



ISPRO
Istituto per lo studio, la prevenzione
e la rete oncologica



Webinar
gratuito

Oncologia in Toscana: immaginiamo il futuro

WEBINAR ECM

18 NOVEMBRE 2020

14:30 - 17:30

3 CREDITI ECM

Organizzato da ARS Toscana e ISPRO



Screening: effetti immediati e a lungo termine

Paola Mantellini
Francesca Battisti
ISPRO Firenze

p.mantellini@ispro.toscana.it
crr@ispro.toscana.it
segreteriaons@ispro.toscana.it

Gli effetti della pandemia hanno riguardato sia i cittadini che i servizi sanitari. Questi ultimi si sono infatti trovati ad affrontare, sia durante il *lockdown* che alla ripresa, problematiche nuove che hanno richiesto decisioni estremamente rapide. Non sempre il contesto ha permesso di risolvere tutte le problematiche (infrastrutture e forniture).

Emergenza Coronavirus e screening oncologici

Nei mesi di marzo e aprile gli inviti allo screening sono stati **sospesi in tutta Italia**, mentre sono stati mantenuti tutti i secondi livelli ovvero tutti gli ambulatori di approfondimento diagnostico per i casi risultati dubbi o sospetti al test di screening

A maggio l'attività è ripresa e l'Osservatorio Nazionale Screening, network degli screening oncologici a supporto del Ministero e delle Regioni con la sua sede tecnico-amministrativa in ISPRO, ha cominciato a monitorare la ripresa.

Emergenza Coronavirus e screening oncologici

Nei mesi di giugno-luglio 2020 l'ONS ha condotto due indagini:

➡ un'analisi qualitativa che si prefiggeva di verificare, dal punto di vista strettamente organizzativo, cosa era successo durante il lock down e come ci si stava adoperando per la ripartenza

➡ un'analisi quantitativa con l'obiettivo di misurare la velocità della ripresa attraverso un confronto tra gennaio-maggio 2020 e lo stesso periodo del 2019 in termini di numero di esami effettuati e di mesi di ritardo.

Sono state inoltre stimate le lesioni che subiranno un ritardo diagnostico a causa dell'interruzione degli screening

Emergenza Coronavirus e screening oncologici

Il contributo dei coordinamenti regionali
alle due survey è stato molto fattivo e in
entrambe i casi hanno risposto 20
Regioni/PA su 21

