



Ruolo del GISMa nell'analisi e valutazione
dei dati per il superamento delle
diseguaglianze geografiche nello screening
mammografico.

Livia Giordano

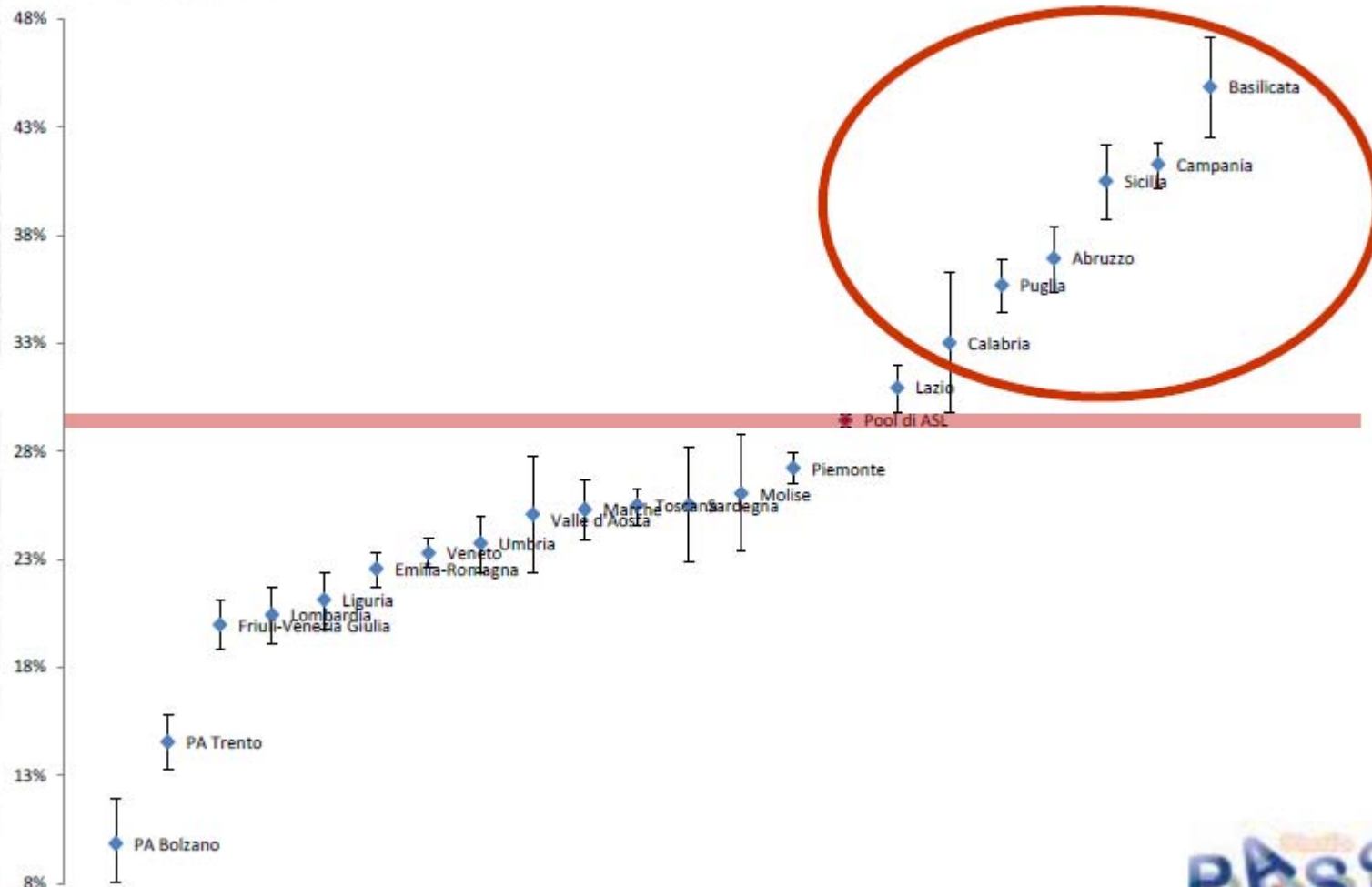
Articolo 32 Costituzione Italiana

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

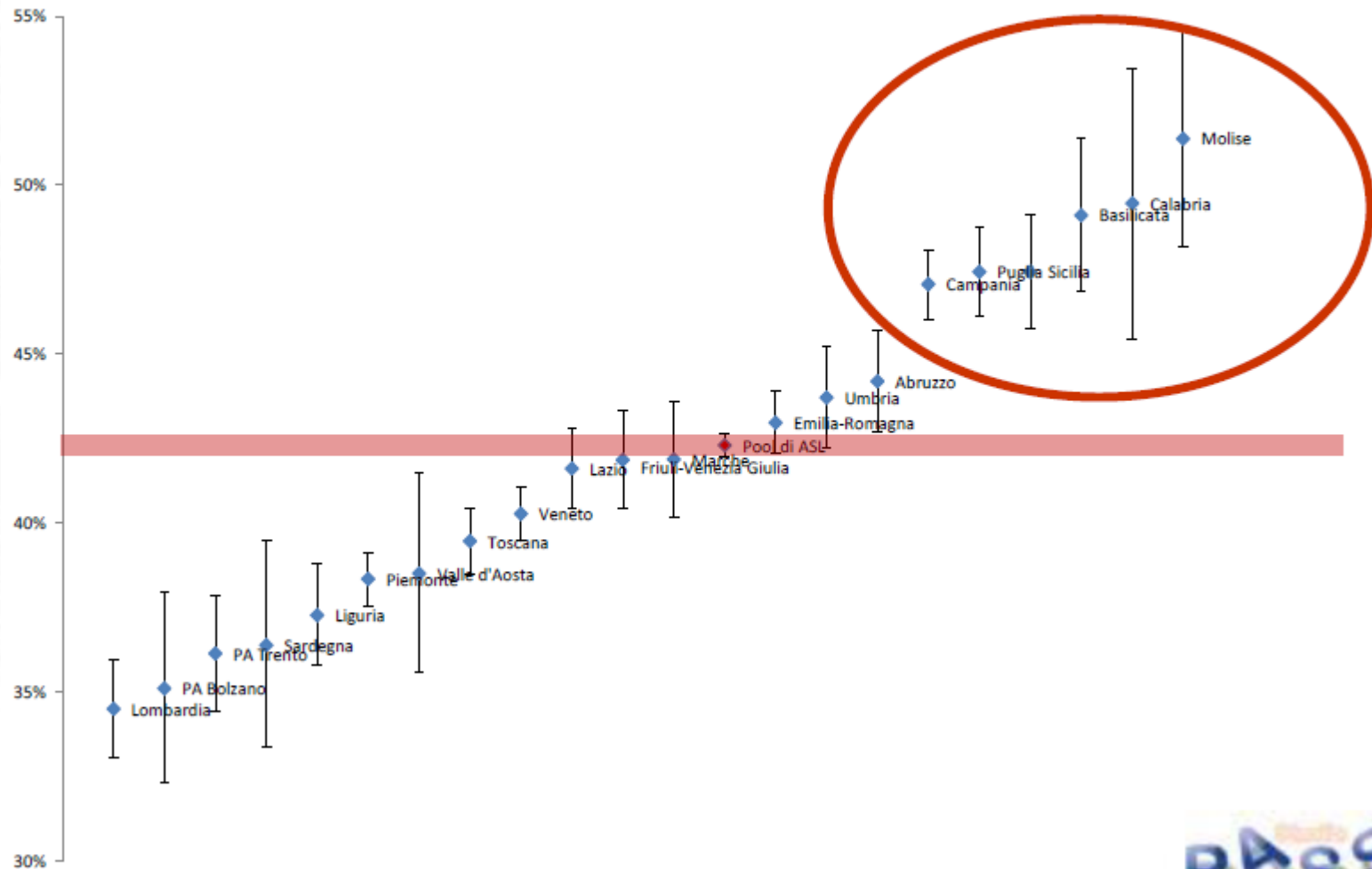
La salute è stata capace di unificare l'Italia ma negli ultimi decenni emerge un nuovo divario
NORD/SUD

