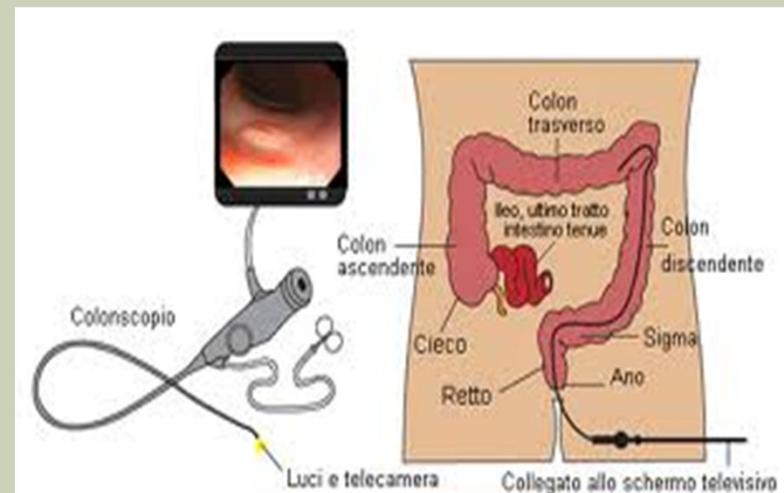


Il polipo degenera lentamente e durante questo periodo di solito non dà nessun sintomo, a parte un piccolo sanguinamento invisibile ad occhio nudo che può essere rilevato con il FOBT

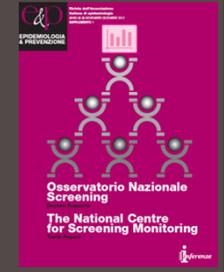
Il protocollo con il FOBT

Esame del sangue occulto fecale ogni 2 anni per uomini e donne 50-69 anni

Esami successivi: colonscopia + ev. biopsia



RISULTATI IN ITALIA 2010



Epidemiol Prev 2012; 36 (6) Suppl. 1: 1-96

Capitolo 4

Lo screening coloretale in Italia, survey 2010

Screening for colorectal cancer in Italy, 2010 survey

¹Registro tumori del Veneto, IOV IRCCS, Padova

²ISPO, Firenze

³Assessorato politiche per la salute, Regione Emilia-Romagna, Bologna

⁴Azienda Ospedaliera Reggio Emilia

⁵CPO Piemonte, Torino

Manuel Zorzi,¹ Chiara Fedato,¹ Grazia Grazzini,² Priscilla Sassoli de' Bianchi,³ Carlo Naldoni,³ Melania Pendenza,¹ Romano Sassatelli,⁴ Carlo Senore,⁵ Carmen Beatriz Visioli,² Marco Zappa²

Riassunto

Presentiamo i dati nazionali di attività dei programmi di screening del carcinoma coloretale relativi all'anno 2010. A fine anno erano presenti 105 programmi, di cui 9 attivati nel corso del 2010, per un'estensione su scala nazionale dello screening pari al 65% della popolazione eleggibile di età compresa tra i 50 e i 69 anni. In dodici Regioni e nella Provincia autonoma di Trento gli screening sono estesi a tutta la popolazione bersaglio. Nell'Italia del Sud e Isole sono stati attivati cinque nuovi programmi, con un'estensione del 29%.

Complessivamente sono state invitate allo screening con la ricerca del sangue occulto fecale immuno-chimico (SOF) circa 3.404.000 persone, pari al 47,2% della popolazione target da invitare nell'anno. I soggetti che nel 2010 hanno eseguito il SOF sono stati 1.568.796, con un'adesione aggiustata all'invito del 48%. Sono state registrate notevoli differenze di adesione tra Regioni. Il 10% dei programmi ha valori inferiori al 24%. La proporzione di positivi è stata del 5,5% nei soggetti al primo esame di screening e del 4,3% agli esami successivi. L'adesione alla colonscopia delle persone con SOF+ è stata dell'81,4%, con valori inferiori al 70% in una sola Regione. Complessivamente è stato classificato come completo l'88,7% delle colonscopie eseguite nel 2010.

