

I nuovi dati del registro tumori regionale

Fabrizio Stracci, Fortunato Bianconi, Chiara Lupi, Alessio Gili, Silvia Leite, Giancarlo Bizzarri

Funzionamento del
registro regionale



Struttura

Il registro è dotato di una **architettura informatica moderna** e funzionante in grado di integrare le numerose fonti necessarie per questo sofisticato sistema di sorveglianza e valutazione

Il **personale attualmente dedicato assicura le funzioni basilari** di gestione dei dati, codifica, valutazione di qualità e analisi e interpretazione del quadro epidemiologico

Il **personale messo a disposizione dalla Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva dell'Università di Perugia, opportunamente formato**, consente di perseguire obiettivi di recupero del ritardo legato al COVID e all'interruzione dell'attività

Il **Comitato Tecnico Scientifico** in cui sono rappresentate le diverse componenti del dipartimento oncologico **garantisce l'integrazione del registro nella componente oncologica del SSR**, dalla programmazione alla prevenzione e alla diagnosi e cura.

Funzionamento

Grazie alla acquisizione del dato di mortalità dalla fonte ISTAT è stato possibile chiudere i dati del 2017 ed è imminente la chiusura dell'incidenza 2018

Grazie alla tempestività del registro tumori nel periodo precedente l'interruzione di attività, è stato possibile garantire la partecipazione alle attività della rete mondiale (IACR) ed europea dei registri tumori (ENCR-JRC)

La struttura del registro regionale oltre a partecipare a diversi progetti di ricerca, è al centro del progetto nazionale AIRTUM di analisi dei dati della rete italiana dei registri tumori

Prospettive

Riportare il registro alla massima tempestività nella produzione dei dati richiede la riattivazione del Registro Regionale delle cause di Morte (ReNCaM), poiché i dati ISTAT sono forniti con ritardo (attualmente 2019)

La registrazione di informazioni ritenute indispensabili per un registro come lo stadio di malattia alla diagnosi non è possibile a partire dai dati disponibili e richiede lo sviluppo di archivi clinici peraltro previsti in passato (sistema di valutazione della breast unit, cartella oncologica o simili)

Il recupero di funzioni importanti per ottenere il miglior risultato a supporto del dipartimento oncologico e della rete oncologica –epidemiologia clinica, individuazione di barriere all'accesso agli interventi dalla prevenzione alla cura, indagine di rischi ambientali- richiede risorse aggiuntive

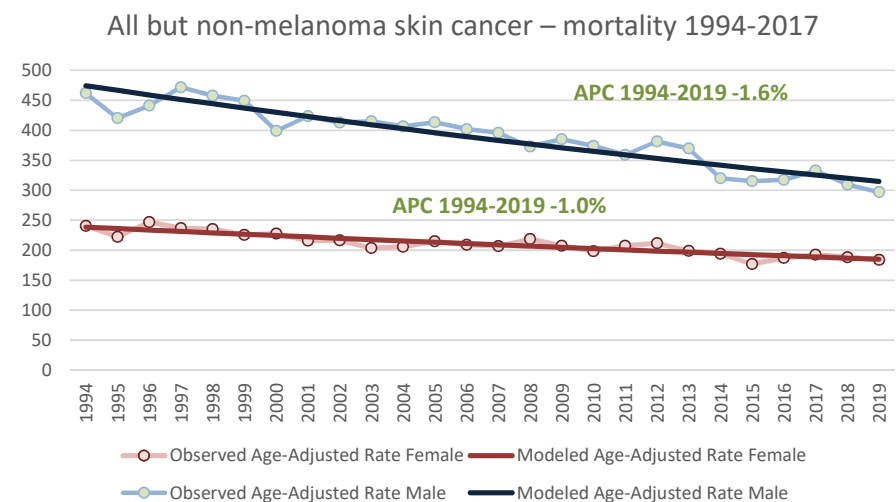
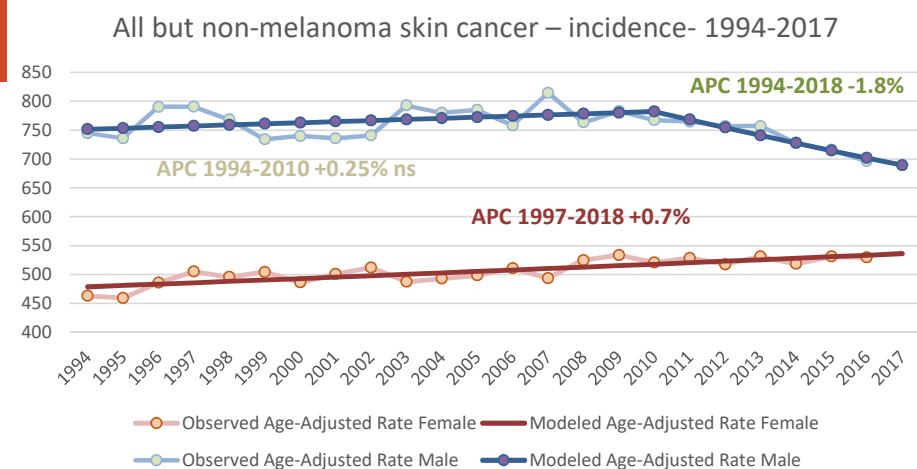
L'integrazione con i servizi di screening consente di valutarne appieno l'impatto. Questa funzione tuttavia richiede lo sviluppo di alcuni archivi e la loro interoperabilità (ad esempio diagnosi endoscopiche delle lesioni del colon-retto) e la registrazione di lesioni pre-neoplastiche nel registro che al momento risulta piuttosto impegnativa

I nuovi dati di
incidenza

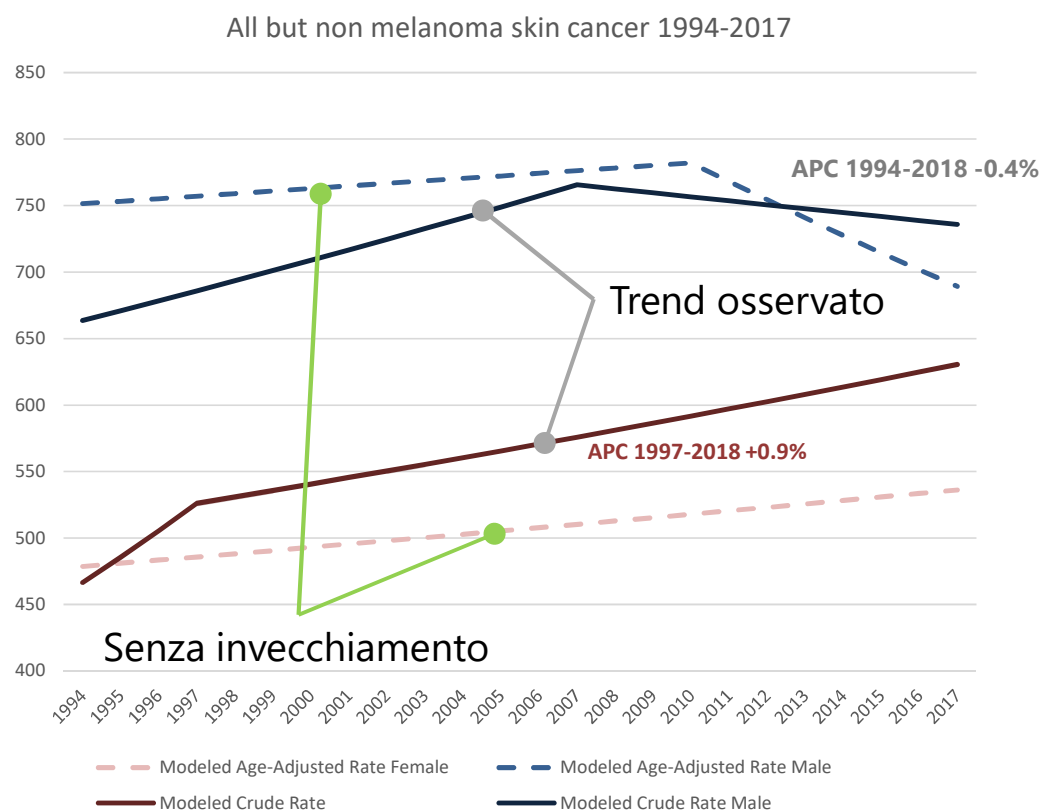


Tutti i tumori (eccetto pelle non melanoma) C00-C43.9;C45-C96.9.9

Incidenza*		2017	2012-2016
Numero medio di casi	M	3086	3208
Tasso per 100.000 ab.	M	722.2	750.4
Tasso standardizzato	M	687.1	730.4
Numero medio di casi	F	2902	2845
Tasso per 100.000 ab.	F	627.1	613.7
Tasso standardizzato	F	530.5	525.8
Mortalità		2017-2018	
Numero medio di morti	M	1457	1477
Tasso per 100.000 ab.	M	343.1	345.5
Tasso standardizzato	M	321.0	340.1
Numero medio di morti	F	1190	1179
Tasso per 100.000 ab.	F	259.8	254.2
Tasso standardizzato	F	190.5	193.6



Confronto tra tassi corretti per età (invecchiamento) e tassi non corretti (grezzi)



- Il trend nel sesso femminile in termini di aumento dei casi (tasso grezzo) è peggiore rispetto al sesso maschile, anche se l'incidenza dei tumori continua a essere più elevata nel sesso maschile

Note sull'andamento complessivo fenomeno oncologico

- La mortalità per tumori maligni è in diminuzione. Nel sesso maschile i livelli sono più elevati ma si osserva un andamento favorevole grazie a tumori come polmone, colon-retto e stomaco che divengono meno frequenti e al cancro della prostata la cui mortalità diminuisce
- Nei maschi l'incidenza si riduce ma nel sesso femminile questa risulta in aumento anche per l'andamento sfavorevole del cancro del polmone e per l'aumento dei casi di cancro della mammella

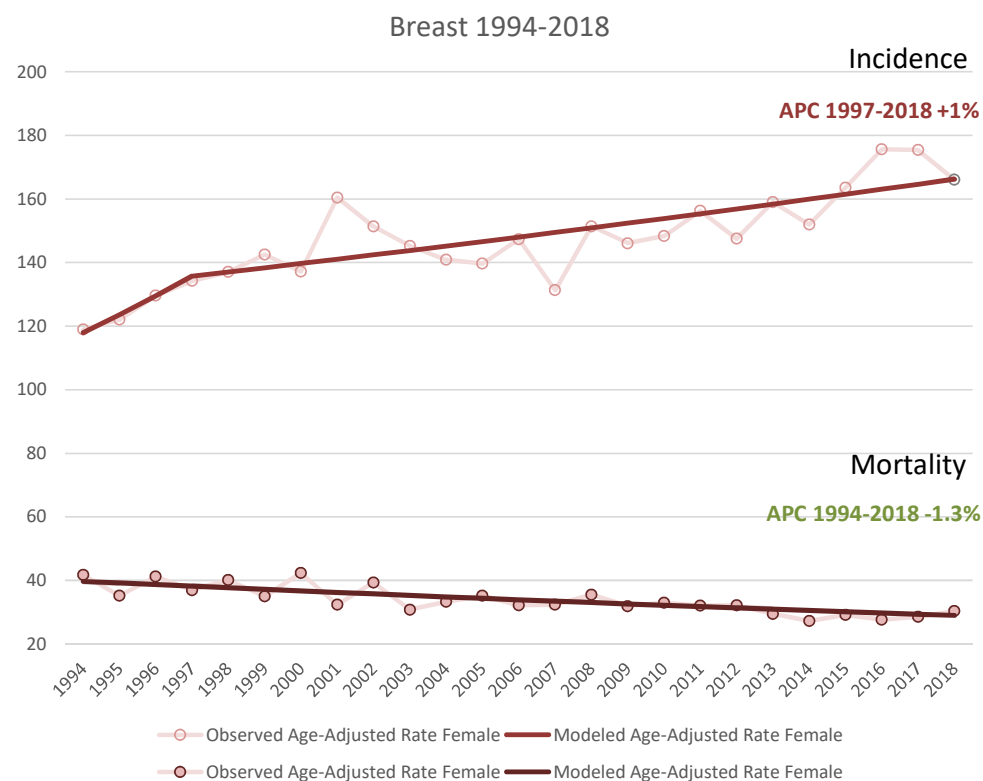
Cancro della
mammella:
aumento dei casi,
screening
organizzato e non