- Nei fattori di rischio
- Nella salute
- Nelle cure

Percentuale di sedentari per regione/PA

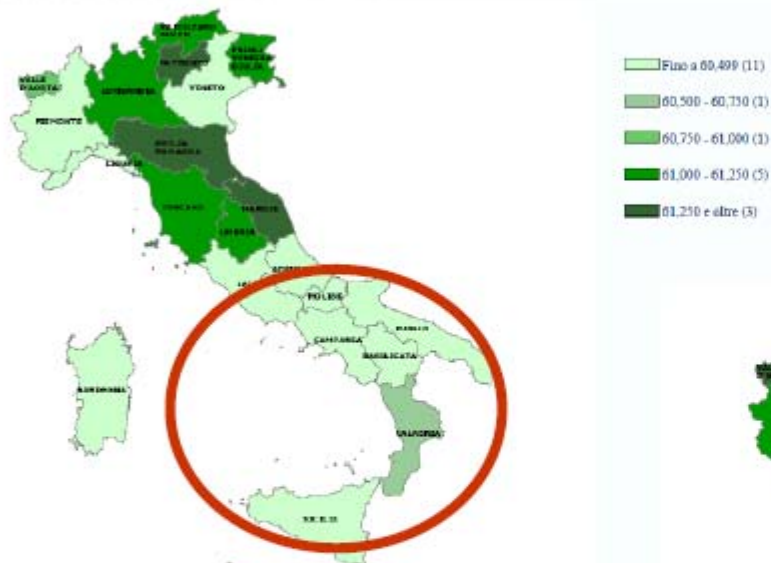


Percentuale di eccesso ponderale per regione/PA



Speranza di vita libera da disabilità a 15 anni, 2004

Uomini



Donne



% di persone che hanno dichiarato di stare male o molto male per regione (2005)

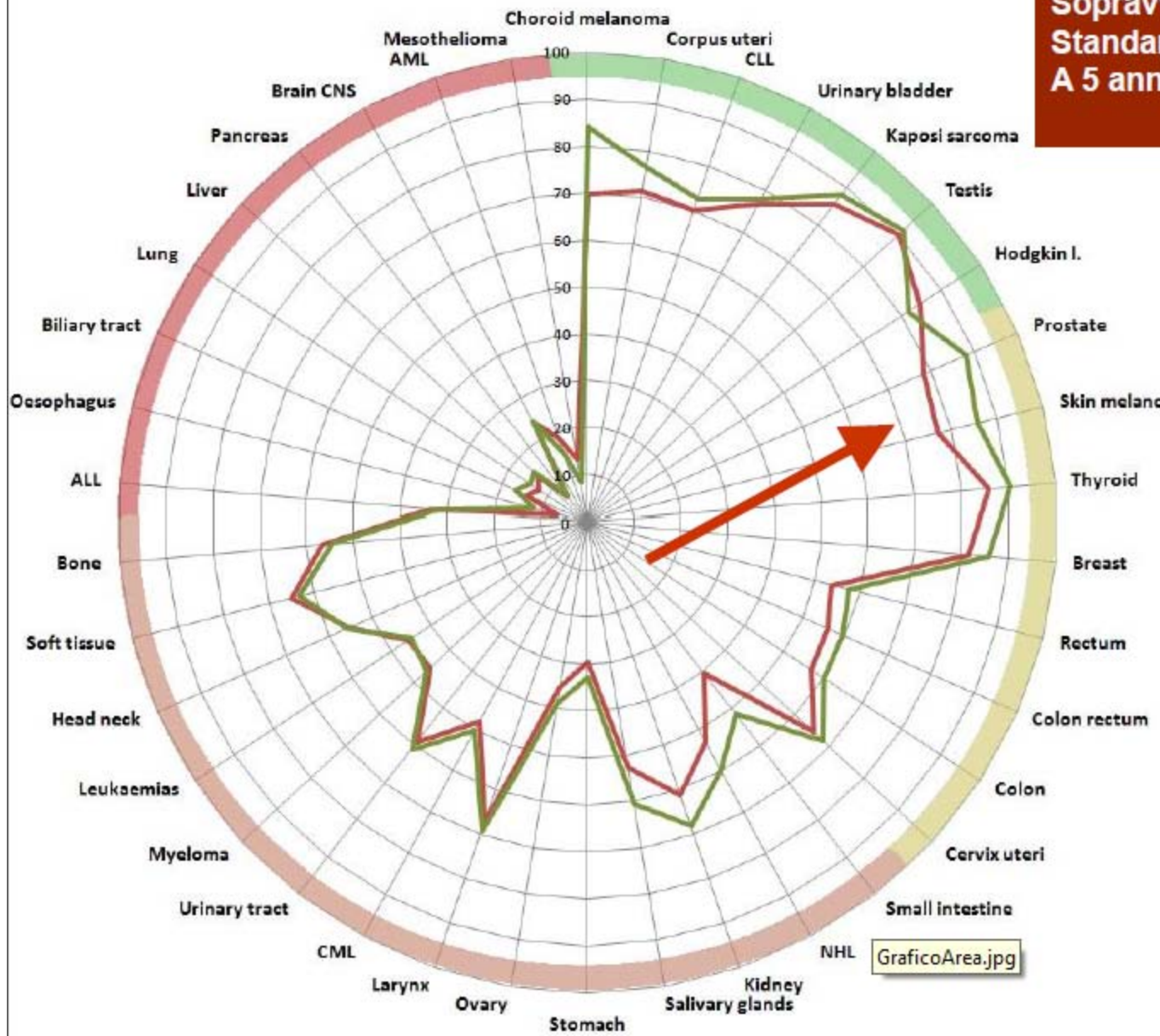
GRAFICO I- Persone di 14 anni e più che hanno dichiarato di stare male o molto male per regione. Anno 2005 (per 100 persone, tassi standardizzati in ordine decrescente)



