

VALUTAZIONE DELL' INCIDENZA PROPORZIONALE E REVISIONE DEI CARCINOMI DI INTERVALLO NEL PROGRAMMA DI SCREENING DELLA ASL DI LODI

Marazza G.*, Belloni A.*, Rossetti E.*, Panceri M. L.*, Bernini M°, Menozzi C.°, Passamonti M.°, Sgariboldi L.°, Marzani I.*, Fenocchi M.G.*, Antonioli E.*, Narra S.*, Quartieri G.*, Bernardi D. ¹, Pellizzoni R.², Ciatto S.°
*ASL Provincia di Lodi, °A.O. Provincia di Lodi, ¹APSS, Trento, ²Ospedale Sacra Famiglia FBF Erba, °GISMa

OBIETTIVI

Alla luce della seconda edizione del documento "Programma di screening mammografico: significato e gestione dei Cancro di Intervallo (CI)" emanato dal Ministero della Salute nell'aprile 2008, nel 2010 abbiamo avviato le fasi propedeutiche di rilevazione e valutazione dei CI nell'ambito del programma di screening mammografico, avviato a partire dal 2002 nella nostra A.S.L. La revisione dei casi individuati e la valutazione della qualità della lettura delle mammografie (analisi degli errori o delle situazioni di difficile interpretazione) si è conclusa nel 2011 nell'ambito di un audit clinico specificamente dedicato. La metodologia ha comportato un lavoro preliminare di condivisione con i professionisti, di raccolta dati, di valutazione in cieco dei casi con successiva restituzione e confronto tra pari.

MATERIALI E METODI

Dal momento che il numero di casi attesi sarebbe stato basso, si è deciso di prendere in esame tutto il periodo di attivazione del programma di screening (anni dal 2002 al 2010). In base ai dati delle Stime di incidenza e mortalità (dato di "tumori.net" per la Lombardia, anno 2002) sono stati calcolati i casi attesi.

Per avere certezza di identificare tutti i CI verificatisi, si è proceduto nel seguente modo:

Creazione del file dei negativi allo screening

incrocio con le SDO (codici di ricovero per carcinoma della mammella)

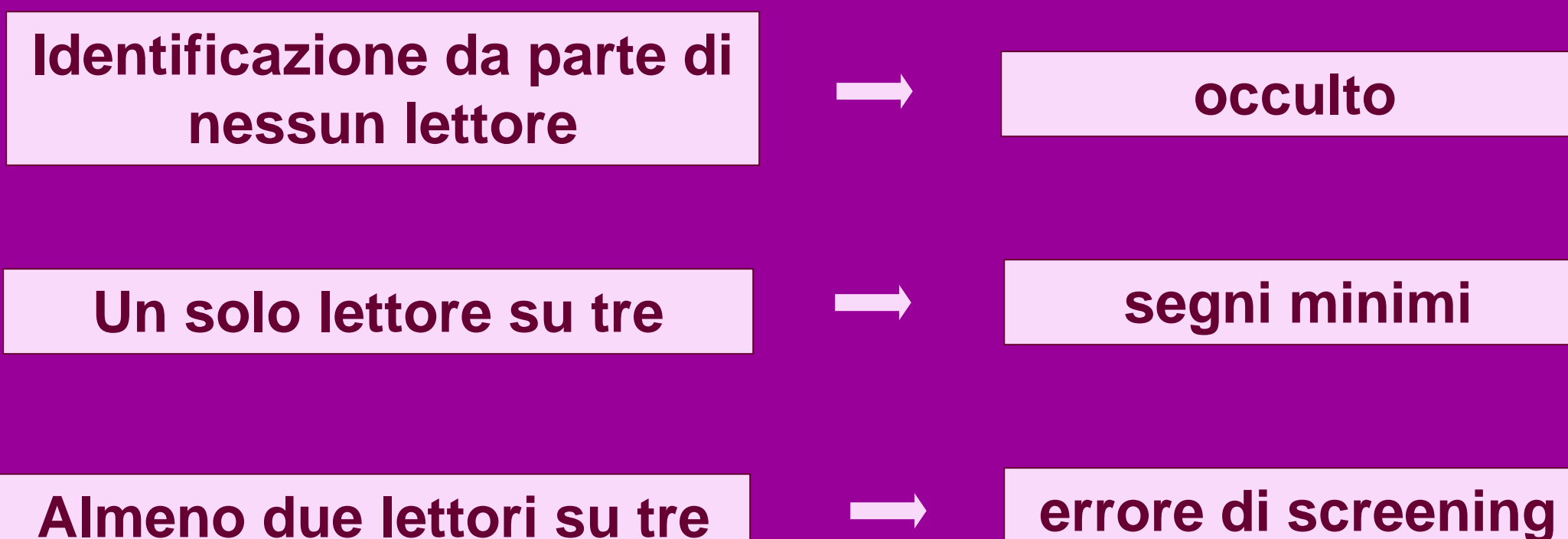
verifica dei casi, incrociati con le cartelle cliniche, per la conferma (possibili errori di codifica o ricoveri per biopsia inizialmente data per sospetta e poi, dopo la dimissione, risultata negativa, ma senza modifica della SDO inizialmente data per biopsia chirurgica di carcinoma: DRG superiore)

