

# Impatto dello screening mammografico sulla mortalità per tumore della mammella in Veneto

Manuel Zorzi (1), Ugo Fedeli (2), Emanuela Bovo (1), Alessandra Greco (1), Daniele Monetti (1), Alberto Rosano (1), Carmen Stocco (1), Giulia Capodaglio (2), Francesca Russo (3), Massimo Ruge (1)

(1) Registro Tumori del Veneto, Regione Veneto, Padova; (2) Sistema Epidemiologico Regionale, Regione Veneto, Padova; (3) Settore promozione e sviluppo igiene e sanità pubblica, Regione Veneto, Venezia

**INTRODUZIONE** Abbiamo valutato l'impatto sulla mortalità causa-specifica dei primi programmi di screening mammografico attivati in Veneto, confrontandoli con aree senza screening

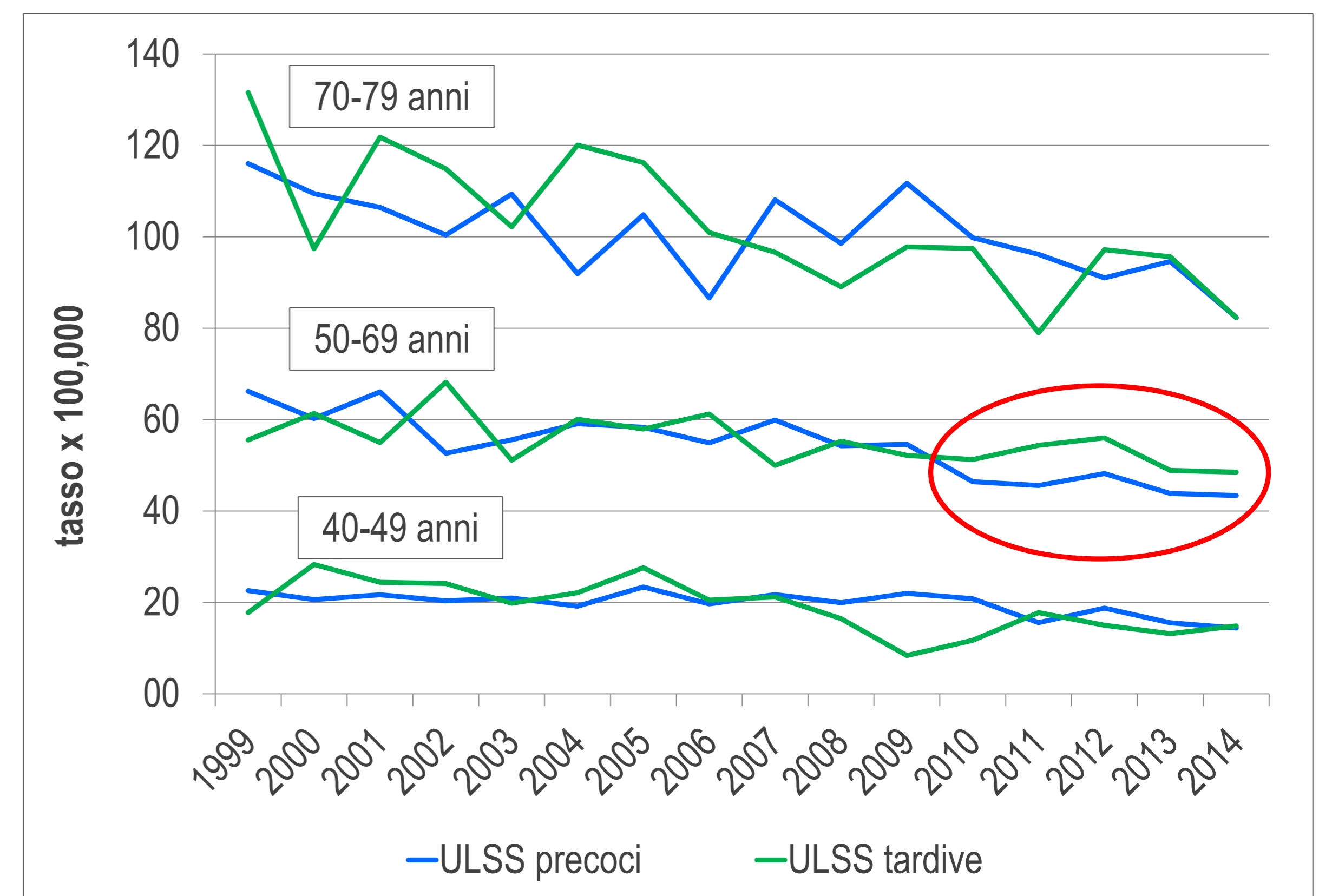
**METODI** Le ASL del Veneto hanno avviato i programmi di screening mammografico tra il 1999 e il 2009, proponendo alle residenti 50-69enni la mammografia con cadenza biennale. Abbiamo confrontato i tassi di mortalità del periodo 2002-2014 nelle donne delle aree con avvio precoce dello screening (con estensione degli inviti superiore al 20% del target annuale entro l'anno 2003 – aree precoci 'AP') con le altre (aree tardive 'AT') con un modello di regressione di Poisson. Abbiamo analizzato la mortalità complessiva e quella basata sull'incidenza.