Fonte: Istat, Indagine multiscope "Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari" Anno 2004-2005



**Sopravvivenza relativa
Standardizzata per età
A 5 anni dalla diagnosi
Anni 2000-2004**

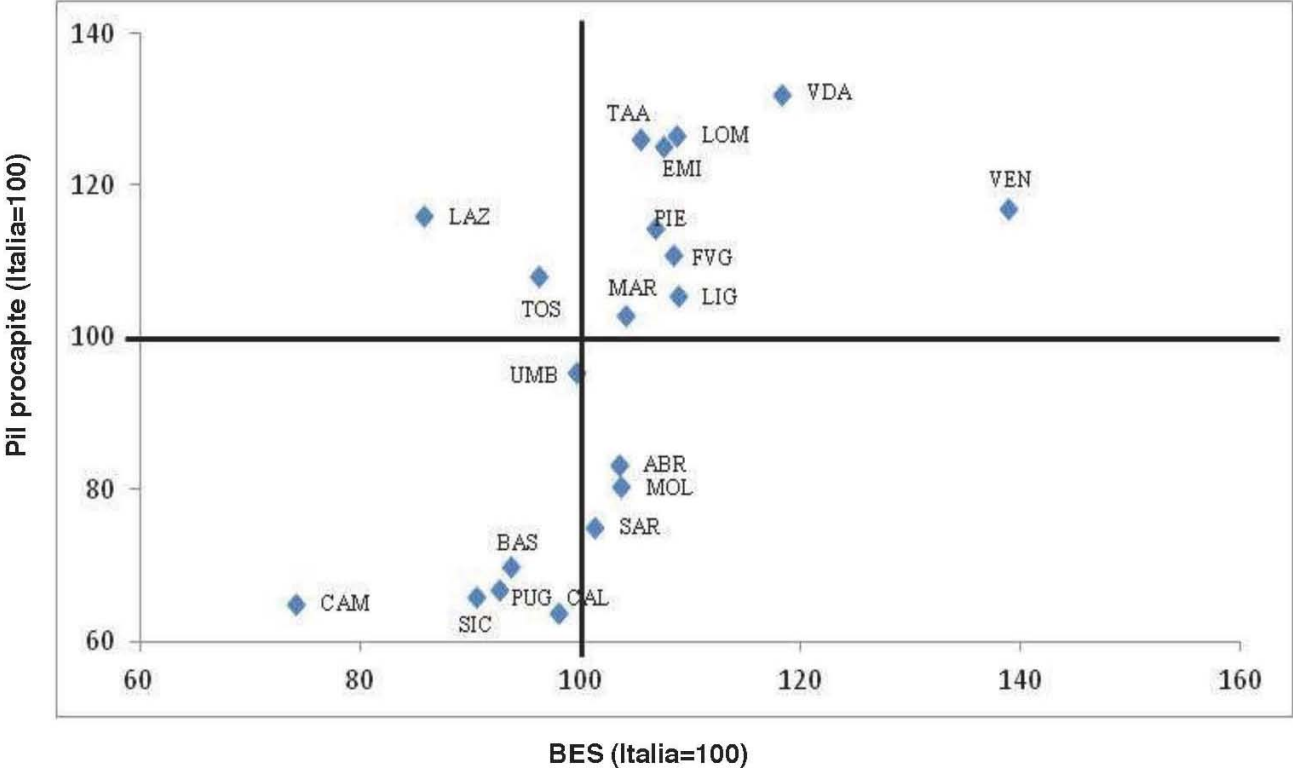


■ Sud
■ Centro-Nord

GraficoArea.jpg



Fig. 23. Confronto tra PIL procapite e BES per regione (Italia=100)



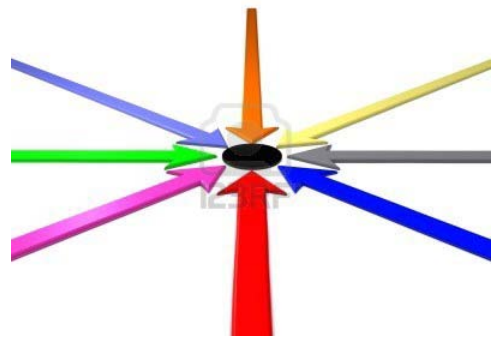
gis
ma
gruppoitalianoscreening
mammografico



Costituito negli anni 90'



Supportato dalla Scuola Italiana di
Senologia fino al 2003



Multidisciplinarietà

PATOLOGI

RADIOLOGI

EPIDEMIOLOGI

**TECNICI DI
RADIOLOGIA**

**OPERATORI
SANITARI**

CHIRURGHI

OBIETTIVI (1)

- **Promuovere e qualificare** l'attività di screening di popolazione per la diagnosi precoce dei tumori della mammella, coinvolgendo i responsabili dei programmi organizzati esistenti o in progetto, ma anche esperti non direttamente operanti in programmi di screening di popolazione.
- **Promuovere e stabilire contatti con programmi di screening** esistenti in Italia e favorire lo sviluppo nelle aree non coperte.
- **Promuovere e stabilire contatti internazionali**, per un confronto con altre esperienze.
- **Promuovere la qualità dei programmi**, anche attraverso lo sviluppo e l'applicazione di indicatori e parametri e mediante programmi ad hoc.
- **Promuovere attività di ricerca correlate.**

OBIETTIVI (2)

- **Favorire il confronto interdisciplinare** fra le diverse esperienze e competenze professionali che intervengono nei programmi di screening, promuovendo modalità operative integrate nell'ambito di unità diagnosticoterapeutiche di senologia.
- **Favorire, promuovere e organizzare attività di formazione multidisciplinare** e multi-professionale degli operatori impegnati nello screening mammografico, anche in collaborazione con le Regioni e le Università, con l'obiettivo di ottenere un livello omogeneo di qualità delle prestazioni sul territorio nazionale.
- **Rappresentare un punto di riferimento scientificamente qualificato** in grado di fornire supporto tecnico-scientifico agli interlocutori istituzionali, responsabili in campo sanitario a livello nazionale, regionale e locale.
- **Organizzare convegni, dibattiti, seminari, stages** e promuovere occasioni di scambio nella disciplina trattata.

