

29 MESOTELIOMA MALIGNO PLEURICO: QUANTO LA REFERTAZIONE DI ANATOMIA PATOLOGICA SEGUE GLI STANDARD INTERNAZIONALI

Valeria Ascoli¹, Ilaria Cozzi², Giada Minelli³, Caterina Carnovale-Scalzo², Elisa Romeo², Laura Ancona², Francesco Forastiere²

¹Dip. di Scienze Radiologiche, Oncologiche ed Anatomopatologiche, Università Sapienza; ²Registro Regionale dei Mesoteliomi, Dip. di Epidemiologia del SSR Lazio; ³Ufficio di Statistica, Istituto Superiore di Sanità

Obiettivi. Nella comunità scientifica è emersa la necessità di standardizzare la diagnosi di mesotelioma maligno (MM) su base cito-istologica, e di scrivere un referto comprensibile ed informativo. Scopo dello studio è verificare, in un registro specializzato, quanto i referti di anatomia patologica si avvicinino a standard, già implementati in altre realtà (<http://www.rpath.org/>).

Materiali e metodi. Lo studio si basa su 705 MM pleurici (registro mesoteliomi Lazio: 2001-2014) di cui sono stati valutati i referti in chiaro. Creato un database con molteplici variabili (clinico-anagrafiche; procedura diagnostica; tipo di campione; istotipo; pannelli immunoistochimici) da analizzare con SPSS.

Risultati. I referti sono eterogenei per incompletezza dei dati. La base-diagnosi è istologica (93%) su biopsia (90%). I casi sono tipizzati epiteliale (65%), sarcomatoso (9.4%), bifasico (6.8%), NAS (18.7%) e hanno conferma immunoistochimica (90%). Coinvolti 123 patologi del SSN (94.6%) e in libera professione (5.4%): il 70% esegue 1-3 diagnosi, il 13% 10 diagnosi. La diagnosi è sempre a testo libero, talora associata a termini ambigui o a possibilità di altre diagnosi. Il pannello per diagnosi differenziale tra carcinoma e MM (2 o più marker per entrambi) viene applicato nel 55% dei MM epiteliali, nel 53% dei bifasici, e nel 29% dei sarcomatosi. Nel 74.5% dei MM sarcomatosi viene adottato un pannello diverso (1 o più marker di mesotelioma + pancitocheratina).

Conclusioni. Emergono alcune criticità: incompletezza dei referti per variabili rilevanti e non uniformità nella refertazione (il testo libero rende poco oggettiva l'interpretazione); solo la metà delle diagnosi dei MM epiteliali (più frequenti) si avvicina agli standard internazionali. È pertanto auspicabile l'implementazione di standard nazionali per la refertazione dei MM, per ora assenti nella comunità degli anatomopatologi in Italia, per fini terapeutici/prognostici, implicazioni medico-legali e per l'accurata registrazione dei casi.

valeria.ascoli@uniroma1.it

31 IL CERVICOCARCINOMA NELLA ASL BARI: COSA È CAMBIATO IN TERMINI DI PREVENZIONE E INCIDENZA

Deborah Fracchiolla¹, Domenico Carbonara¹, Giacomo Gravina¹, Carmen Perrone², Enrico Caputo², Domenico Lagravinese²

¹Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Scuola/Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Bari Aldo Moro; ²Dipartimento di Prevenzione, Asl Bari

Obiettivi. La prevenzione tumori in Puglia inizia nel 1999 con un progetto pilota e continua con l'approvazione nel 2005 del PRP 2005-2007 che includeva anche lo screening del cervicocarcinoma e dell'HPV DNA; il bersaglio sono donne tra i 25 e i 64 anni alle quali, in caso di citologia positiva, si effettua l'HPV DNA. Dal 2008 è stata inoltre avviata l'offerta attiva e gratuita del vaccino anti-HPV alle dodicenni, estesa alle diciottenni dal 2010. Il nostro obiettivo è descrivere la situazione nell'Asl Bari, portando i risultati del registro tumori Bari.

Materiali e metodi. Il campione include 76 donne residenti a Bari e dintorni, reclutate negli anni 2006-2008 e affette da carcinomi in situ CINIII e infiltranti della cervice. Sono raccolte le coperture per la vaccinazione anti HPV dal 2009 al 2013 e gli indici di adesione allo screening fino al 2014.

Risultati. Le donne reclutate hanno tra 21 e 91 anni e per il 53% hanno un carcinoma infiltrante. È un tumore in situ l'85% dei casi delle donne tra 21 e 40 anni, il 43% di quelle tra 41 e 60 e il 19% di quelle >60. Il 53% del totale ha effettuato lo screening: il 35% degli screening l'hanno effettuato quelle tra 21 e 42 anni, il 47% quelle tra i 43 e i 58, il restante quelle >59. Il 33% del totale ha eseguito l'HPV DNA e nel 92% dei casi è risultato positivo. Gli istotipi più frequenti sono la neoplasia intra-epiteliale squamosa CINIII (35%), il carcinoma infiltrante a cellule squamose (18%) e quello infiltrante squamocellulare a grandi cellule non cheratinizzante (13%). La copertura vaccinale HPV delle dodicenni (3 dosi) è passata dal 73% (2009), al 65% (2010), al 63% (2013); quella delle diciottenni dal 45% (2011) al 47% (2013). L'indice di adesione allo screening è passato dal 43% (2012), al 49% (2013), al 36% (2014).