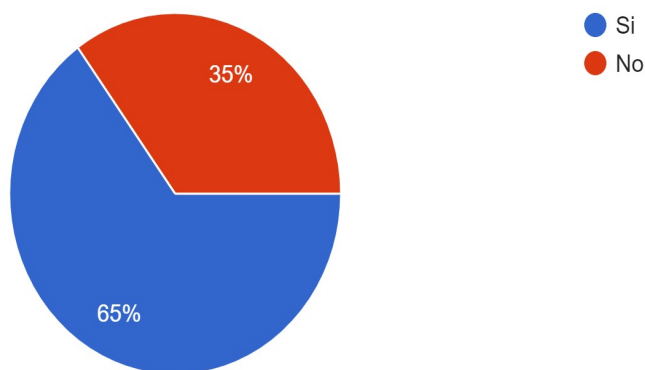
EFFETTI IMMEDIATI

INDAGINE QUALITATIVA

INDAGINE QUALITATIVA

7. Sono ripartiti tutti e tre gli Screening?

20 risposte

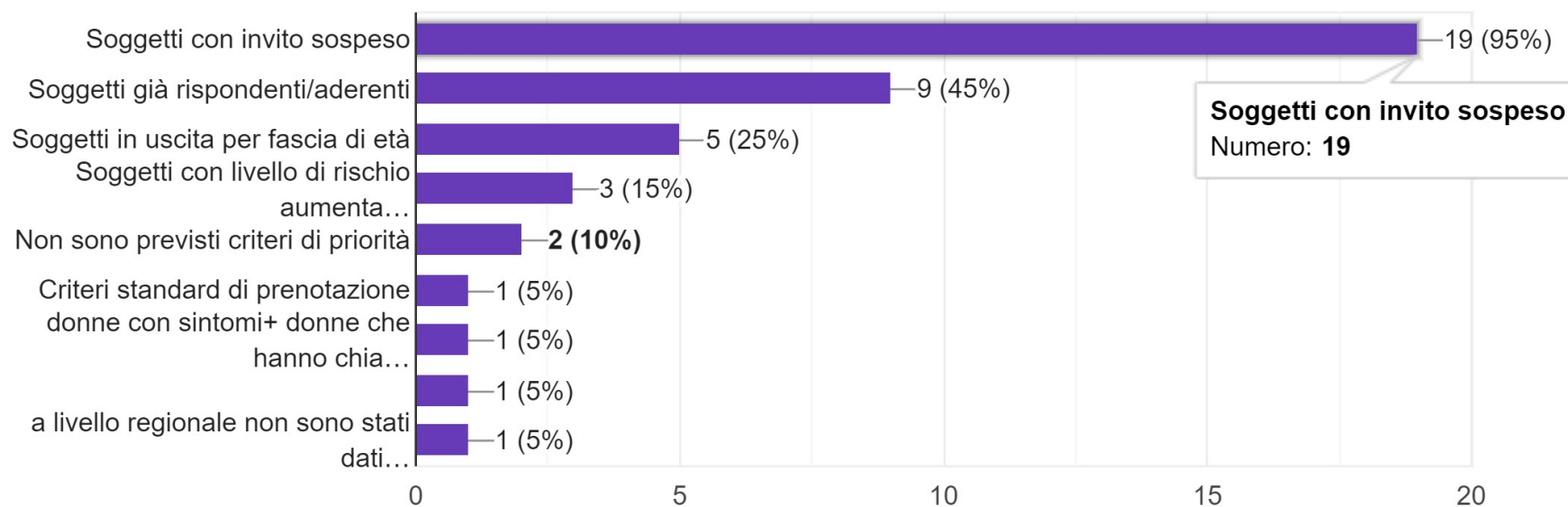


Fin da subito è emerso che la ripartenza è stata alquanto difforme tra una Regione e l'altra e anche all'interno di una stessa Regione vi è stata notevole disomogeneità.

INDAGINE QUALITATIVA

12. Quali sono i criteri di scelta per l'attribuzione dell'appuntamento? (è possibile indicare più risposte - se Altro specificare).

20 risposte



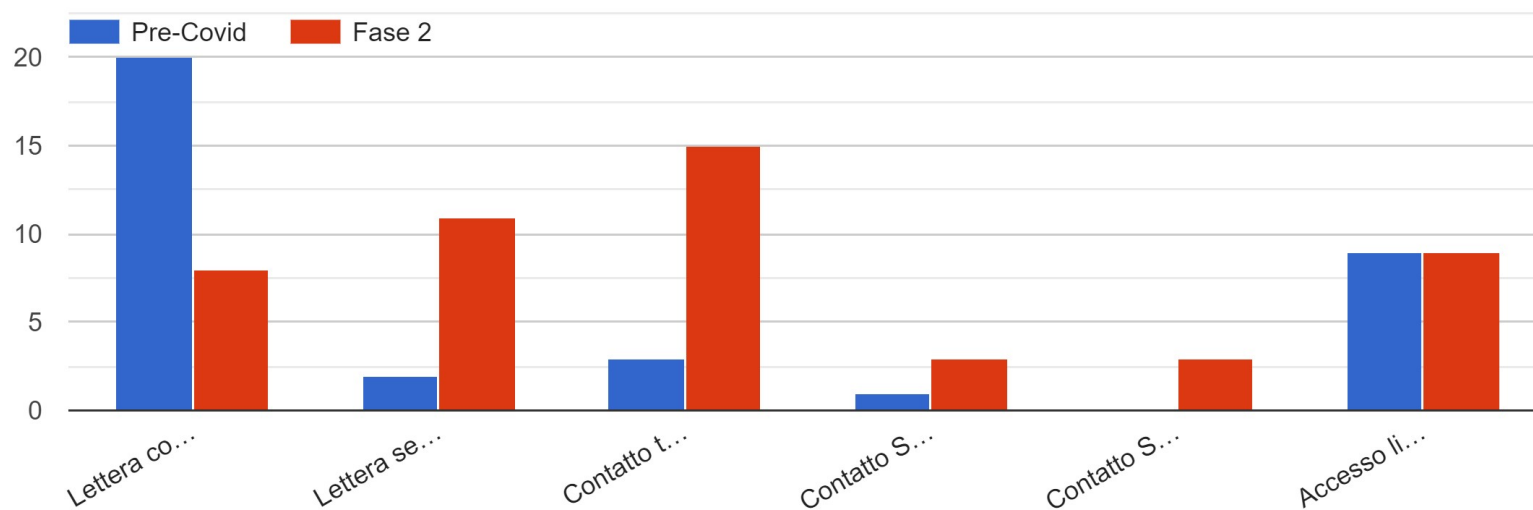
INDAGINE QUALITATIVA

18. La ripresa dei programmi nel suo territorio, porterà all'adozione di modalità diverse di effettuazione del test di screening e modalità di erogazione del servizio? Se sì, quali (test Hpv in autoprelievo, invio domiciliare kit...)? 18 risposte

8 regioni sulle 18 che hanno risposto che non avrebbero adottato modalità diverse, rispetto alla fase pre Covid 19, nella effettuazione dei test e nelle modalità di erogazione del servizio