PAROLE CHIAVE:



Valutazione/Confronto/Qualità



Equità



Costo/efficacia



Formazione

PAROLE CHIAVE:



Valutazione/Confronto/Qualità



Equità



Costo/efficacia



Formazione





Etica

Obiettivo dello screening:





**diminuire la mortalità e/o
l'incidenza di una neoplasia
identificandola con un test in fase
asintomatica e attivando percorsi
diagnostico-terapeutici capaci di
modificarne la storia naturale.**

Perché Valutare ?

 Per verificare se (e quanto) il risultato è stato raggiunto, rispetto all'atteso (indicatori di risultato)

 Per individuare punti critici nel processo organizzativo e diagnostico-terapeutico (e porvi rimedio).

Perché Valutare ?

-  Rendere maggiormente responsabili le strutture sanitarie e gli operatori
-  Fornire indicazioni per scelte di costo/efficacia quando le risorse sono limitate
-  Costituire fonti di informative per migliorare i programmi e le politiche sanitarie
-  Generare quesiti scientifici che possono essere valutati in altri contesti

L'impatto dello screening

L'efficacia di un programma di screening dipende da alcuni parametri che devono essere considerati in fase di pianificazione e monitorati in itinere.

**Indicatori di tipo strutturale,
logistico organizzativo e funzionali**

**Indicatori del processo clinico
diagnostico (indicatori di
performance)**

Indicatori precoci di impatto

Indicatori tardivi

GISMa
GISCi
GISCOr

Osservatorio
Nazionale
Screening (ONS)

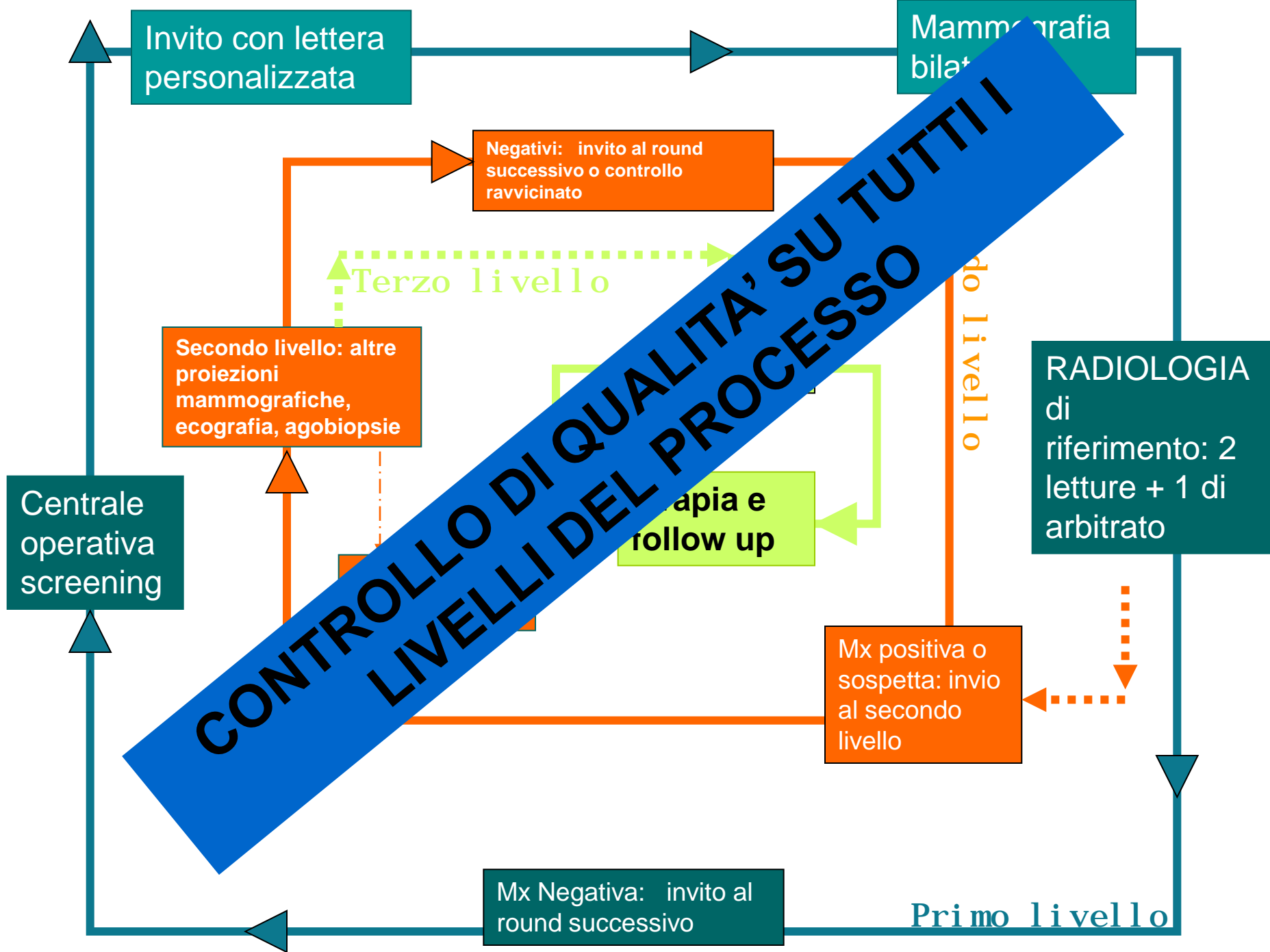
Survey annuali

Ministero della
Salute

Sistema di monitoraggio e valutazione della
qualità

Le survey ONS

- Dati aggregati
- Periodicità: annuale
- In collaborazione con le società scientifiche (GISMa, GISCi, GISCor)
- Confronti annuali e trend temporali (nazionali e internazionali)
- Dataware-House nazionale (in implementazione)