Cancro della mammella femminile

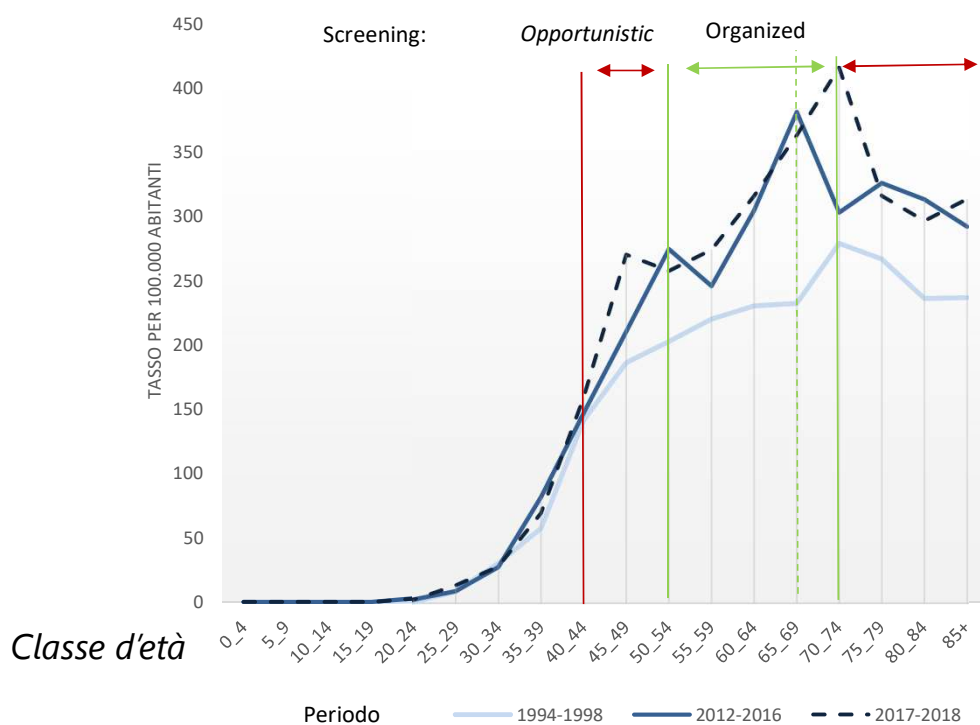
Incidenza* (classifica '17-18 1°)		2017-2018	<i>2012-2016</i>
Numero medio di casi	+	884	817
Tasso per 100.000 ab.	+	193.1	176.3
Tasso standardizzato	+	170.6	158.8
Mortalità (classifica '17-18 1°)			
Numero medio di morti	+	176	169
Tasso per 100.000 ab.	+	38.4	36.5
Tasso standardizzato	+	29.4	29.1

* dati 2018 suscettibili di aggiornamento

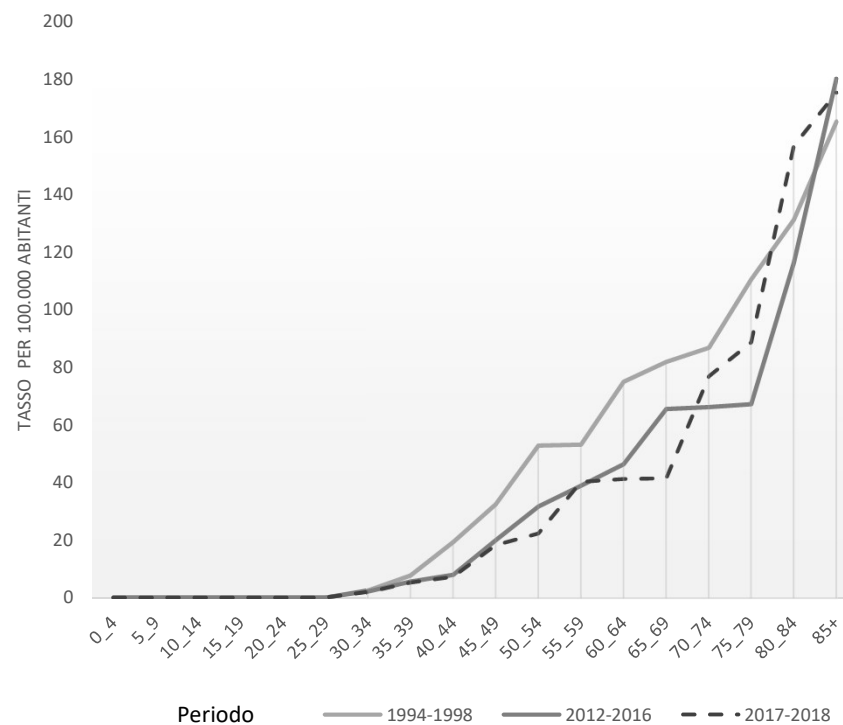


Incidenza e mortalità per cancro della mammella femminile per età e periodo

Breast cancer incidence by age and period C50



Breast cancer mortality by age and period C50



Note sul cancro della mammella femminile

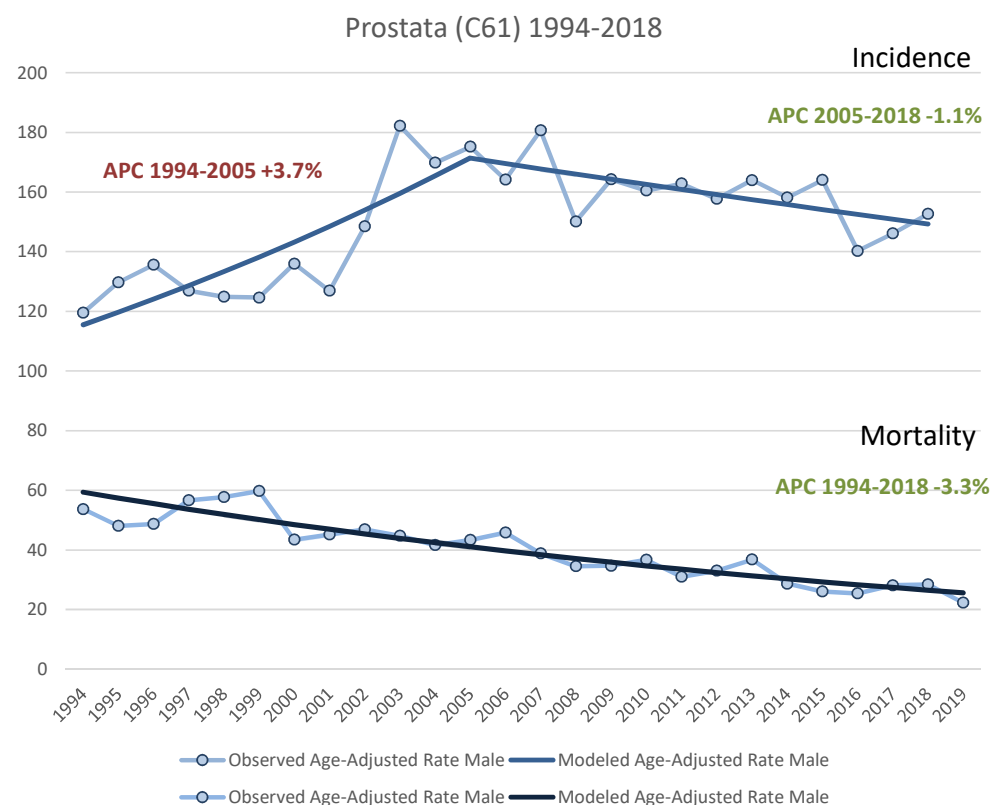
- L'andamento irregolare dell'incidenza del cancro della mammella riflette la diffusione dello screening organizzato e, in anni più recenti, la diffusione dello screening opportunistico nelle fasce d'età non coperte dallo screening organizzato
- L'incidenza aumenta anche per la distribuzione sfavorevole dei fattori di rischio e questo è un andamento comune nei paesi occidentali. Il numero dei nuovi casi e quindi l'impatto sui servizi di cura è importante
- La mortalità si riduce significativamente anche se lentamente

Cancro della
prostata

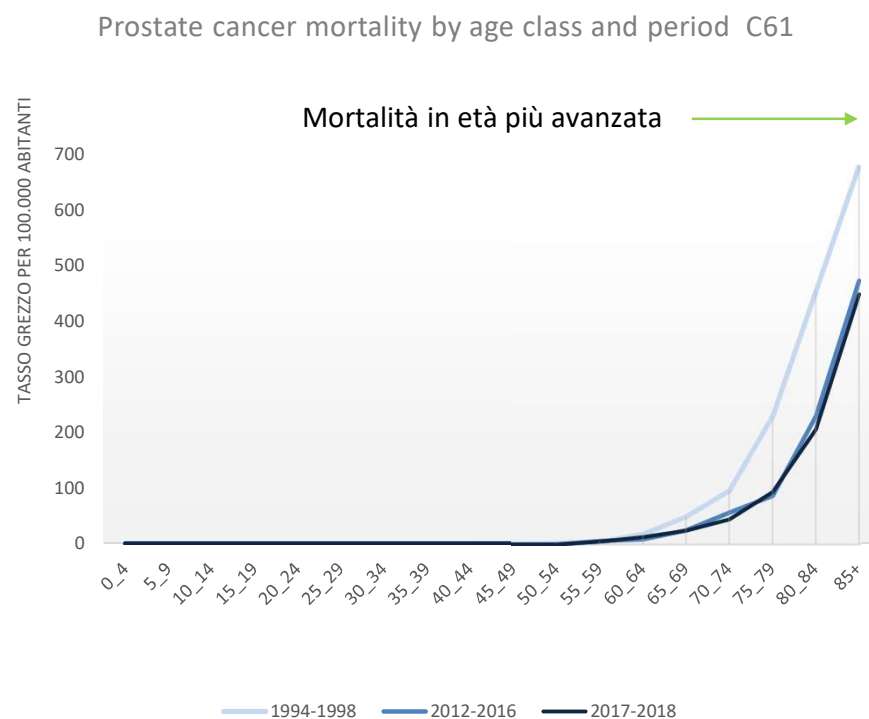
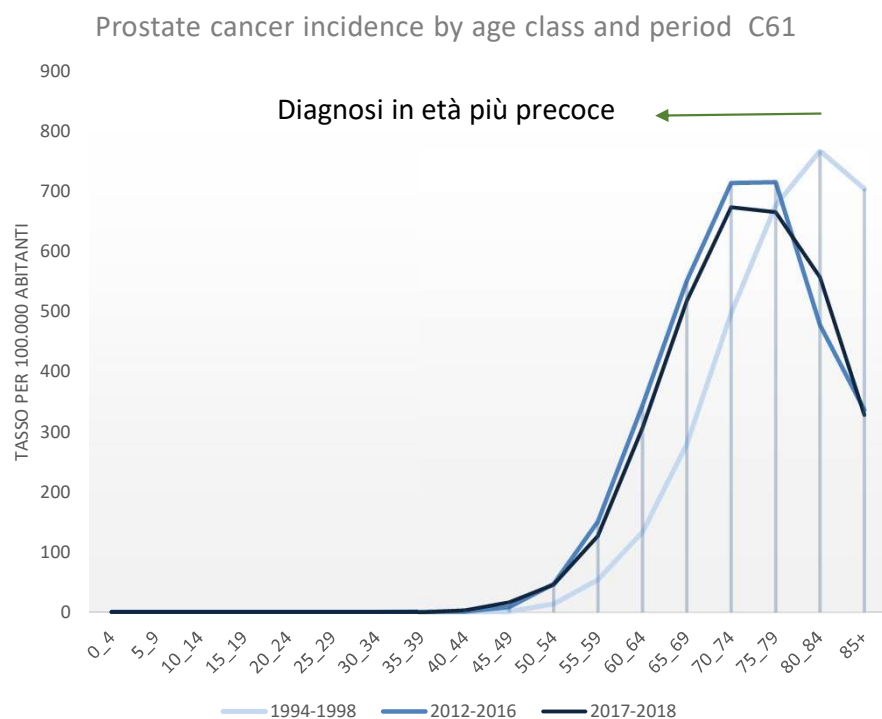