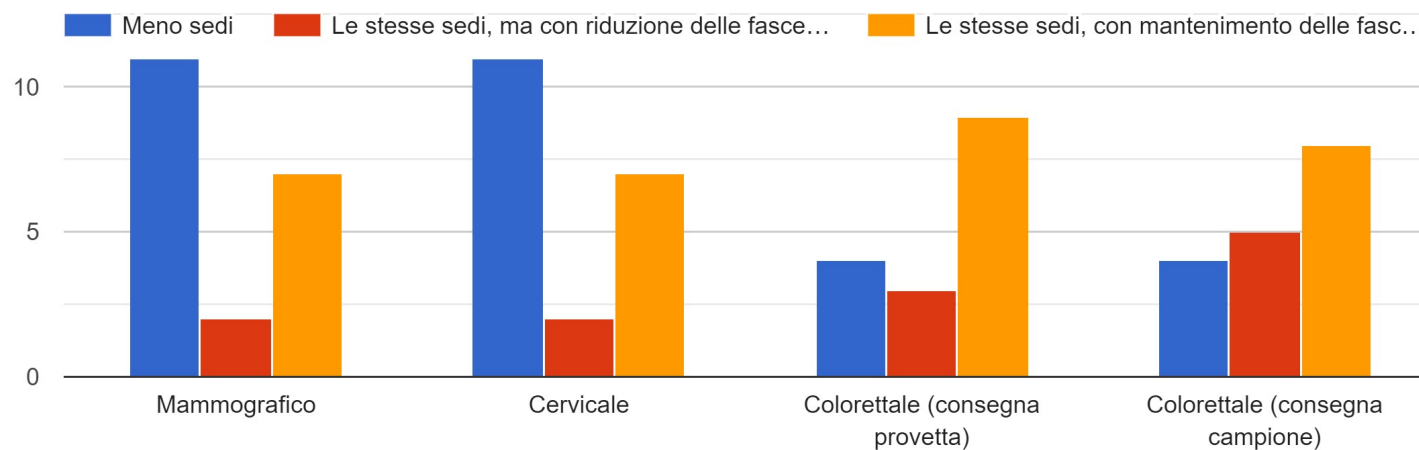
INDAGINE QUALITATIVA

22. Le modalità di convocazione per lo screening mammografico sono (possibili più risposte):



INDAGINE QUALITATIVA

20. Rispetto alla fase Pre-covid, per l'erogazione dei servizi sono disponibili (consultori, sale radiologia, distretti):

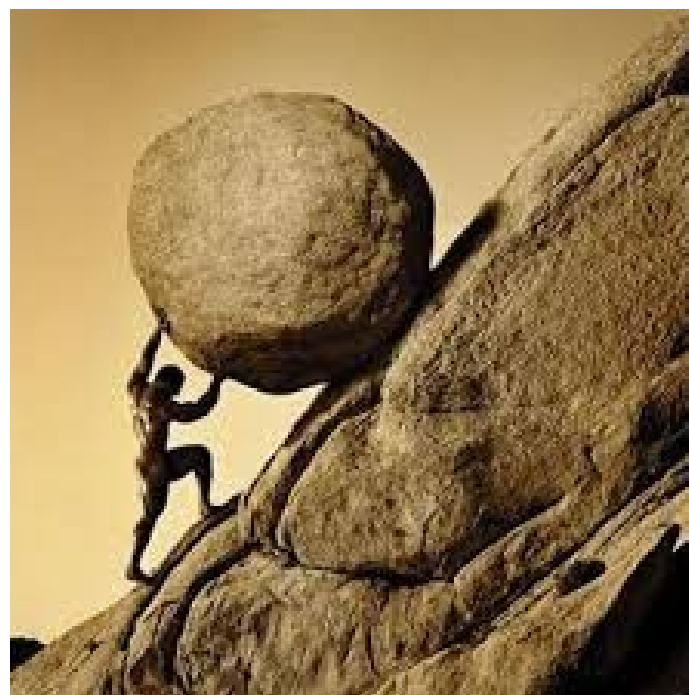


Con il passare del tempo molte Regioni sono ripartite con gli inviti prefissati, ma la modalità di contatto telefonico e la lettera di invito senza appuntamento sono spesso associate.

Data la minore disponibilità di posti e la ridotta adesione in alcune aree, molti servizi hanno disposto meccanismi di recall telefonico o tramite sms

INDAGINE QUALITATIVA

Nella riattivazione emerge che le maggiori difficoltà e i più ampi ritardi si osservano in quelle regioni in cui già prima dell'attuale emergenza sanitaria la situazione era critica.



EFFETTI IMMEDIATI INDAGINE QUANTITATIVA

«Ritardi maturati dai programmi di screening oncologici ai tempi del Covid-19 in Italia, velocità della ripartenza e stima dei possibili ritardi diagnostici «.