Lo screening mammografico ... alcuni esempi

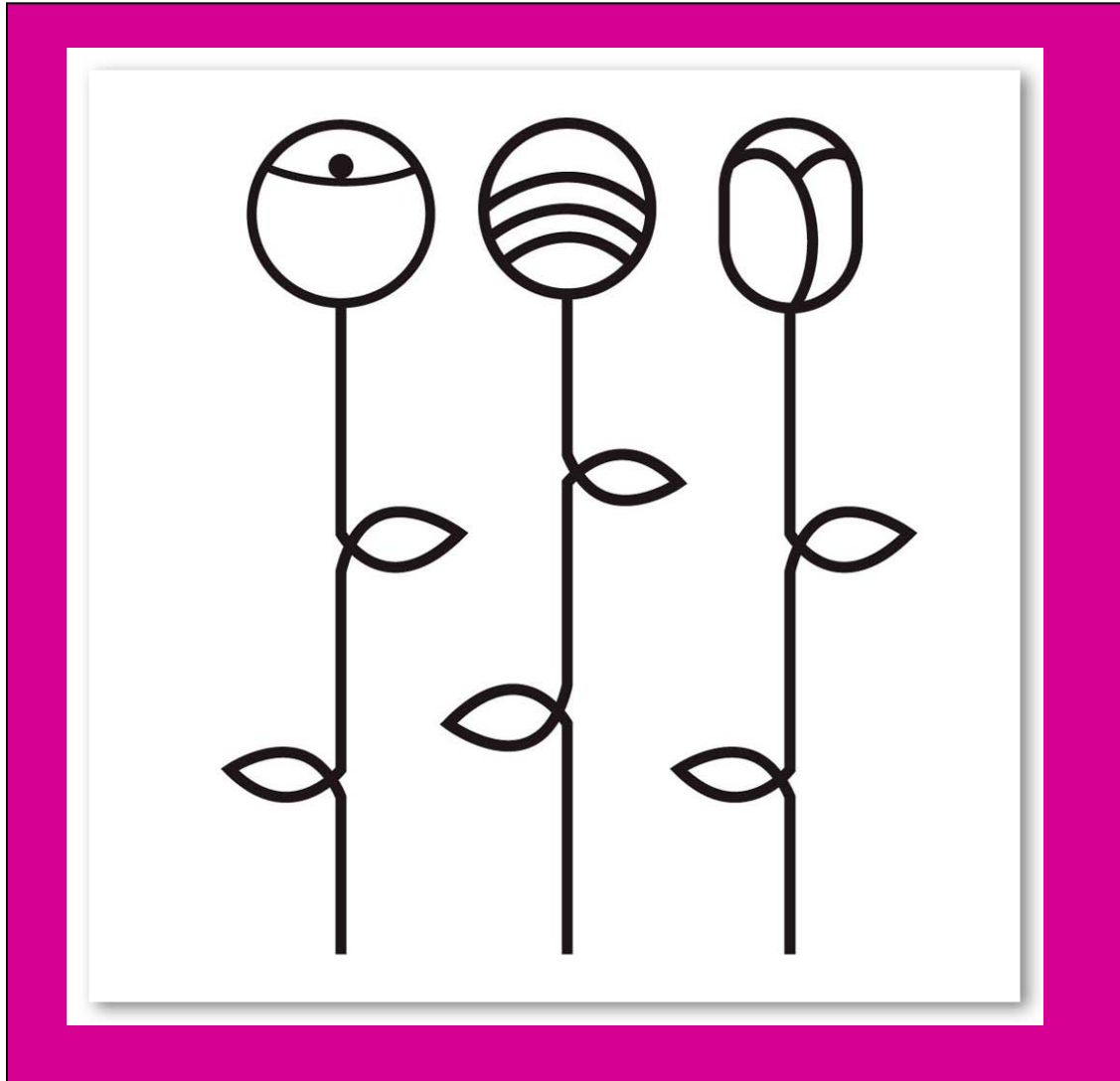


Figura 3.

Estensione effettiva dello screening mammografico per area geografica

(% di donne di età 50-69 anni che ricevono la lettera di invito - 2006-2012)