**Tabella 1.** Mortalità complessiva per tumore della mammella in donne di età 50-69 anni. ULSS precoci vs ULSS tardive (= riferimento)

Periodo	Rischio relativo ULSS precoci vs tardive	IC 95%	p-value
2002-2014	0.95	0.88-1.01	0.103
2002-2004	0.94	0.82-1.07	0.344
2005-2009	1.02	0.91-1.13	0.755
2010-2014	0.88	0.79-0.98	0.022

**RISULTATI** Dal confronto tra i tassi di mortalità complessiva per tumore della mammella nelle AP rispetto alle AT è emersa una differenza statisticamente significativa solo negli ultimi anni di studio (2010-2014), dopo un follow up di almeno 8 anni dall'avvio degli screening, con una riduzione del 12% (RR: 0.88; IC 95% 0.79-0.98). Limitando l'analisi alla mortalità basata sull'incidenza, la differenza tra i due gruppi di aree risulta più ampia, pari al 16% (RR 0.84; IC 95% 0.79-0.98). La mortalità basata sull'incidenza risulta inoltre inferiore nelle AP anche considerando l'intero periodo 2002-2014, con una riduzione rispetto alle AT di poco inferiore al 10% (RR 0.91; IC 95% 0.82-1.00). Non si registrano differenze significative nelle altre fasce d'età.

**Figura 1.** Tassi di mortalità per tumore alla mammella (st. Eu), per fascia d'età e per periodo di attivazione dello screening. Veneto, 1999-2014.



**Tabella 2.** Mortalità basata sull'incidenza per tumore della mammella in donne di età 50-69 anni. ULSS precoci vs ULSS tardive (= riferimento)

Periodo	Rischio relativo ULSS precoci vs tardive	IC 95%	p-value
2002-2014	0.91	0.82-1.00	0.045
2002-2004	0.99	0.70-1.38	0.943
2005-2009	0.99	0.84-1.15	0.850
2010-2014	0.84	0.74-0.96	0.010

**CONCLUSIONI** Nelle aree del Veneto con programma di screening attivo da almeno 8 anni, abbiamo osservato una riduzione della mortalità di circa il 16%, in linea con diversi trial che, con un follow up più lungo (11 anni), hanno riportato un abbattimento della mortalità del 20%. Questo risultato potrebbe sottostimare l'effetto reale dello screening, per copertura dello screening non ottimale, presenza di un trend di riduzione della mortalità antecedente, diffuso ricorso alla mammografia spontanea (>70% nelle AT secondo i dati della survey PASSI 2010). I programmi di screening mammografico del Veneto hanno contribuito a migliorare in modo rilevante la salute delle donne della nostra Regione.