Mantellini P , Battisti F et al, in pubblicazione su Epidemiologia e Prevenzione

Dimensioni misurate

- **Ritardo accumulato** = Confrontare il numero di inviti e di esami fatti nei primi 5 mesi (o primi 9 mesi) del 2020 e confrontarli con i primi 5 mesi del 2019
- **Velocità della ripartenza** = confrontare attività di maggio 2020 con maggio 2019
- **Impatto del ritardo** = Numero di lesioni che avranno un qualche ritardo di diagnosi

Dimensione del ritardo cumulato

- **Numero assoluto e % di test** in meno effettuati nei primi mesi 2020 rispetto allo stesso periodo del 2019
- Ritardo in **‘mesi standard’** :
Numero di mesi di attività che sarebbero necessari per recuperare il ritardo con i volumi di attività pre-pandemici di ogni singola Regione

Confronto fra i tre programmi di screening a livello Nazionale

Ritardo accumulato : Media e valore minimo e massimo

Prima survey quantitativa

Screening MAMMOGRAFICO

Riduzione numero esami 5 mesi = 53,8% (40,7% – 71,2%). Oltre 470.000 esami in meno

Ritardo accumulato in mesi standard = 2,7 (2,2 - 3,6)

Screening COLORETTALE

Riduzione numero esami 5 mesi = 54,9% (32,6% – 72,8%). Oltre 585.000 esami in meno

Ritardo accumulato in mesi standard = 2,7 (1,6 – 3,6)

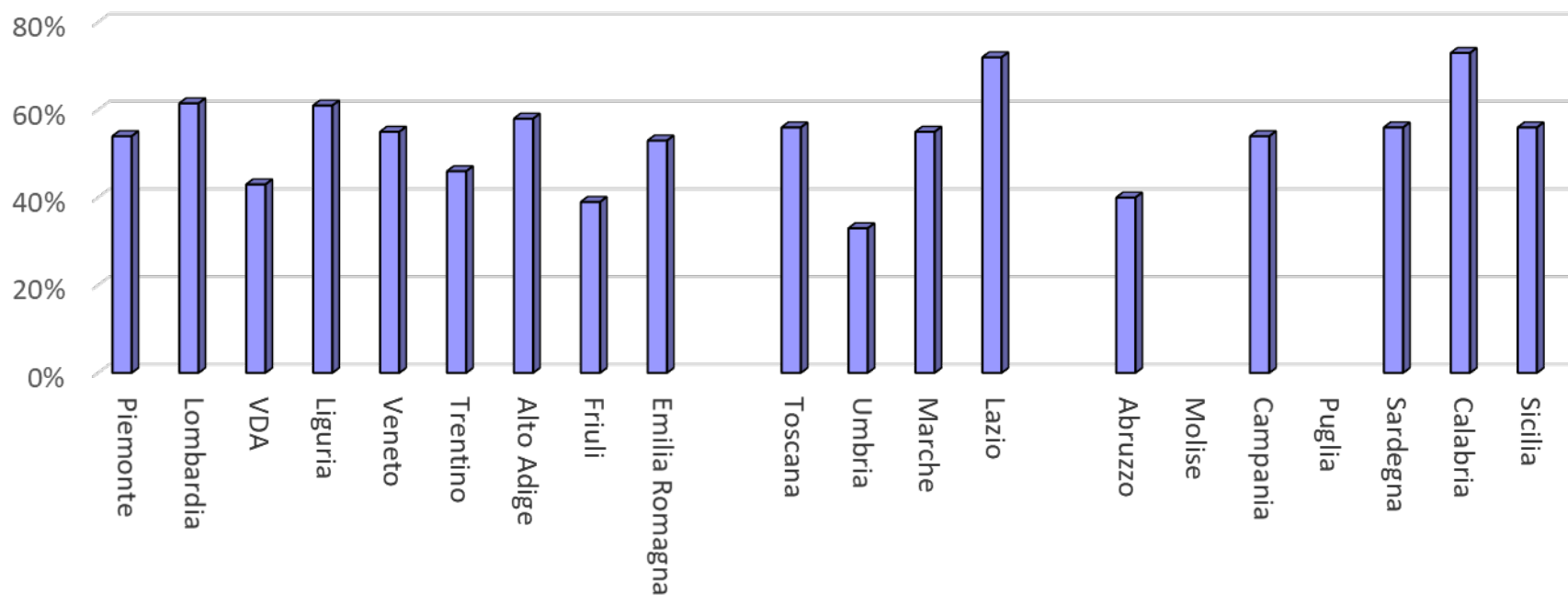
Screening CERVICALE

Riduzione numero esami 5 mesi = 55,3% (41,2% – 62,9%). Oltre 370.000 esami in meno

Ritardo accumulato in mesi standard = 2,8 (2,1 - 3,2)