Cancro della prostata

Incidenza* (classifica '17-18 3°)		2017-2018	<i>2012-2016</i>
Numero medio di casi	-	684	691
Tasso per 100.000 ab.	-	161.1	161.7
Tasso standardizzato	-	149.5	155.4
Mortalità (classifica '17-18 1°)			
Numero medio di morti	=	127	127
Tasso per 100.000 ab.	+	29.9	29.7
Tasso standardizzato	-	28.2	29.9



Incidenza e mortalità per cancro della prostata per età e periodo



Note sul cancro della prostata

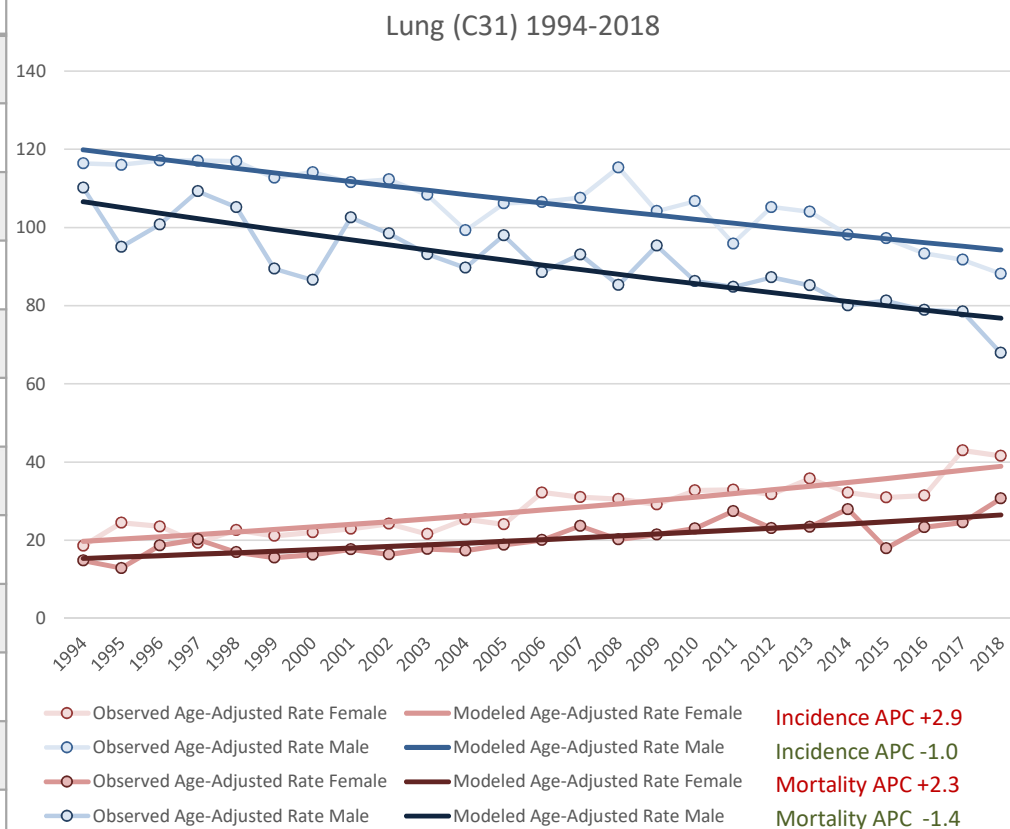
- L'andamento irregolare dell'incidenza del cancro della prostata è legato a variazioni nell'uso dello screening con il dosaggio del PSA
- La mortalità si riduce significativamente per il miglioramento delle terapie e, verosimilmente, per l'attività di screening opportunistico negli uomini <70 anni

Cancro del
polmone

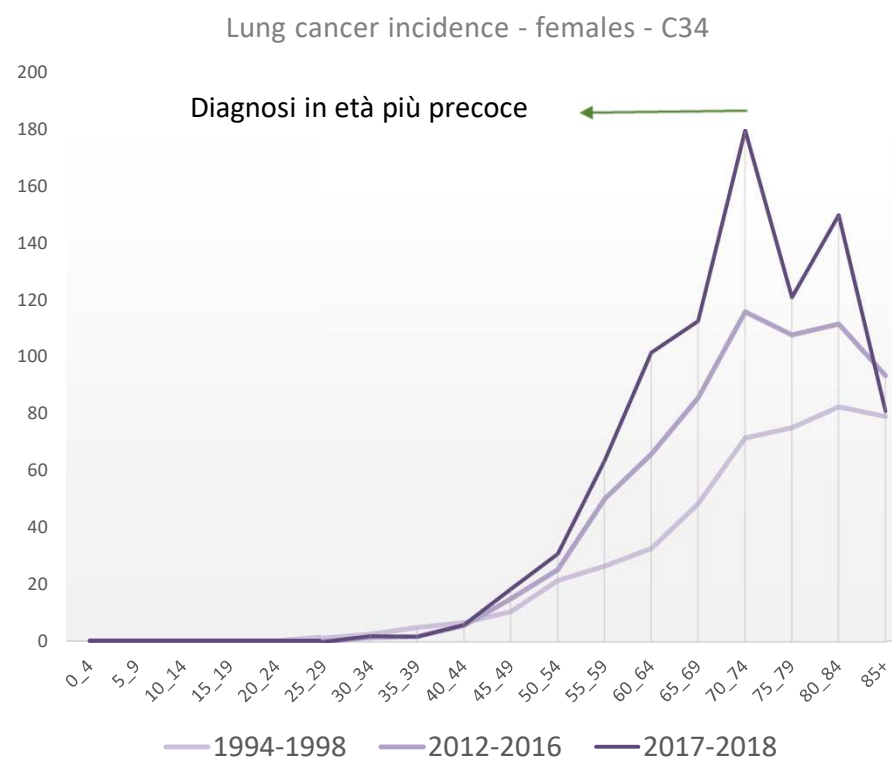
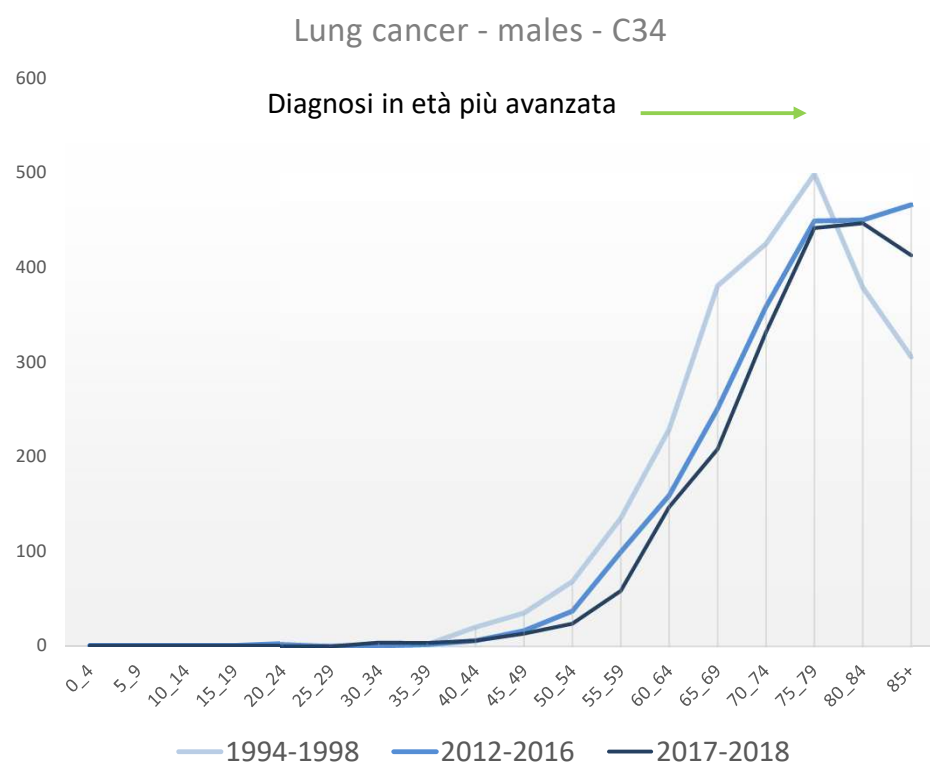


Cancro del polmone

Incidenza*		2017-2018	2012-2016
Numero medio di casi	M	409	433
Tasso per 100.000 ab.	M	96.4	101.4
Tasso standardizzato	M	89.9	98.4
Numero medio di casi	F	230	178
Tasso per 100.000 ab.	F	50.3	38.3
Tasso standardizzato	F	42.3	32.3
Mortalità			
Numero medio di morti	M	334	362
Tasso per 100.000 ab.	M	78.7	84.7
Tasso standardizzato	M	73.1	82.5
Numero medio di morti	F	158	109
Tasso per 100.000 ab.	F	34.5	28.1
Tasso standardizzato	F	27.6	23.0



Incidenza del cancro del polmone per classe d'età, sesso e periodo



Note sul cancro del polmone

- Continua il trend opposto nei due sessi con un andamento sfavorevole in termini di incidenza e mortalità nel sesso femminile
- L'aumento dei casi è nel sesso femminile è rilevante
- In entrambi i sessi la mortalità presenta una variazione percentuale lievemente più favorevole dell'incidenza. A questo fenomeno possono contribuire l'aumento delle forme con prognosi lievemente migliore (adenocarcinoma) e il miglioramento dell'efficacia dei trattamenti