Tra i 740.281 soggetti al primo esame di screening il tasso di identificazione dei carcinomi è stato del 2,4 ogni 1.000 screenati e quello degli adenomi avanzati dell'10,3%. I tassi di identificazione sono maggiori nei maschi rispetto alle femmine e aumentano progressivamente con l'età in entrambi i sessi. Come atteso, tassi di identificazione più bassi (1,2% e 7,6% per carcinomi e adenomi avanzati, rispettivamente) sono stati registrati negli 843.204 soggetti presentatisi a episodi di screening successivi al primo.

Corrispondenza:
Manuel Zorzi
manuel.zorzi@ioveneto.it

3.464.000 persone invitate per lo screening coloretale

1.582.000 aderenti al FOBT

5,5% FOBT positivi

2.916 cancri coloretali diagnosticati

15.049 adenomi avanzati diagnosticati

ADESIONE SCREENING COLON RETTO

Anno	2008	2009	2010	2011	2012
A.S.S. N. 1 - TRIESTINA		37,2	37,2	45,6	49,9
A.S.S. N. 2 - ISONTINA		37,3	40,1	51,1	51,5
A.S.S. N. 3 - ALTO FRIULI	36,1	40,5	38,7	50,8	49,8
A.S.S. N. 4 - MEDIO FRIULI	37,5	40,3	40,6	52,6	52,6
A.S.S. N. 5 - BASSA FRIULANA	37,0	42,0	41,7	55,1	55,5
A.S.S. N. 6 - FRIULI OCCIDENTALE	37,8	42,7	42,6	53,6	57,5
FVG	37,1	40,5	40,3	51,3	53,1

SCREENING NON VALIDATI

Tumore della prostata

Nessuna società scientifica italiana raccomanda lo screening per il tumore della prostata per il rapporto fra benefici ed effetti negativi. Questi ultimi sono eccezionalmente rilevanti sul piano della sovradiagnosi e del sovratrattamento.

Tumore del polmone

L'utilizzo della TAC spirale nei fumatori per la diagnosi precoce del cancro al polmone è ancora in fase sperimentale.

Documenti di indirizzo sullo screening per il cancro della prostata e sullo screening per il tumore del polmone con CT scan a bassa dose

<http://www.osservatorionazionale screening.it>

LO SCREENING IN TEMPO DI CRISI

- La crisi economica con i tagli ai bilanci regionali potrebbe frenare i programmi di screening?
- In tempi di crisi, il tema dell'efficienza e dell'uso appropriato delle risorse sempre più scarse diventa cruciale per la sopravvivenza del servizio sanitario pubblico.
- Da questo punto di vista, programmi di screening sono un esempio di sanità pubblica in cui le risorse vengono allocate in base a principi di equità, efficienza e appropriatezza, garantendo la valutazione continua della qualità e dei risultati di salute.

***LA PREVENZIONE NON E' UN
COSTO MA UN VALORE***

PREVENZIONE = INVESTIMENTO

1 € DI PREVENZIONE

=

10 € RISPARMIATI



Radiology. 2013 Apr 11.

Tailored Breast Cancer Screening Program with Microdose Mammography, US, and MR Imaging: Short-term Results of a Pilot Study in 40-49-Year-Old Women.

Venturini E, Losio C, Panizza P, Rodighiero MG, Fedele I, Tacchini S, Schiani E, Ravelli S, Cristel G, Panzeri MM, De Cobelli F, Del Maschio A.

Department of Radiology, San Raffaele Scientific Institute, Via Olgettina 60, 20132 Milan, Italy; Vita-Salute University, San Raffaele Scientific Institute, Milan, Italy; Department of Radiology, Fondazione IRCSS Istituto Nazionale Tumori, Milan, Italy.