Fonte: survey Ons

Nord Centro Sud Italia

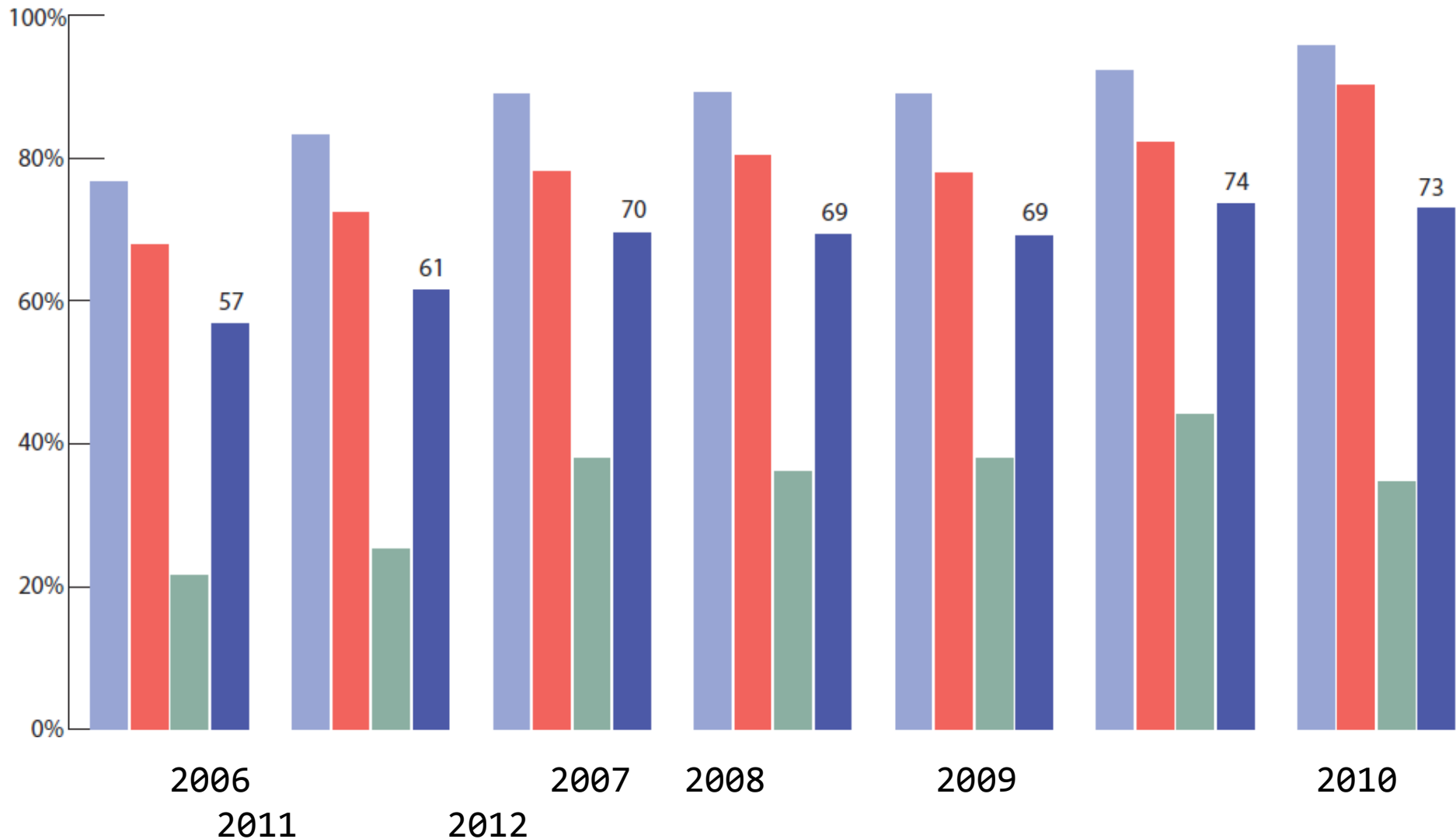


Tabella 4.
Indicatori per macro aree: Nord, Centro e Sud Italia

| | Nord | | | Centro | | | Sud e Isole | | |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------|-------------|-----------|---------|
| | 2008-2009 | 2010-2011 | 2012 | 2008-2009 | 2010-2011 | 2012 | 2008-2009 | 2010-2011 | 2012 |
| Numero totale di donne invitate | 2.890.344 | 2.966.696 | 1.517.290 | 1.154.545 | 1.162.765 | 653.092 | 890.595 | 1.021.191 | 441.337 |
| Numero di donne aderenti all'invito * | 1.760.972 | 1.802.742 | 953.870 | 640.629 | 632.398 | 352.374 | 323.593 | 406.873 | 194.293 |
| Adesione all'invito | 61% | 61% | 63% | 55% | 54% | 54% | 36% | 40% | 44% |
| Numero di donne esaminate nel periodo** | 1.777.104 | 1.807.314 | | 623.717 | 640.912 | | 289.621 | 324.207 | |
| Proporzione di donne richiamate per approfondimenti | 5,9% | 5% | | 6,1% | 6,4% | | 8% | 5,8% | |
| Biopsie benigne | 1.305 | 1.185 | | 394 | 376 | | 234 | 161 | |
| Tasso di identificazione dei carcinomi | 4,9‰ | 4,9‰ | | 5‰ | 3,9‰ | | 4,1‰ | 3,3‰ | |
| Tasso di identificazione dei carcinomi invasivi ≤ 10 mm | 1,3‰ | 1,5‰ | | 1,7‰ | 1,2‰ | | 0,7‰ | 0,7‰ | |
| Percentuale di trattamento chirurgico conservativo nei tumori invasivi ≤ 2 cm | 86,3% | 79,7% | | 79,1% | 86,8% | | 83,3% | 72,9% | |

* numero di donne che hanno accettato di fare una mammografia in seguito all'invito effettuato nel periodo considerato

** numero di donne che hanno effettuato una mammografia nel periodo considerato, indipendentemente da quando è stato mandato l'invito

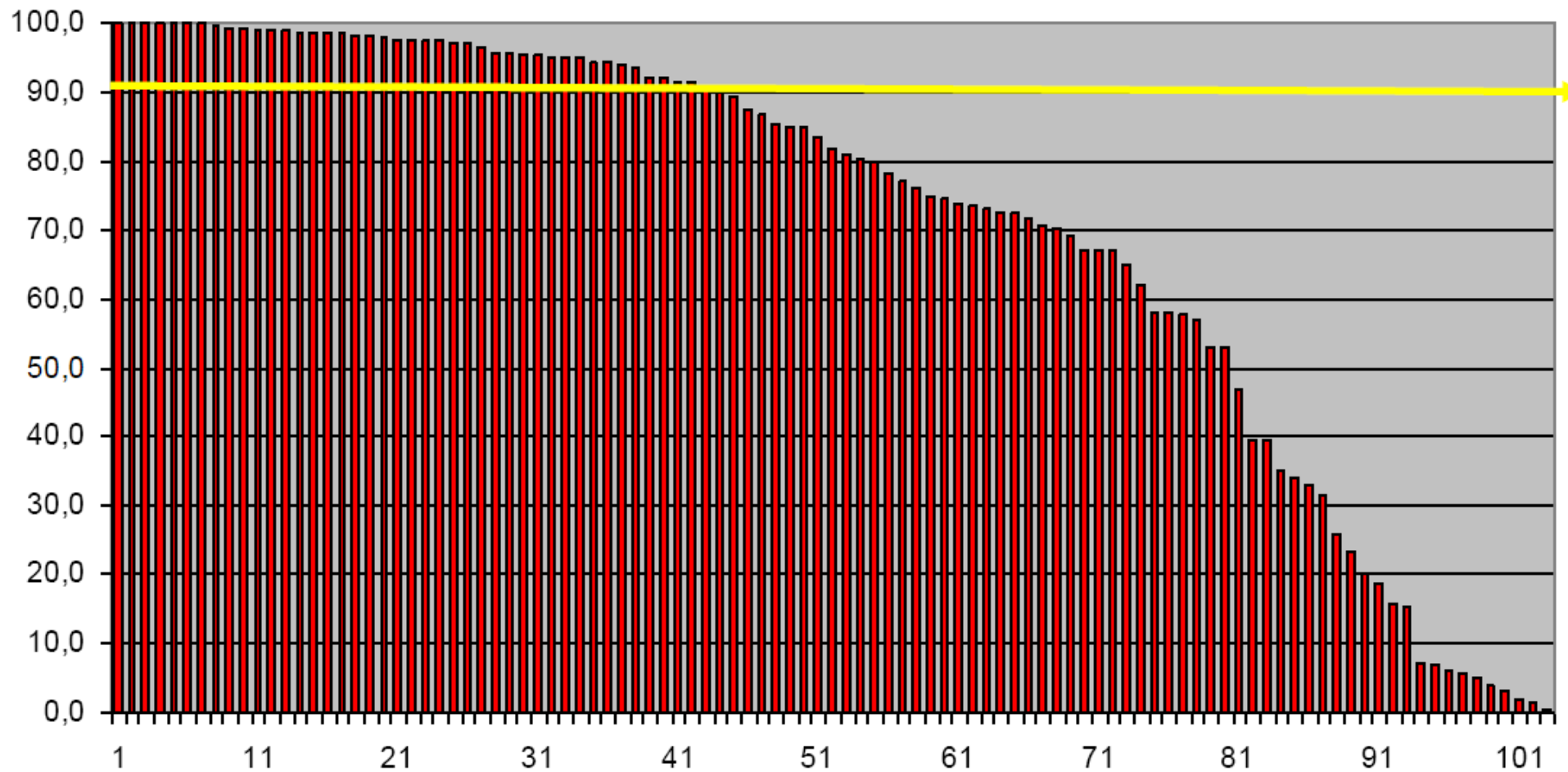
Andamento temporale dei richiami per approfondimenti: 2000-2010