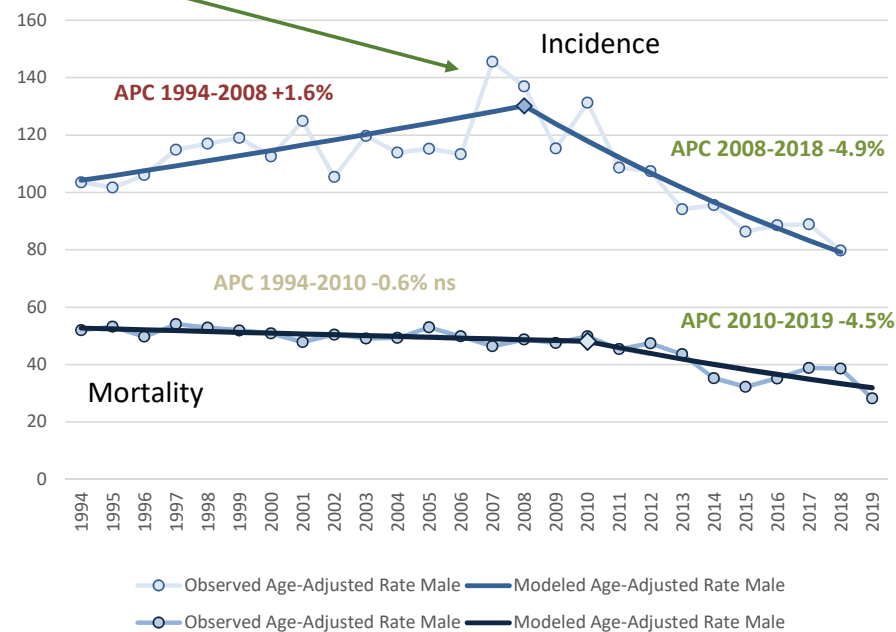
Il cancro del
grosso intestino



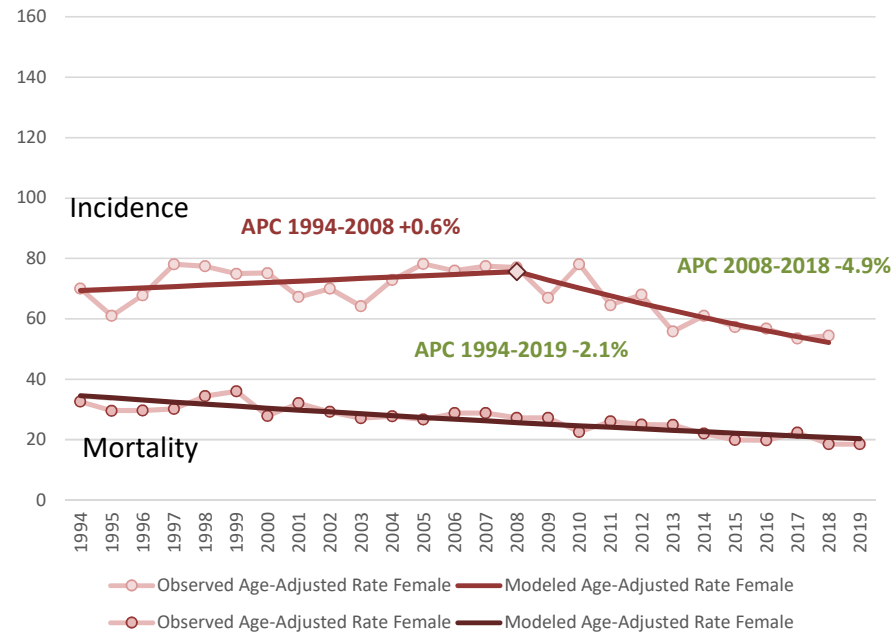
Cancro del colon-retto

screening

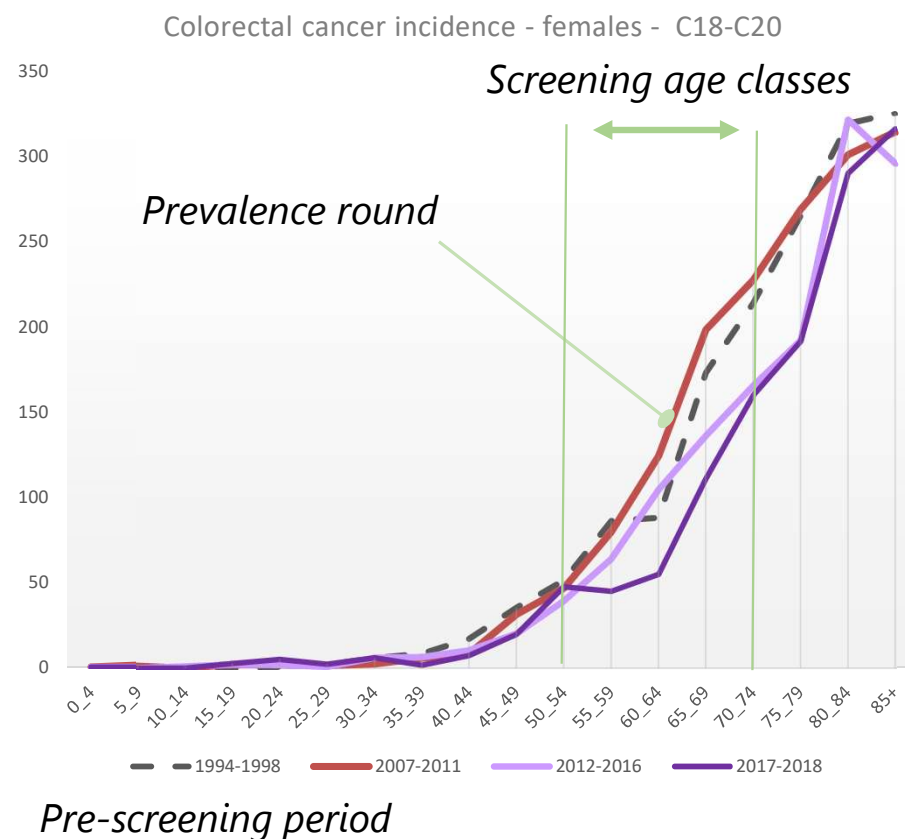
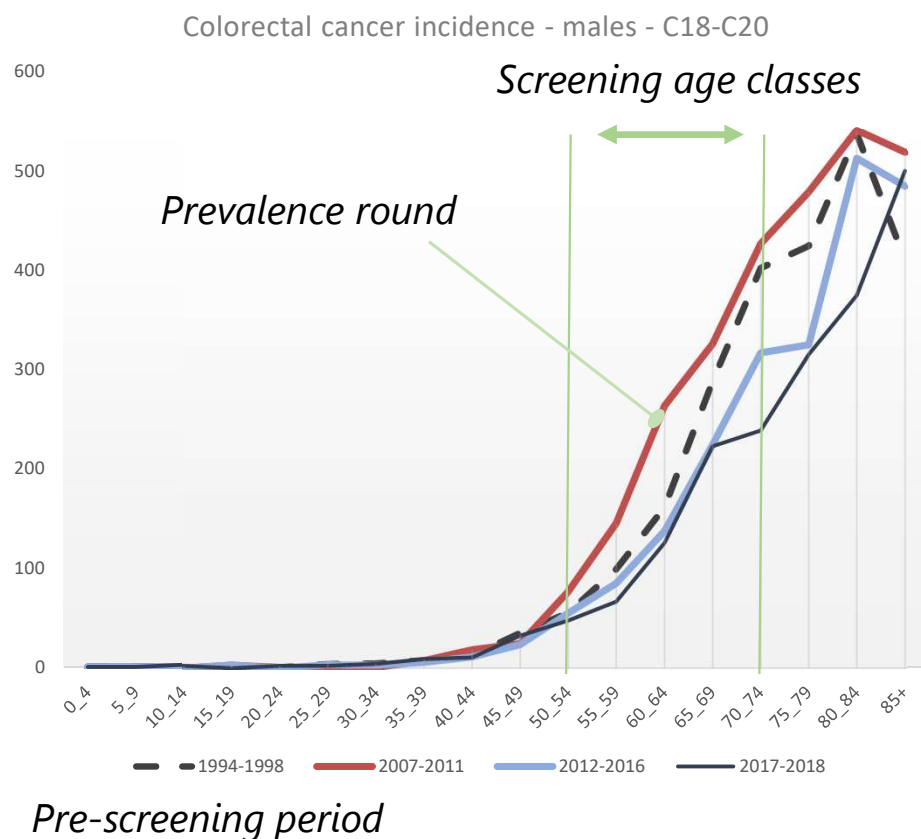
Colorectal cancer - males - (C18-20) 1994-2018



Colorectal cancer - females - (C18-20) 1994-2018



Incidenza del cancro del grosso intestino per sesso, classe d'età e periodo

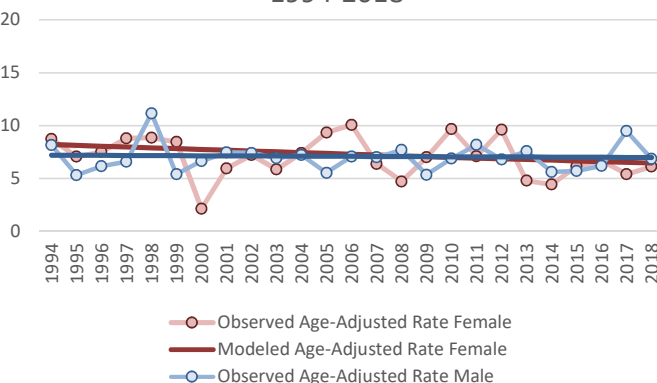


Il trend di incidenza del cancro del colon-retto per classe d'età

Non succede nulla

Lo screening inverte il trend di incidenza nei maschi e determina una riduzione significativa nella classe d'età screening nel sesso femminile oltre che nei maschi ≥ 50 anni

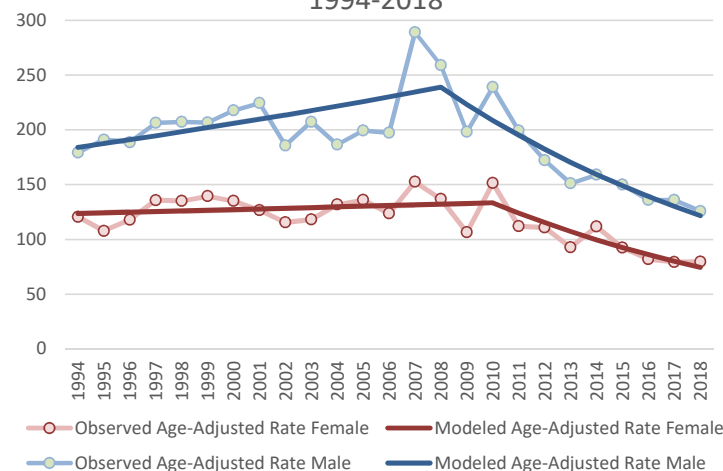
Colorectal cancer, age <50 years (C18-20)
1994-2018



Trend per la classe d'età <50 anni per sesso

APC males -0.1 ns
 APC females -1.0 ns

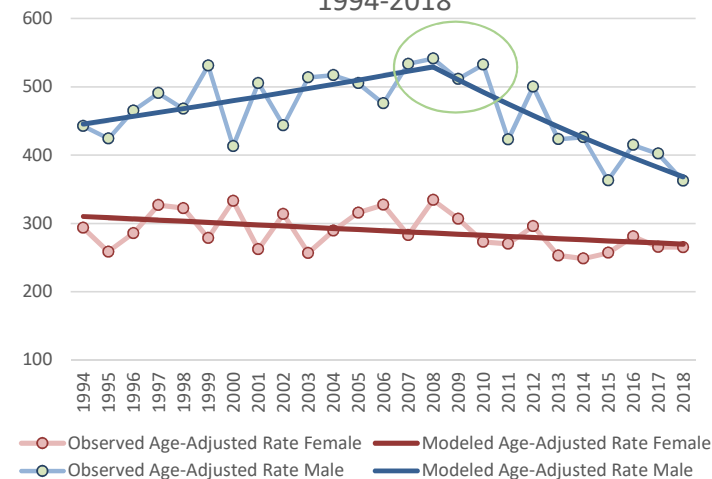
Colorectal cancer, age 50-74 years (C18-20)
1994-2018



Trend per la classe d'età screening

APC males 1994-2008 1.9 95%CI from 0.4 to 3.3
APC males 2008-2018 -6.5 95%CI from -4.1 to -8.9
 APC females 1994-2010 +0.5 ns
APC females 2010-2018 -7.0 95%CI from -3.9 to -10.0