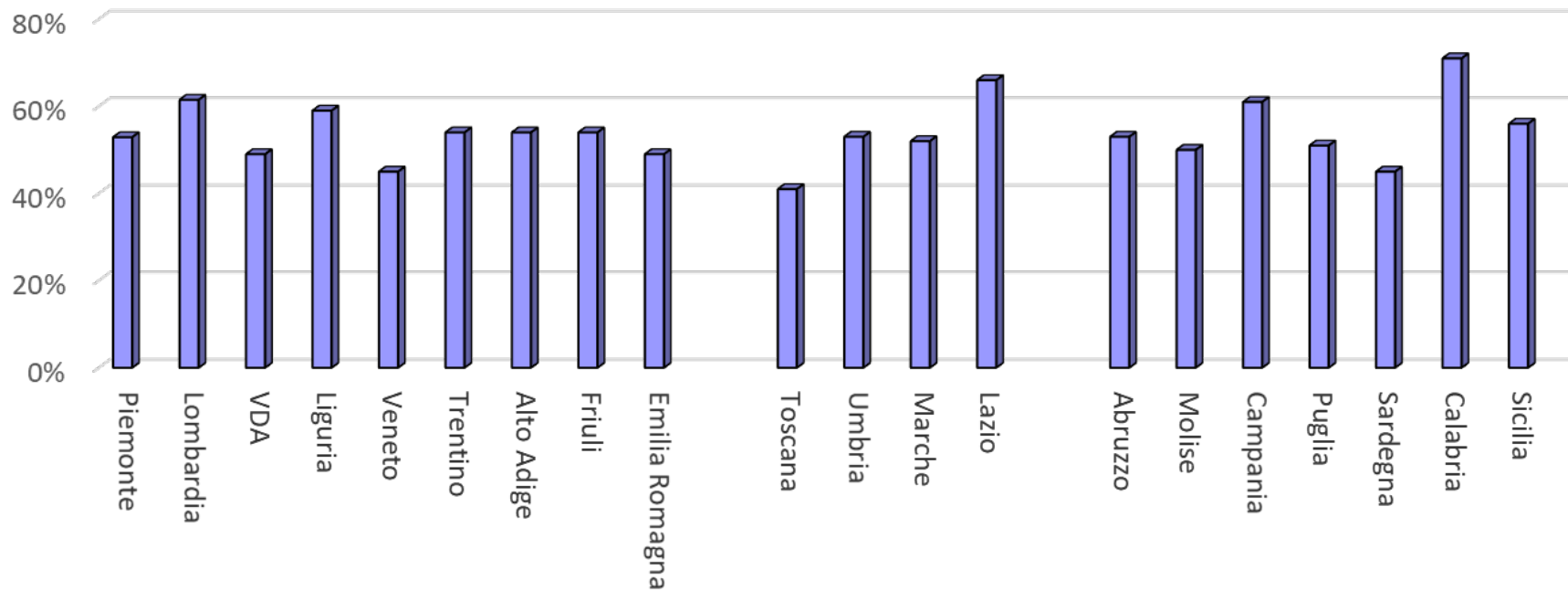
Ritardo accumulato (%) fra i test colorettaali eseguiti nei 5 mesi del 2020 rispetto stesso periodo 2019

ITALIA = - 585287 esami ; 54,9%



Ritardo accumulato (%) fra i test mammografici eseguiti nei
5 mesi del 2020 rispetto stesso periodo 2019