- acceptable GISMa standard at first screening: <7%
- acceptable GISMa standard at subsequent screening: <5%
- ◆ first screening
- ◆ subsequent screening



Tempi di attesa - 1

Data test - lettera neg =< 21 gg (%)



SQTM

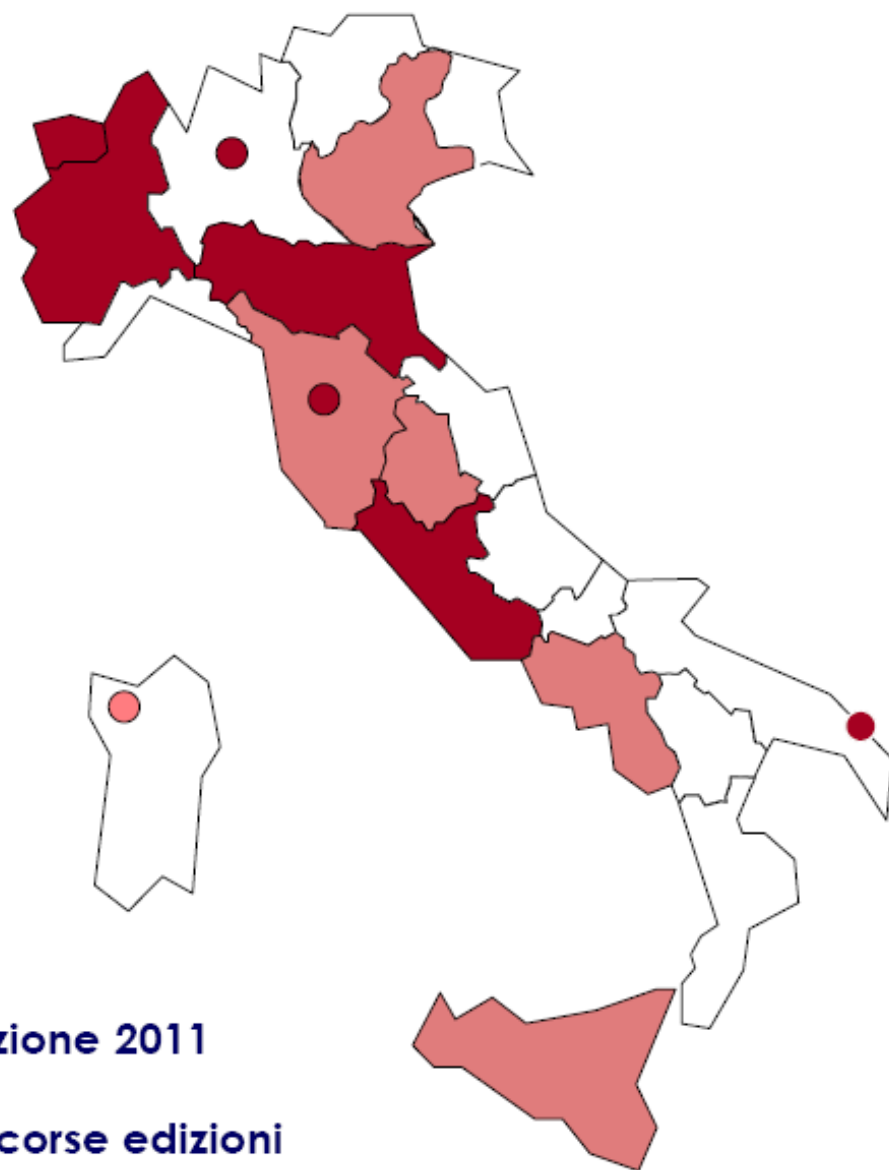
**Quality assurance programme on care of screen
detected breast cancer since 1997**

Numero di casi per Regione

Dati: SQTM Screening Italia 2011

| | |
|------|----------------|
| 56 | Valle d'Aosta |
| 1204 | Piemonte |
| 1024 | Emilia Romagna |
| 66 | Firenze |
| 502 | Lazio |
| 60 | Lecce |
| 414 | Milano |