Colorectal cancer age ≥ 75 years (C18-20)
1994-2018

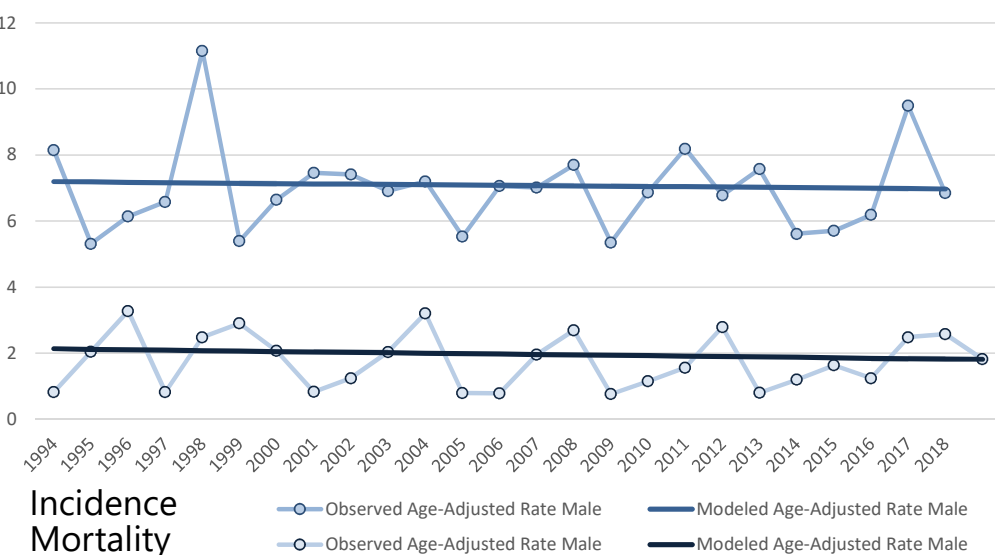


Trend per la classe d'età >75 anni

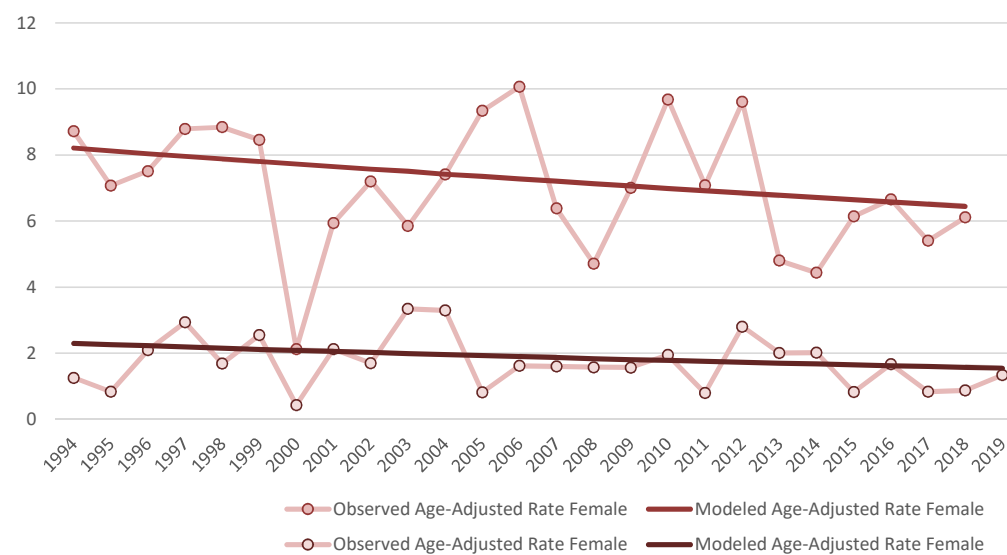
1.2 95%CI from 0.1 to 2.3
-3.6 95%CI from -2.0 to -5.1
APC 1994-2018 -0.6 -
95%CI from -0.1 to -1.1

Cancro del grosso intestino: classe d'età <50, non interessata dallo screening

Colorectal cancer - males - (C18-20) 1994-2019

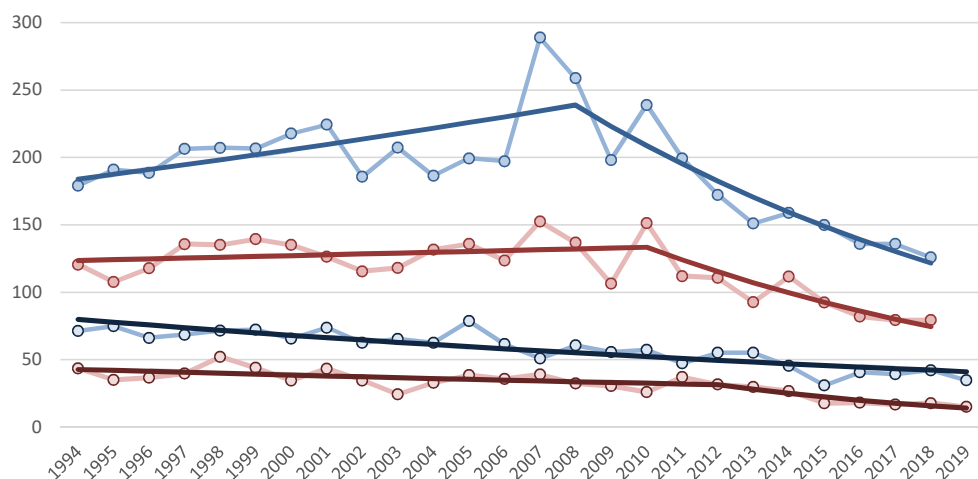


Colorectal cancer - females - (C18-20) 1994-2019



Incidenza e mortalità nelle classi d'età 50-74 e ≥ 75

Colorectal cancer - age 50-74 years (C18-20) 1994-2019

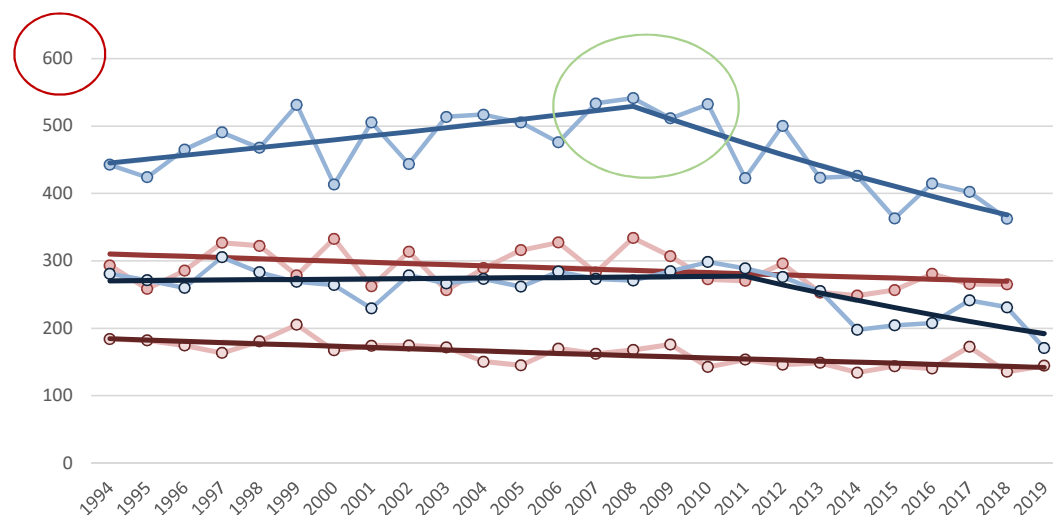


Incidence

Mortality

● Observed Age-Adjusted Rate Female
 ● Modeled Age-Adjusted Rate Female
 ● Observed Age-Adjusted Rate Male
 ● Modeled Age-Adjusted Rate Male

Colorectal cancer - age ≥ 75 years - (C18-20) 1994-2019

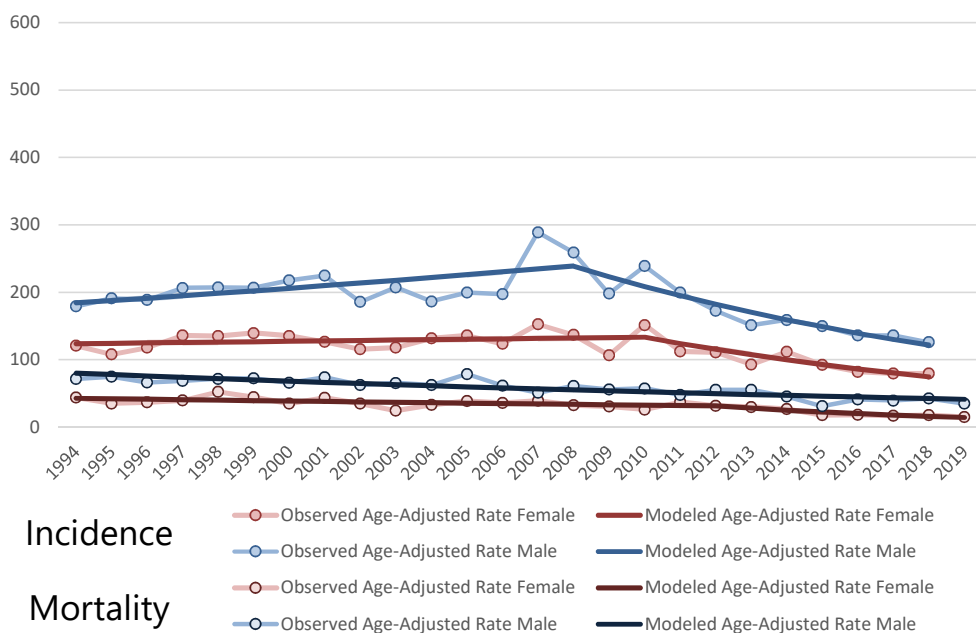


● Observed Age-Adjusted Rate Female
 ● Modeled Age-Adjusted Rate Female
 ● Observed Age-Adjusted Rate Male
 ● Modeled Age-Adjusted Rate Male

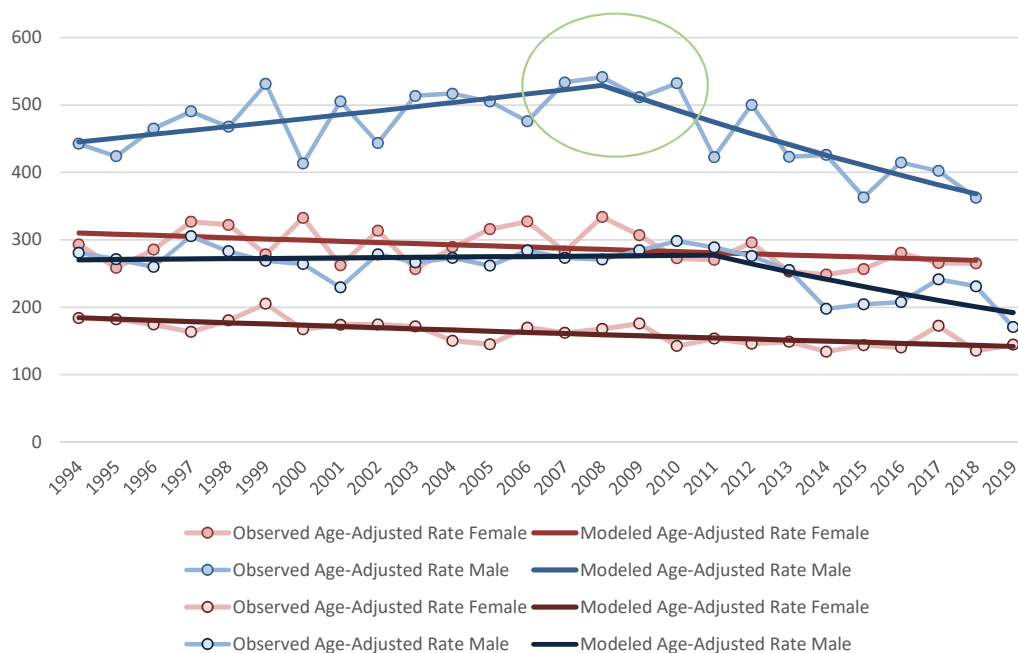
La mortalità è molto più elevata nella classe d'età più anziana. Lo screening influisce anche sugli indicatori di questa classe d'età soprattutto nel sesso maschile

Incidenza e mortalità nelle classi d'età 50-74 e ≥ 75

Colorectal cancer - age 50-74 years (C18-20) 1994-2019



Colorectal cancer - age ≥ 75 years - (C18-20) 1994-2019



La mortalità è molto più elevata nella classe d'età più anziana. Lo screening influisce anche sugli indicatori di questa classe d'età soprattutto nel sesso maschile