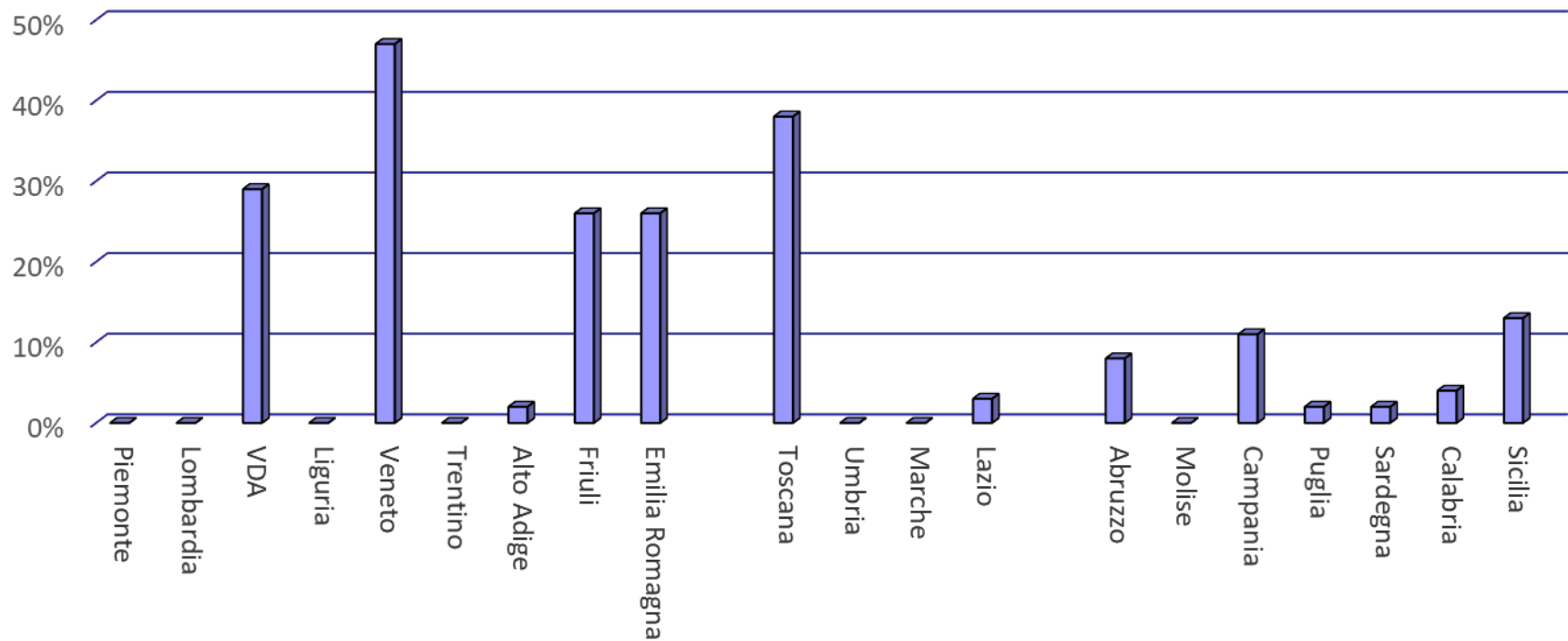
ITALIA = -472.389 esami ; 53,8%



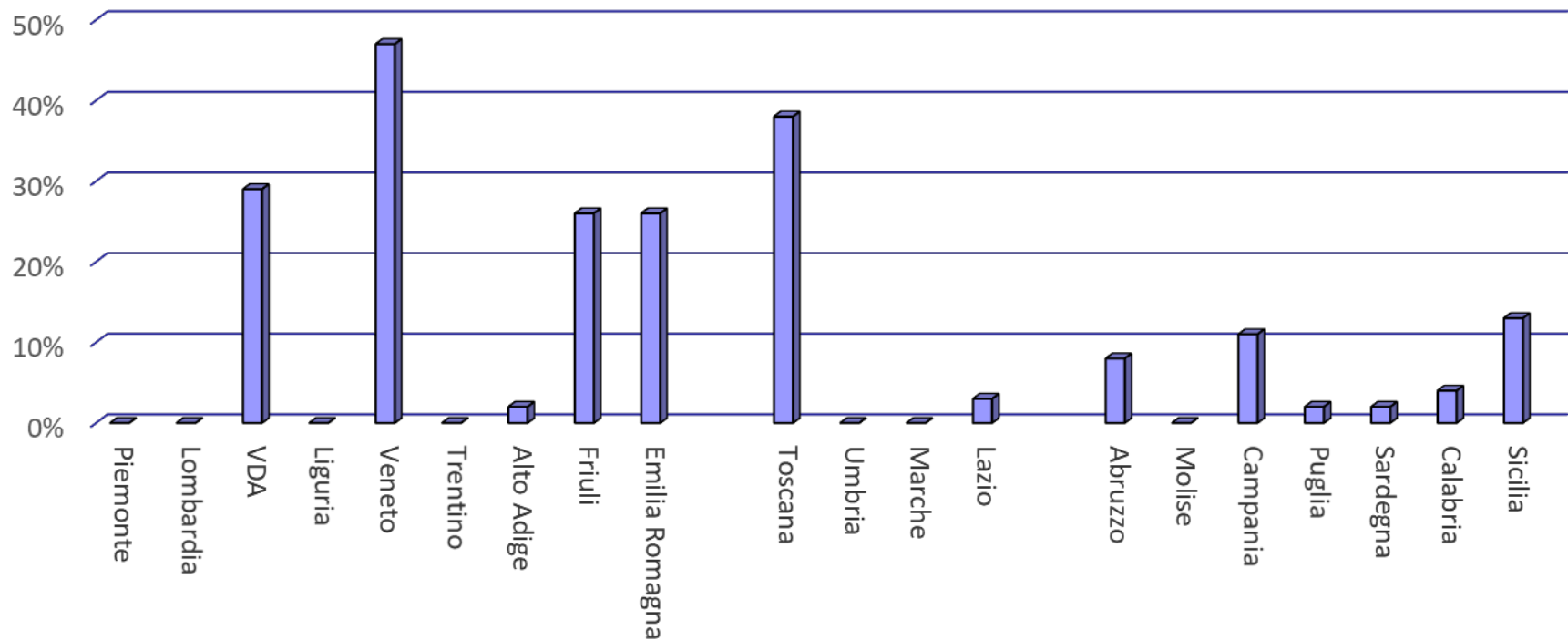
Da cosa dipende l'entità del ritardo

- Durata effettiva del lockdown di screening
 - Velocità della ripartenza
 - Partecipazione agli inviti /contatti prima e dopo il lockdown
- ➔ Tutte e tre queste variabili dipendono anche dal carico epidemico COVID 19 in quella determinata Regione