Conclusioni. La prevenzione del cervicocarcinoma ha avuto un andamento fluttuante negli anni in termini di vaccinazioni e screening. L'alta incidenza di tumori in situ nelle più giovani sembrerebbe però dimostrare l'utilità di tali attività.

debrfracchiolla@gmail.com

30 STUDIO SUL LINFOMA DI HODGKIN BASATO SU DATI SANITARI CORRENTI: LE SCHEDE DI RICOVERO OSPEDALIERO

Valerio Manno¹, Giada Minelli¹, Susanna Conti¹, Valeria Ascoli²

¹Ufficio di Statistica, Istituto Superiore di Sanità; ²Dipartimento di Scienze Radiologiche, Oncologiche ed Anatomopatologiche, Università degli Studi La Sapienza di Roma

Obiettivi. Il linfoma di Hodgkin (LH) è un gruppo di neoplasie eterogenee per età alla diagnosi, istotipo, associazione con infezione da virus Epstein-Barr e mononucleosi infettiva (MI) e con altri fattori di rischio. Il lavoro si propone di studiare l'occorrenza di LH in Italia attraverso l'analisi del Data Base Nazionale (DBN) delle SDO.

Materiali e metodi. Interrogato il DBN SDO cercando i primi ricoveri per LH nell'ultimo triennio disponibile (2011-13), eliminando i ricoveri ripetuti occorsi sino al 2001 (1° anno disponibile). Individuata così una coorte di ricoverati, effettuata una sua descrizione per genere, età, regione di residenza, stato socio-economico e istotipo; a partire da essa calcolati tassi standardizzati di incidenza ospedaliera e rapporti standardizzati di ospedalizzazione regionale. Per indagare sull'associazione tra LH e MI cercati nella coorte ricoveri per MI avvenuti almeno 22 mesi prima del ricovero per LH, come da letteratura.

Risultati. Identificati 3268 uomini e 2914 donne; curva dei tassi grezzi di incidenza ospedaliera bimodale per entrambi i generi (due picchi: 15-29 anni più accentuato nelle donne e 70-84 anni più accentuato tra gli uomini). Nel 27% dei casi specificato l'istotipo: il più rappresentato, come atteso, è la sclerosi nodulare (oltre 70%, di cui la maggior parte nei giovani). Assenza di associazione con lo stato socio-economico; distribuzione geografica non omogenea, con una prevalenza di tassi standardizzati di incidenza ospedaliera più elevati nelle regioni centro-meridionali, in entrambi i generi. Nel 3 per mille dei casi (12 uomini e 8 donne) risulta un ricovero per MI antecedente ad LH.

Conclusioni. Questo studio, basato su una fonte di dati correnti, disponibili in modo esaustivo per tutto il territorio nazionale, fornisce stime di occorrenza analoghe a quelle elaborate da AIRTUM-AIOM (gold standard) e contribuisce alla descrizione di LH in termini di geografia e di alcuni potenziali fattori di rischio (quali la MI).

valerio.manno@iss.it

32 CONFRONTO DI DUE MODELLI DI OFFERTA DELLA VACCINAZIONE CONTRO L'HPV IN DUE COORTI DI NATE NELL'AUSL DI REGGIO EMILIA

Baldacchini Flavia¹, Pascucci Maria Grazia², Moscarà Luigi³, Perilli Cinzia⁴, Bonvicini Laura¹, Di Felice Enza¹, Giorgi Rossi Paolo¹, Finarelli Alba Carola²

¹AUSL RE, Servizio Interaziendale di Epidemiologia e Comunicazione; ²Regione Emilia-Romagna, Servizio di Sanità Pubblica; ³AUSL RE, Cure Primarie, Pediatria di comunità; ⁴AUSL RE, Dipartimento Sanità Pubblica

Obiettivi. Nel 2008 è stato avviato in Emilia-Romagna il programma di vaccinazione contro i tipi 16 e 18 del virus HPV (Human Papillomavirus), responsabili di circa il 70% dei carcinomi cervicali, con offerta attiva e gratuita per le dodicenni. Alle ragazze nate nel 1996, già nel dodicesimo anno di vita al momento dell'entrata in vigore della gratuità, la vaccinazione è stata eseguita gratuitamente su richiesta, mentre per le ragazze nate dal 1997 in poi le AUSL hanno effettuato una chiamata attiva durante il dodicesimo anno di vita. L'obiettivo è valutare l'effetto dell'invito attivo sulle disuguaglianze geografiche e per nazionalità nell'accesso al vaccino, confrontando le coperture vaccinali per HPV in due coorti: 1997, con invito attivo, e 1996, con accesso spontaneo.

Materiali e metodi. Le due coorti di ragazze residenti nell'AUSL di Reggio Emilia nate nel 1996 e 1997 sono state costruite utilizzando i dati dall'anagrafe assistiti al 2008 e linkate con i dati delle vaccinazioni HPV effettuate dall'inizio del programma regionale al 31/12/2011. Le differenze per nazionalità nell'adesione alla vaccinazione (almeno una dose di vaccino somministrato) sono state analizzate attraverso un modello di regressione logistica stratificato per coorte di nascita usando come covariate la nazionalità e il distretto di residenza.

Risultati. La quota di ragazze vaccinate varia dal 46.3% nella coorte 1996 (1046 su 2260) a 77.9% nella coorte 1997 (1798 su 2307). L'OR aggiustato relativo all'adesione alla vaccinazione delle italiane rispetto alle straniere è 3.6 (IC95% 2,7-4,8) nella coorte 1996, mentre per la coorte 1997 è 0.99 (IC95% 0,7-1,3). Le differenze per distretto rimangono costanti nelle due coorti.

Conclusioni. La campagna vaccinale contro HPV con invito attivo ha più che dimezzato la quota di ragazze non coperte, azzerando le differenze di accesso che con la vaccinazione spontanea penalizzavano le ragazze straniere; non ha invece ridotto le differenze geografiche fra distretti.

difelicee@ausl.re.it