Note sul cancro del grosso intestino

Incidenza*		2017-2018	<i>2012-2016</i>
Numero medio di casi	M	383	411
Tasso per 100.000 ab.	M	90.2	96.3
Tasso standardizzato	M	84.3	93.8
Numero medio di casi	F	326	343
Tasso per 100.000 ab.	F	71.2	74.0
Tasso standardizzato	F	54.0	59.2
Mortalità			
Numero medio di morti	M	175	167
Tasso per 100.000 ab.	M	41.2	39.1
Tasso standardizzato	M	38.7	38.6
Numero medio di morti	F	139	141
Tasso per 100.000 ab.	F	30.2	30.4
Tasso standardizzato	F	20.4	22.3

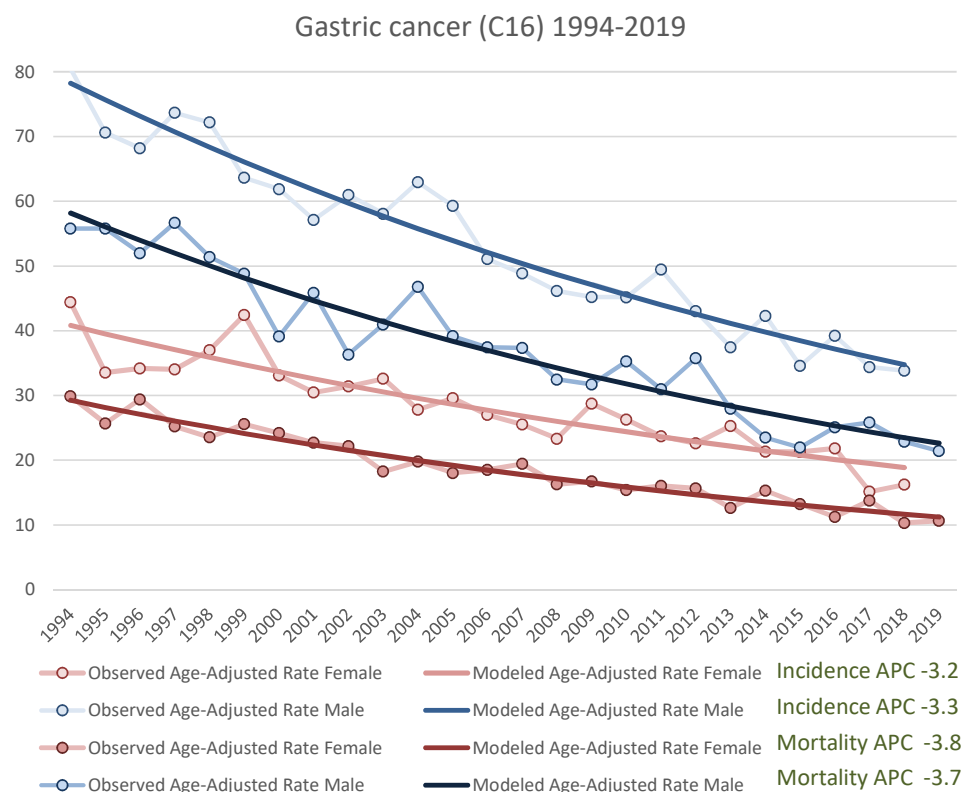
- Il quadro epidemiologico favorevole è determinato dallo screening. Questo intervento centrale determina non solo una riduzione della mortalità in entrambi i sessi ma anche una riduzione dell'incidenza legata alla rimozione delle lesioni pre-maligne
- L'impatto è più evidente nel sesso maschile per una serie di fattori che includono incidenza più elevata condizionata dai fattori di rischio, diagnosi tardiva talvolta in emergenza (occlusione), prevalenza di lesioni del colon sinistro
- Il trattamento delle lesioni diagnosticate allo screening è spesso endoscopico e quindi riduce la disabilità residua e non richiede cicli di radio o chemioterapia

Il cancro gastrico:
un problema
regionale

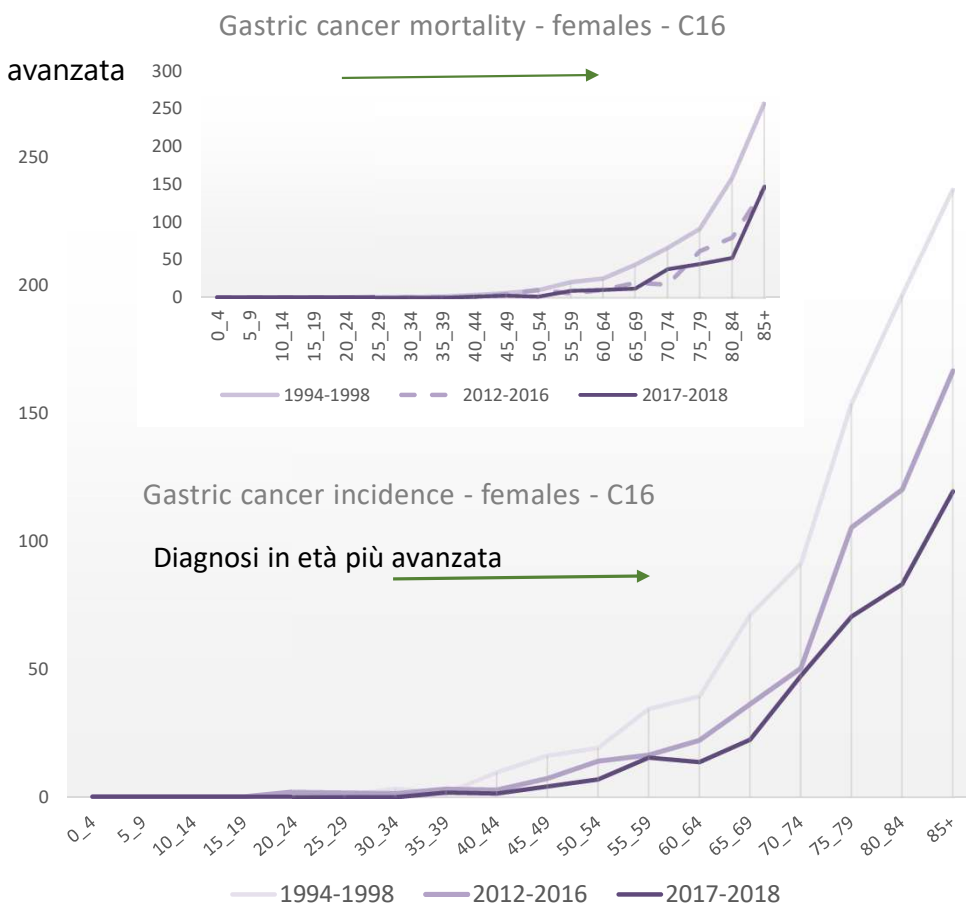
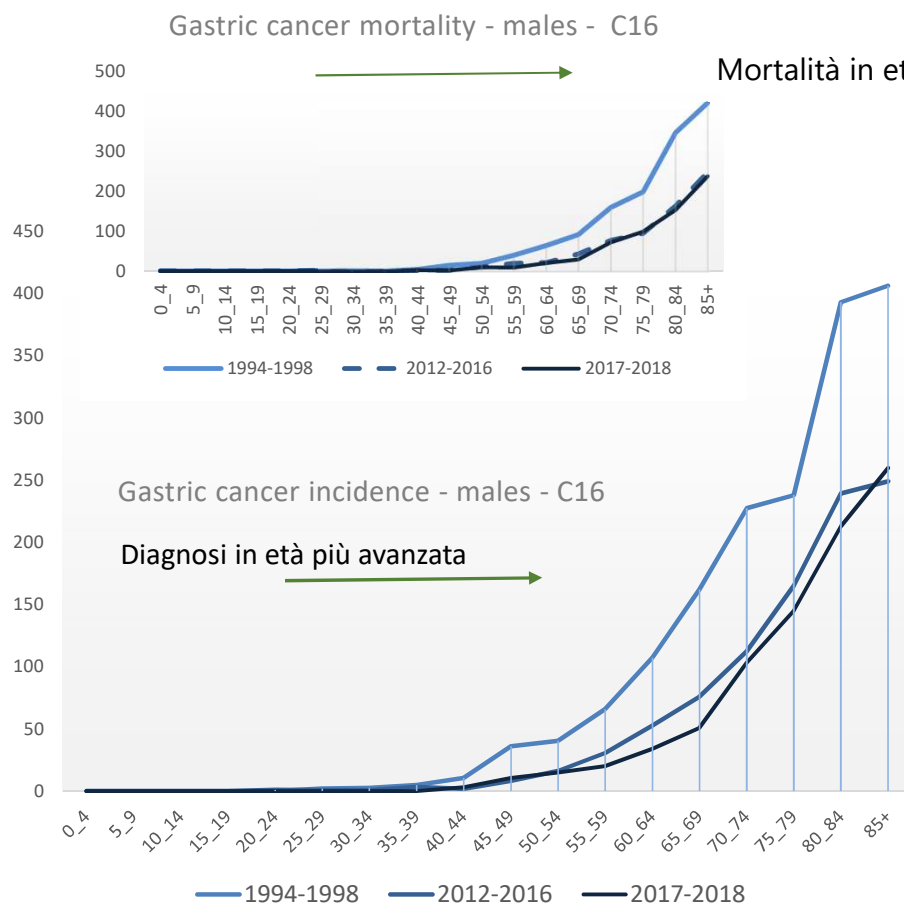


Cancro gastrico

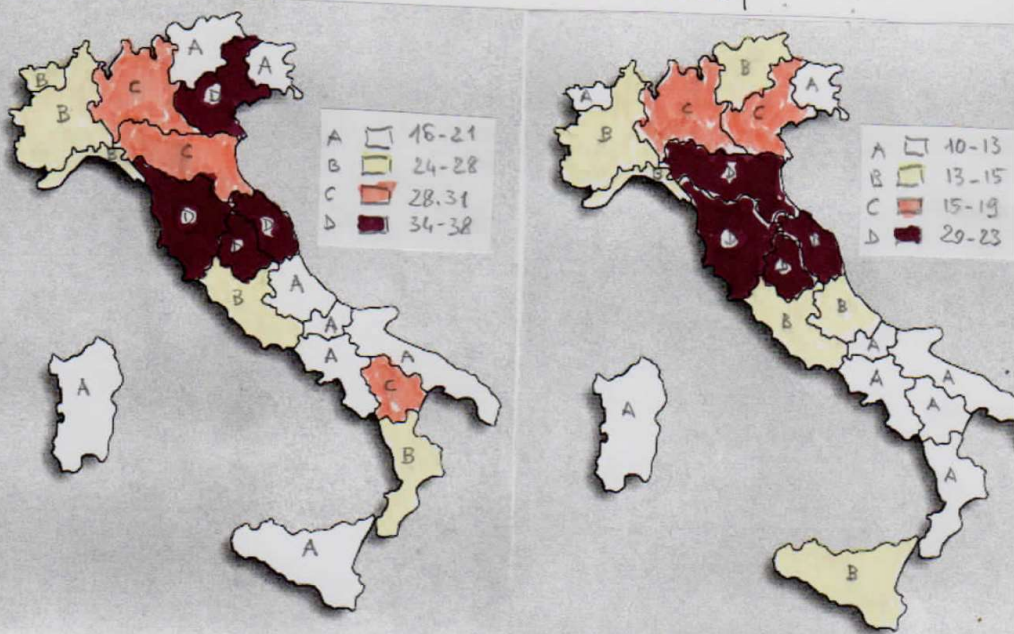
Incidenza*		2017-2018	2012-2016
Numero medio di casi	M	154	170
Tasso per 100.000 ab.	M	36.4	39.7
Tasso standardizzato	M	34.1	39.8
Numero medio di casi	F	98	136
Tasso per 100.000 ab.	F	21.5	29.4
Tasso standardizzato	F	15.7	22.3
Mortalità			
Numero medio di morti	M	110	116
Tasso per 100.000 ab.	M	25.9	27.1
Tasso standardizzato	M	24.3	26.7
Numero medio di morti	F	81	88
Tasso per 100.000 ab.	F	17.7	19.0
Tasso standardizzato	F	12.0	13.6