Velocità di ripartenza :
Confronto (%) fra i test coloretali eseguiti nel
maggio 2020 rispetto al maggio 2019
13 Regioni «ripartite sugli esami»



Velocità di ripartenza :
Confronto (%) fra i test mammografici eseguiti nel
maggio 2020 rispetto al maggio 2019
13 Regioni «ripartite sugli esami»



Velocità di ripartenza

- Il solo mese di maggio dà indicazioni molto relative
- Alcune Regioni con nessuna attività hanno programmato un inizio a giugno molto solido
- E' in corso la survey successiva che misurerà la situazione al 30 settembre

EFFETTI A LUNGO TERMINE INDAGINE QUANTITATIVA E INDICAZIONI DALLA LETTERATURA

Impatto del ritardo in termini di lesioni non diagnosticate

Numero di lesioni che avranno un qualche ritardo diagnostico

Stima basata sul calcolo del numero di esami eseguiti in meno per tasso di identificazione medio (negli ultimi 3 anni disponibili) a livello di ogni Regione

Impatto del ritardo in termini di lesioni non diagnosticate

Screening colo-rettale

645 Carcinomi

3890 Adenomi avanzati

Screening mammografico

2.201 Carcinomi

Screening cervicale

1.497 Lesioni CIN 2+

The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modelling study

Camille Maringe, James Spicer, Melanie Morris, Arnie Purushotham, Ellen Nolte, Richard Sullivan, Bernard Rachet, Ajay Aggarwal**

Methods In this national population-based modelling study, we used linked English National Health Service (NHS) cancer registration and hospital administrative datasets for patients aged 15–84 years, diagnosed with breast, colorectal, and oesophageal cancer between Jan 1, 2010, and Dec 31, 2010, with follow-up data until Dec 31, 2014, and diagnosed with lung cancer between Jan 1, 2012, and Dec 31, 2012, with follow-up data until Dec 31, 2015. We use a routes-to-diagnosis framework to estimate the impact of diagnostic delays over a 12-month period from the commencement of physical distancing measures, on March 16, 2020, up to 1, 3, and 5 years after diagnosis. To model the subsequent impact of diagnostic delays on survival, we reallocated patients who were on screening and routine referral pathways to urgent and emergency pathways that are associated with more advanced stage of disease at diagnosis. We considered three reallocation scenarios representing the best to worst case scenarios and reflect actual changes in the diagnostic pathway being seen in the NHS, as of March 16, 2020, and estimated the impact on net survival at 1, 3, and 5 years after diagnosis to calculate the additional deaths that can be attributed to cancer, and the total years of life lost (YLLs) compared with pre-pandemic data.

The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modelling study

Camille Maringe, James Spicer, Melanie Morris, Arnie Purushotham, Ellen Nolte, Richard Sullivan, Bernard Rachet, Ajay Aggarwal**

Modello population-based

Dati del NHS inglese: oltre 32.000 k mammari e quasi 25.000 k coloretali in soggetti 15-84enni

Valutazione dell'impatto del ritardo diagnostico nell'arco di 12 mesi in termini di decessi addizionali, di sopravvivenza e di anni di vita persi per specifica patologia a 1, 3 e 5 anni della diagnosi

3 scenari di riallocazione dei pazienti rispetto al periodo prepandemico con specifiche assunzioni rispetto allo screening (minore rischio di migrazione dello stadio nel BC rispetto al CRC) e riduzione della capacità diagnostica installata e di tempi modulata (da contenuta ad ampia)

The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modelling study

Camille Maringe, James Spicer, Melanie Morris, Arnie Purushotham, Ellen Nolte, Richard Sullivan, Bernard Rachet, Ajay Aggarwal**

Findings We collected data for 32 583 patients with breast cancer, 24 975 with colorectal cancer, 6744 with oesophageal cancer, and 29 305 with lung cancer. Across the three different scenarios, compared with pre-pandemic figures, we estimate a 7·9–9·6% increase in the number of deaths due to breast cancer up to year 5 after diagnosis, corresponding to between 281 (95% CI 266–295) and 344 (329–358) additional deaths. For colorectal cancer, we estimate 1445 (1392–1591) to 1563 (1534–1592) additional deaths, a 15·3–16·6% increase; for lung cancer, 1235 (1220–1254) to 1372