incrocio con registri di anatomia patologica

Per la revisione dei radiogrammi precedenti si è optato per la modalità in cieco, secondo cui i revisori, scelti tra esperti esterni, esaminano individualmente e senza conoscere l'esito delle letture degli altri le mammografie dei CI mescolate con quelle di casi negativi (rapporto di 1:4). La revisione cieca è la più affidabile perché si avvicina maggiormente alle condizioni nelle quali si referta all'interno dello screening.

I CI identificati sono stati suddivisi in "insorti nel primo" e "insorti nel secondo" anno di round, per verificare l'atteso trend che prevede il doppio degli eventi al secondo anno rispetto al primo.

Per la soggettività del giudizio si è optato, in presenza di revisione da parte di un panel dispari di 3 revisori, per una categorizzazione "a maggioranza", secondo il seguente schema:



RISULTATI

Sono stati individuati 43 CI. Rispetto all'incidenza proporzionale massima consentita di CI (osservati/attesi) secondo gli standard di riferimento CE (<40% nel biennio, con un numero <30% nel 1° anno e <50% nel 2° anno di round) l'incidenza proporzionale 2002-2010 nella A.S.L. di Lodi è stata la seguente:

	OSSERVATI	ATTESI	INCIDENZA PROPORZIONALE
BIENNIO	43	174,55	24,6%
1° ANNO	14	87,22	16,0%
2° ANNO	29	87,22	33,2%

Sono stati analizzati 37 CI, in quanto non sono stati sottoposti a revisione i 7 casi insorti dopo approfondimento (assesment) perché non previsto dai protocolli, e 144 controlli negativi (ratio casi-controlli 1:3,89) con un tasso di CI individuati come errore di screening del 29,7% rispetto ad uno standard di riferimento del 20%.

Nella tabella a lato si riportano i risultati e il loro VPP.

Sospetto per:	Casi intervallo	Controlli	VPP
Nessun revisore	21	106	16.5
Un revisore	5	20	20.0
Due revisori	7	12	36.8
Tre revisori	4	6	40.0
Totale	37	144	

Conclusioni

La revisione dei CI all'interno di una ASL con una bassa numerosità di casi comporta una difficile valutazione dei risultati, nel nostro caso appaiono infatti contrastanti i dati relativi all'incidenza proporzionale con quelli dell'errore di screening, rendendo quindi necessaria un'ulteriore valutazione. L'aver inserito la ricerca dei carcinomi di intervallo all'interno di un audit clinico ha però parallelamente consentito di migliorare le conoscenze complessive di tutti i professionisti coinvolti (gestori dello screening e clinici) e ha permesso un fondamentale confronto tra i medici radiologi e i revisori esperti.

Abbiamo personalmente conosciuto Stefano Ciatto, dopo averlo ascoltato nei vari convegni e letto nei suoi interventi: ci hanno colpito disponibilità, passione, impegno e curiosità anche verso uno screening "periferico" come il nostro.

Conserviamo un suo CD di qualche anno fa con le "istruzioni per l'uso" dello screening, c'è una sua bellissima fotografia e una didascalia: un passaggio di idee.

E' anche questo quello che tutti vorremmo riuscire a lasciare.