Incidenza e mortalità per cancro gastrico per classe d'età e periodo

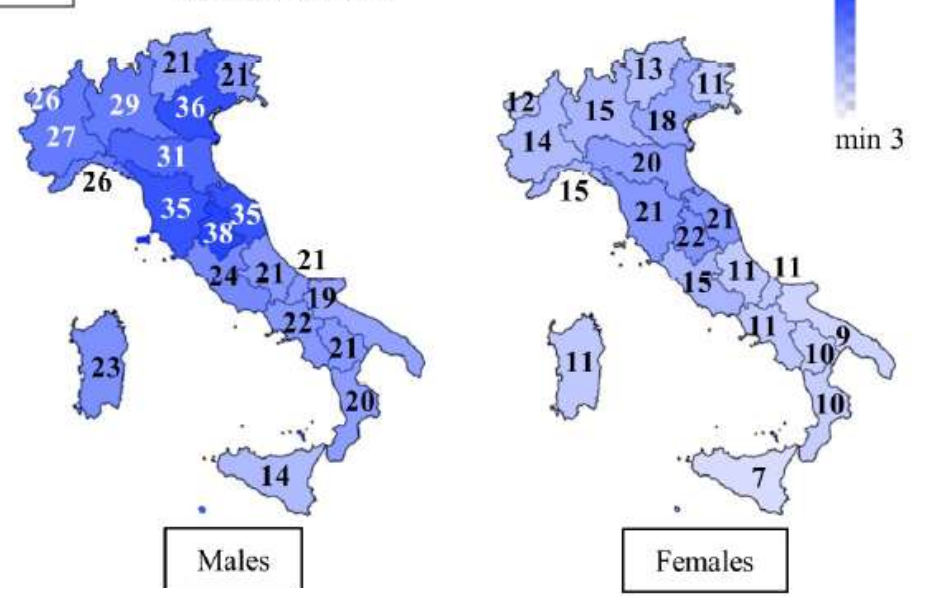


Helicobacter pylori-related cancers



D

Helicobacter pylori-related cancers (Italy, 2018)
Cases per 100,000

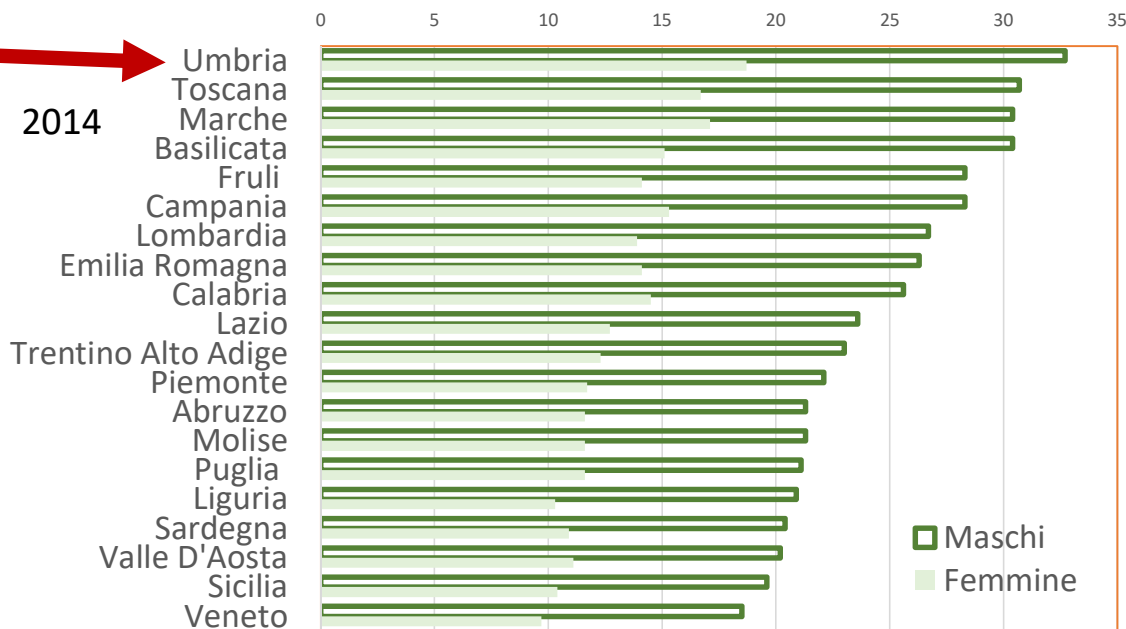
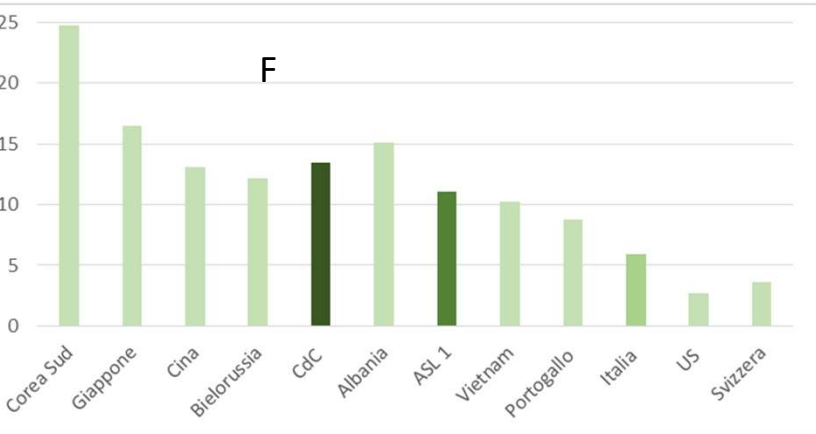
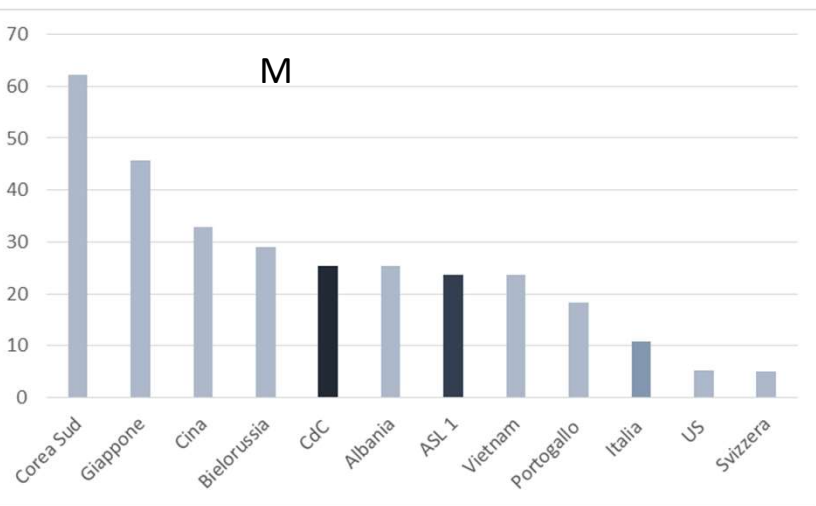


Estimates of the incidence of infection-related cancers in Italian regions in 2018 De Flora et al.

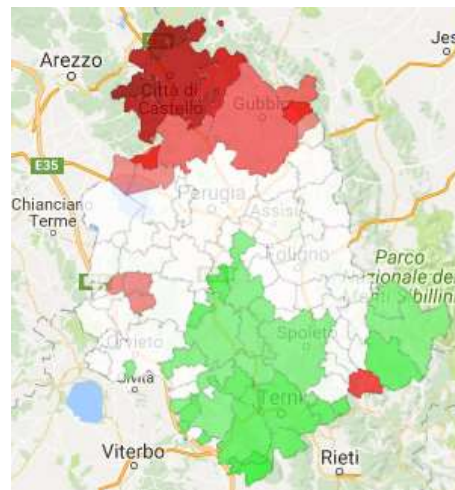
INCIDENZA	Maschi			Femmine		
	Nord	Centro	Sud e isole	Nord	Centro	Sud e isole
Vie aerodigestive superiori*	27.7	22.3	24.4	7.0	5.3	5.1
Esofago	6.9	3.8	3.6	1.8	1.3	0.8
Stomaco	33.9	37.6	24.1	17.0	20.7	13.1
Colon-retto	90.4	98.8	85.1	57.9	62.1	54.9