A 5 anni la riduzione della sopravvivenza netta, l'aumento dei decessi per patologia e il numero di anni di vita persi è maggiore per il cancro del colon-retto e inferiore per il carcinoma mammario

Clinical Gastroenterology and Hepatology, Sept 2020

Impact of SARS-CoV-2 pandemic on colorectal cancer screening delay: effect on stage shift and increased mortality

Luigi Ricciardiello, MD^{1*#}, Clarissa Ferrari, PhD^{*2}, Michela Cameletti, PhD^{*3}, Federica Gaiani, MD⁴, Francesco Buttitta, MD¹, Franco Bazzoli, MD¹, Gian Luigi de'Angelis, MD PhD⁴, Alberto Malesci, MD⁵ and Luigi Laghi, MD PhD^{4,6*#}

Methods

We built a procedural model considering delays in the time to colonoscopy and estimating the effect on mortality due to up-stage migration of patients. The number of expected CRC cases was computed by using the data of the Italian screened population. Estimates of the effects of delay to colonoscopy on CRC stage, and of stage on mortality were assessed by a meta-analytic approach.

Table 1. Prevalence (and corresponding expected number of CRC) of early and advanced stages for colorectal cancers detected at delayed screening, according to increasing time delays to the access to colonoscopy (estimates by the “DS” meta-analysis).

| Diagnostic delay (mo.) | Stage at diagnosis | Stage Prevalence | 95% CI [#] | Expected CRC [§] | p-value ^{&} |
|------------------------|--------------------|------------------|---------------------|---------------------------|--------------------------|
| 0-3 | I-II | 0.74 | (0.69 – 0.80) | 2356 | Ref. |
| | III-IV | 0.26 | (0.20 – 0.31) | 828 | |
| 4-6 | I-II | 0.76 | (0.71 – 0.81) | 2420 | 0.068 |
| | III-IV | 0.24 | (0.19 – 0.29) | 764 | |
| 7-12 | I-II | 0.71 | (0.66 – 0.77) | 2261 | 0.008 |
| | III-IV | 0.29 | (0.23 – 0.34) | 923 | |
| >12 | I-II | 0.67 | (0.57 – 0.77) | 2133 | <0.001 |
| | III-IV | 0.33 | (0.23 – 0.43) | 1051 | |

[#] Lower and upper limit of the 95% confidence interval.

[§] The total number of cases is always equal to 3184 for each delay scenario.

[&] p-values refer to the comparison of the Binomial proportions by stage of expected number of CRC at 0-3-months vs higher delays on the total number of CRC cases (3184); e.g. 0.068 is the p-value of the hypothesis test for comparing 2420/3184 vs 2356/3184.

With a delay of 0-3 months, 74% of CRC is expected to be stage I-II, while with a delay of 4-6 months there would be a 2%-increase for stage I-II and a concomitant decrease for stage III-IV (p=0.068). Compared to baseline (0-3-months), moderate (7-12-months) and long (>12-months) delays would lead to a significant increase in advanced CRC (from 26% to 29% and 33%, respectively; p=0.008 and p<0.001, respectively). We estimated a significant increase in the total number of deaths (+12.0%) when moving from a 0-3-months to a >12-month delay (p=0.005), and a significant change in mortality distribution by stage when comparing the baseline with the >12-months (p<0.001).

Impatto del ritardo

- **Il numero è imponente ma il ritardo per ora è piccolo.**
- **Passare da un intervallo medio di 2,2 anni a 2,5 anni produce effetti di salute difficilmente misurabili se non con modelli (e assunzioni relative)**
- **Il ritardo sta aumentando**
- **Distribuzione dello stadio alla diagnosi nel 2020 ci darà una prima idea del reale impatto**

Conclusioni

- Survey quantitativa fatta in poco tempo ma che ha fornito prime indicazioni utili
- La ripartenza va ancora studiata
- Evitare nuovo lockdown del sistema sanitario
- Quale sarà la confidenza dei cittadini
- La nuova survey di cui avremo i risultati a metà novembre darà indicazioni ancora più interessanti

Conclusioni per casa nostra



REGIONE TOSCANA

UFFICI REGIONALI GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 16-12-2019 (punto N 36)

Delibera N 1589 del 16-12-2019

Proponente
STEFANIA SACCARDI
DIREZIONE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

Pubblicità/Pubblicazione Atto soggetto a pubblicazione integrale (PBURT/BD)

Dirigente Responsabile Mauro MACCARI

Estensore ANTONELLA FRANCESCHELLI

Oggetto

Riorganizzazione dei Programmi di Screening in Regione Toscana. Revoca DGR n.1342/2004.

Allegato B

RIFERIMENTI TECNICO ORGANIZZATIVO PROFESSIONALI DELLO SCREENING
ONCOLOGICO ORGANIZZATO



Grazie per l'attenzione