"I numeri del cancro in Italia" 2018

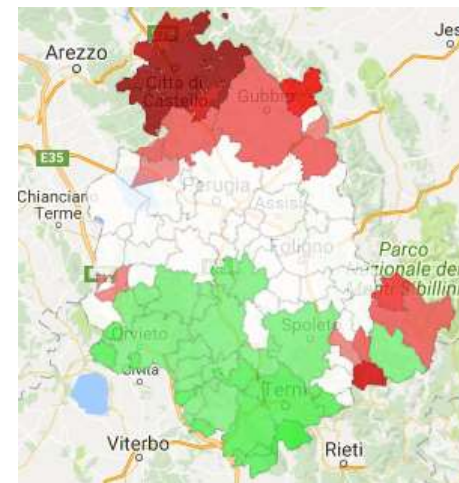
Tasso di incidenza del cancro gastrico



M



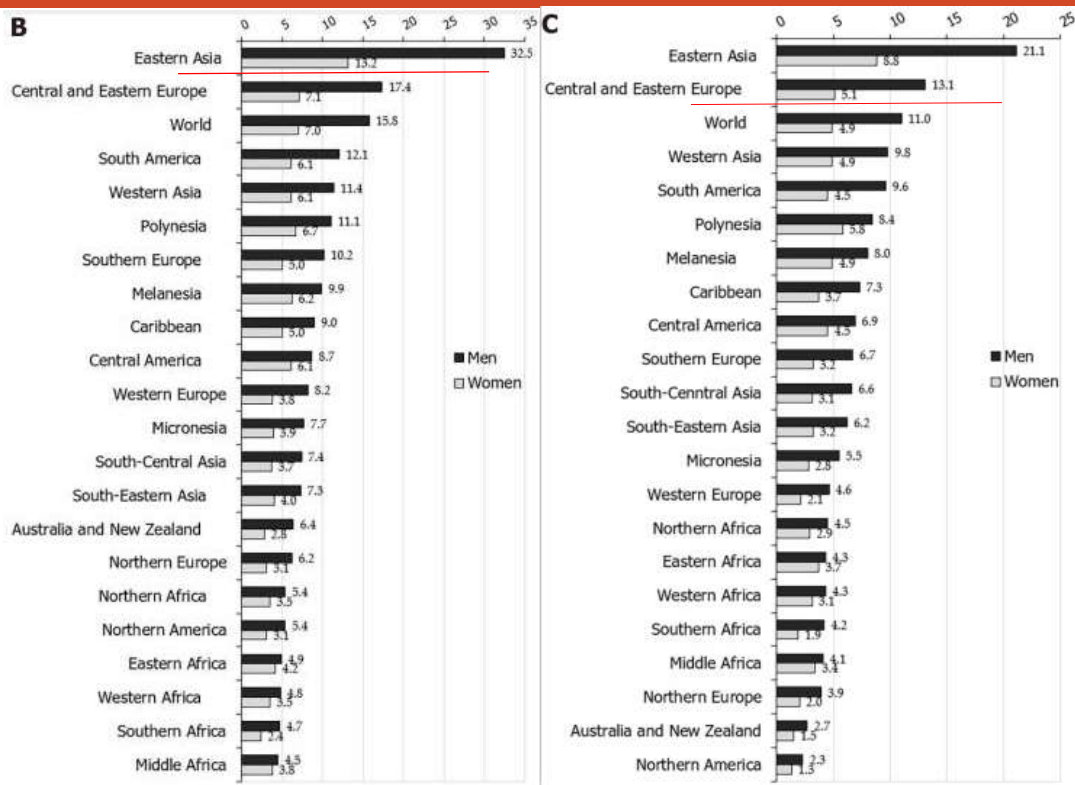
F



Note sul cancro dello stomaco

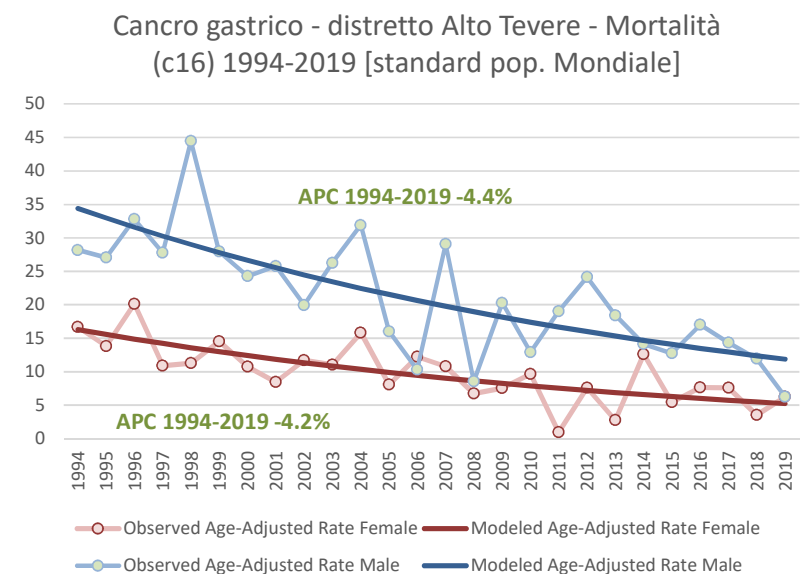
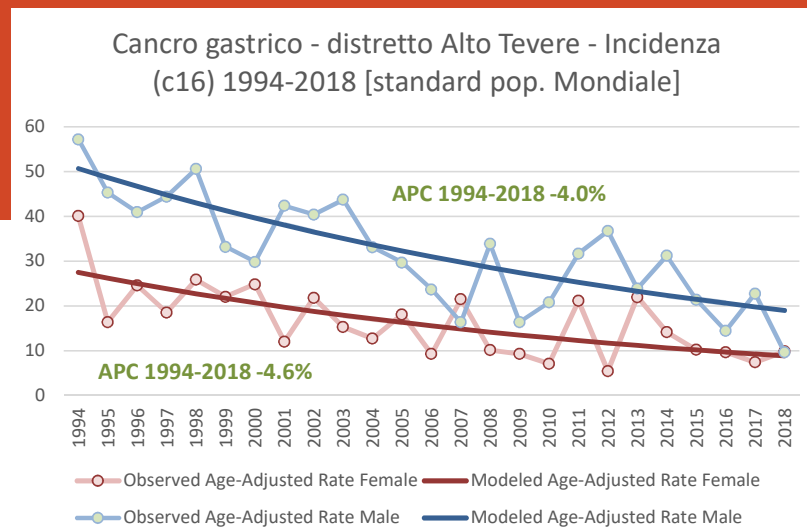
- Continua il trend in riduzione dell'incidenza e quello conseguente della mortalità. Trend comune alla maggior parte dei paesi nel mondo
- L'Umbria rimane una regione con elevata incidenza in Italia e nella zona nord della regione è importante indagare il ruolo dei fattori di rischio inclusa la prevalenza di *Helicobacter pylori* e introdurre interventi sperimentali per rafforzare il trend osservato. Infatti, il cancro gastrico rimane una patologia con diagnosi tardiva e prognosi non favorevole in assenza di screening

Incidenza e mortalità nel mondo e nel distretto dell'Alto Tevere umbro



B: Stomach cancer incidence in men and women; C: Stomach cancer mortality in men and women. GLOBOCAN 2020 estimates[2]: Age Standardized Rate (using World standard population, per 100000)

Epidemiology of stomach cancer WJG 2022



Distretto dell'Alto Tevere e paesi con l'incidenza più elevata

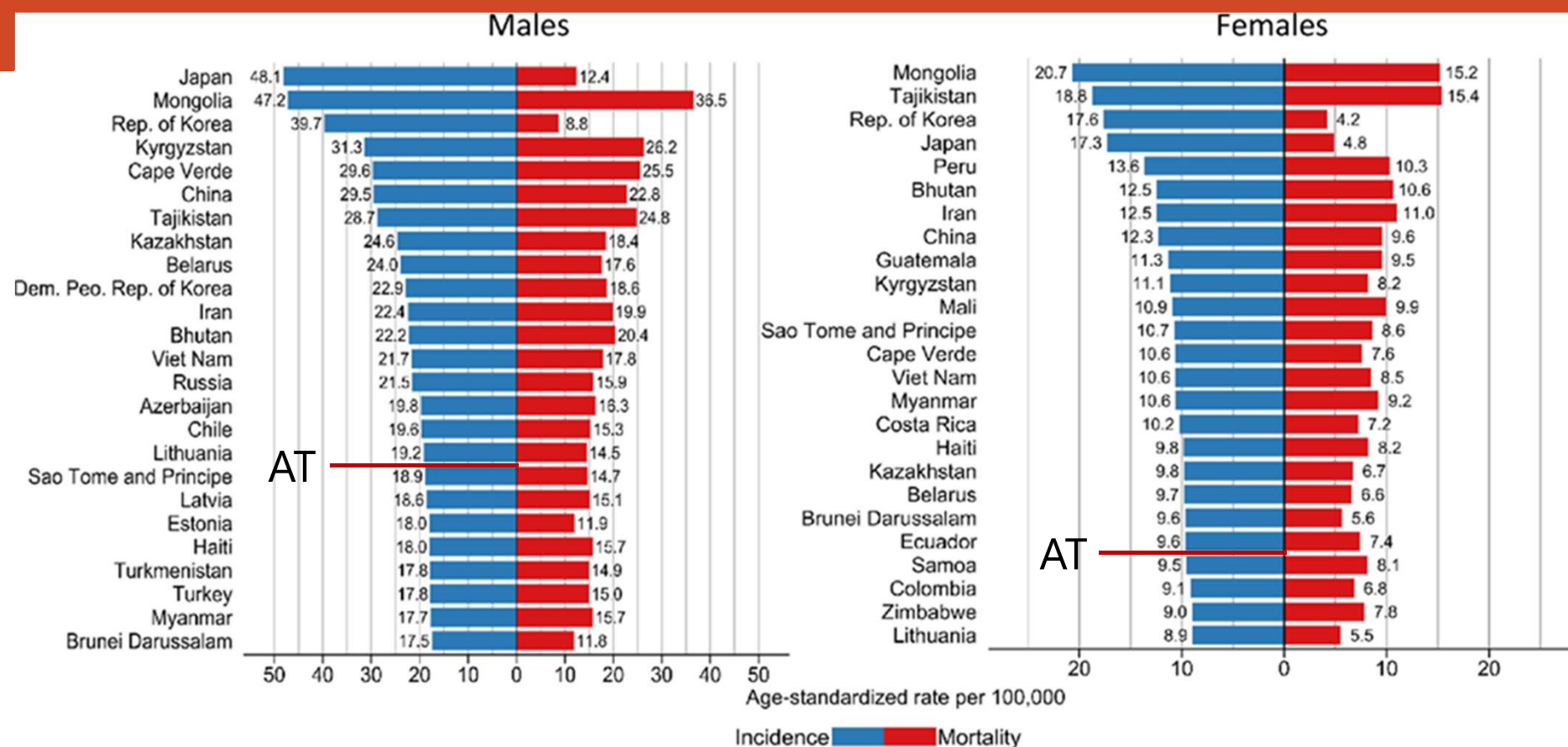
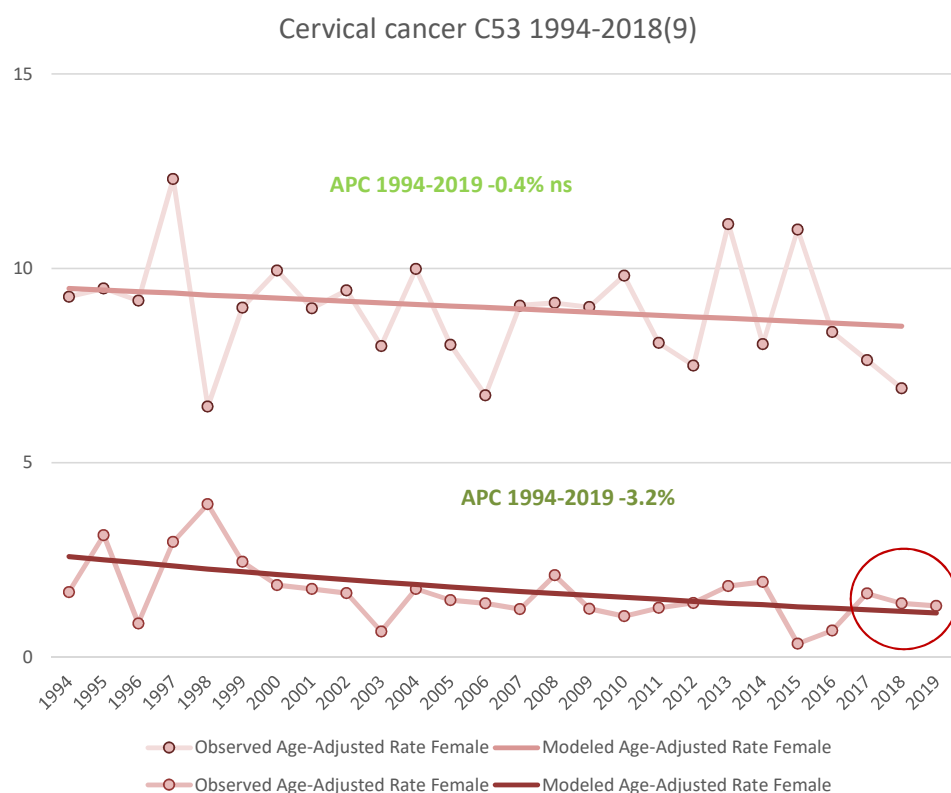


Figure 2 Age-standardised incidence and mortality rates per 100,000 of the **25 highest incidence countries of gastric cancer**, GLOBOCAN 2020.

Il cancro della
cervice uterina



Il cancro della cervice in Umbria: discesa molto lenta dei casi



- 35 carcinomi infiltranti per anno in media nel biennio 2017-2018
- Pochissimi decessi
- Da valutare l'impatto della vaccinazione anche sulle lesioni pre-maligne
- Interventi mirati per impedire che si generino gruppi di donne non vaccinate e non aderenti allo screening
- La risalita della mortalità nel triennio di dati ISTAT potrebbe derivare da problemi di codifica

Conclusioni



Conclusioni

- La qualità dei dati generali risulta sovrapponibile a quella storica del registro regionale
- Vi è la possibilità di migliorare la tempestività (in base al tempo impiegato per 2 anni di registrazione e alla formazione di nuovo personale)
- La qualità della struttura tecnologica è ottima
- Funzionamento e tempestività sono ad oggi condizionati dalla ripresa dell'attività del registro regionale delle cause di morte (ReNCaM)
- La ripresa di attività di valutazione ad elevata risoluzione degli screening e della rete oncologica è condizionata da accesso tempestivo alle basi dati, miglioramento dell'infrastruttura tecnologica e del dettaglio clinico registrato (ad esempio registrazione clinica delle breast unit; cartella clinica oncologica elettronica)

Grazie