3326

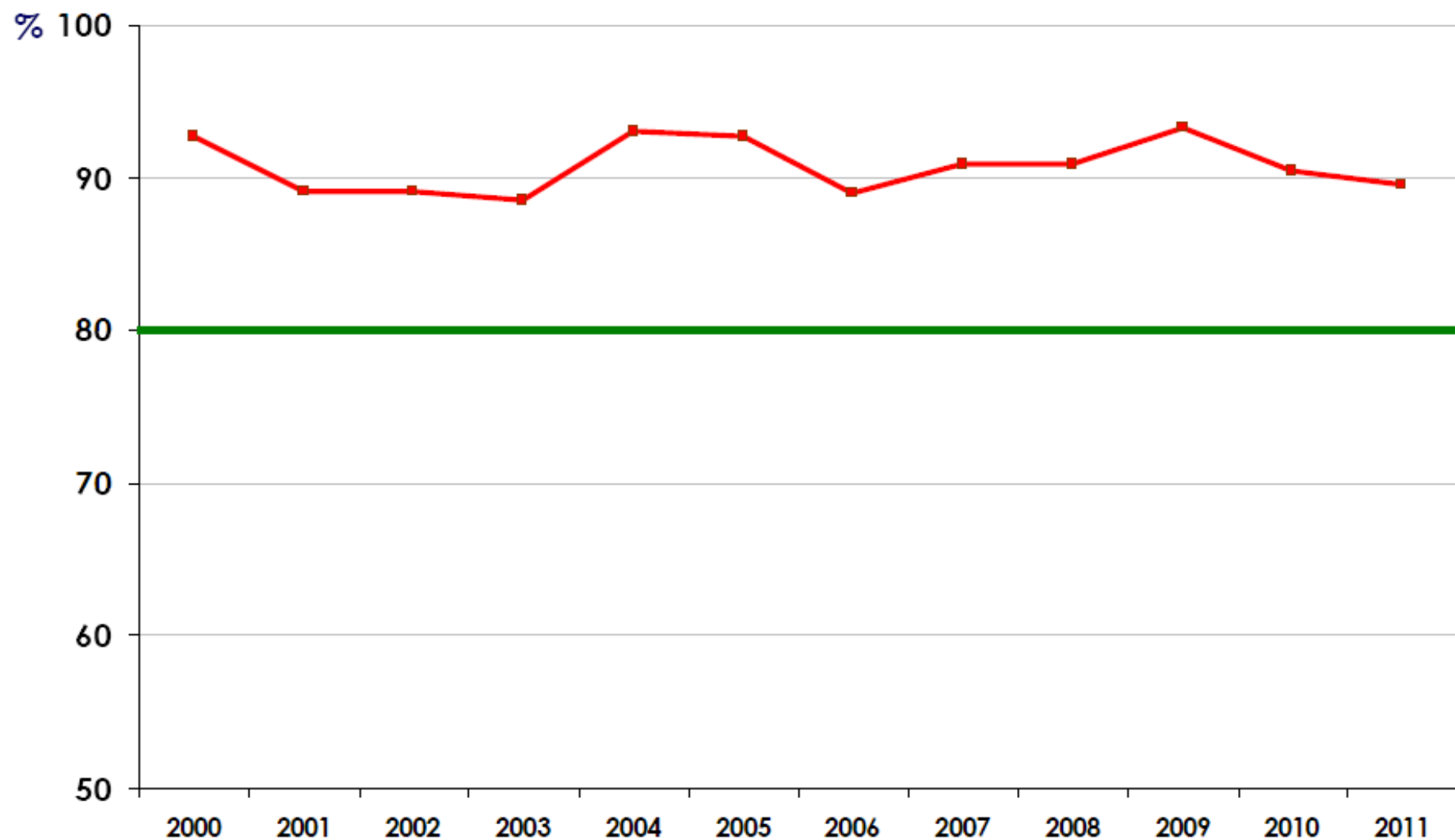


Regioni che hanno partecipato all'edizione 2011

Regioni che hanno partecipato nelle scorse edizioni

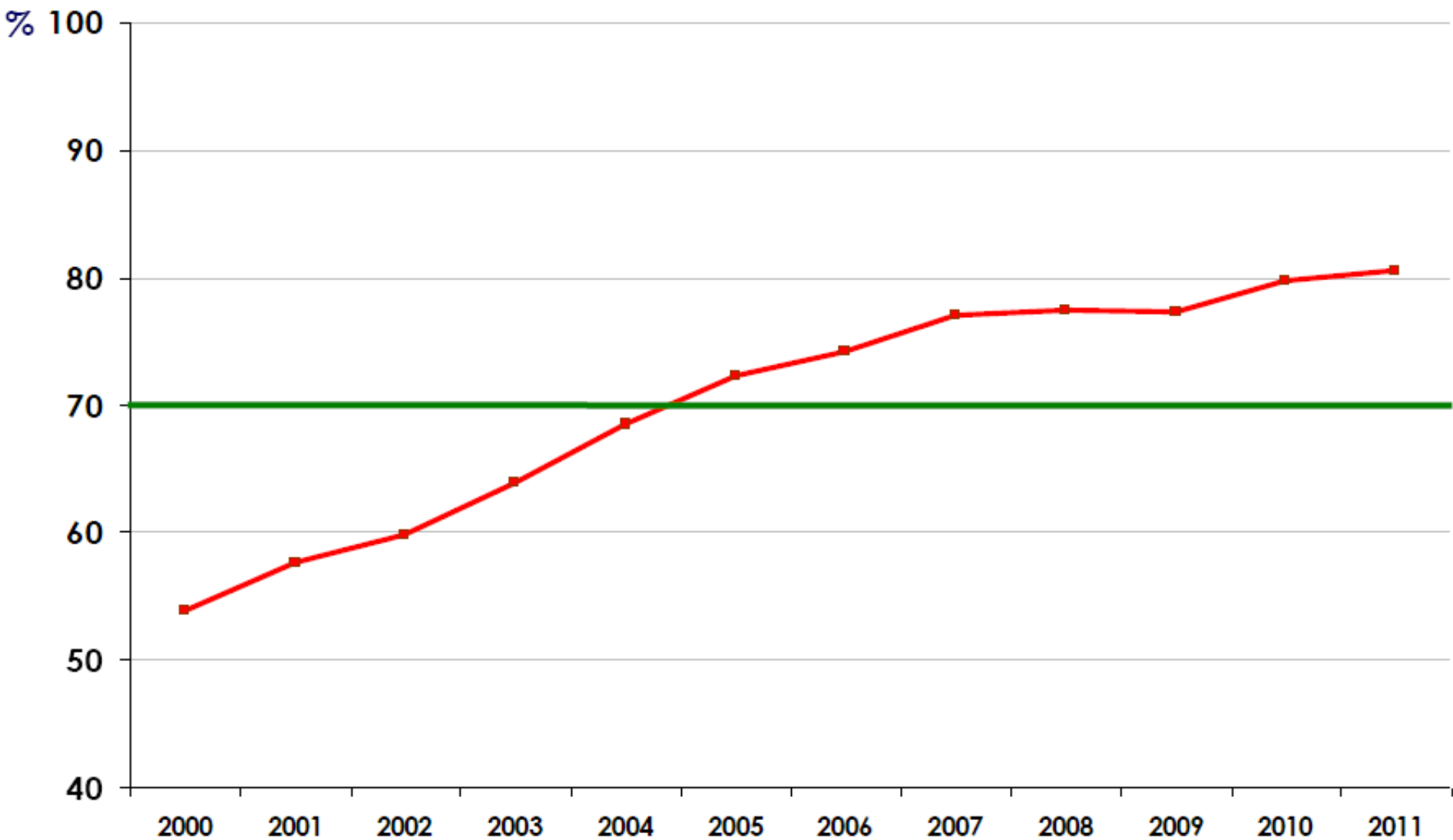
Interv. conservativo in casi di carcinoma in situ ≤ 20 mm.

Dati: SQTM Screening Italia 2000-2011



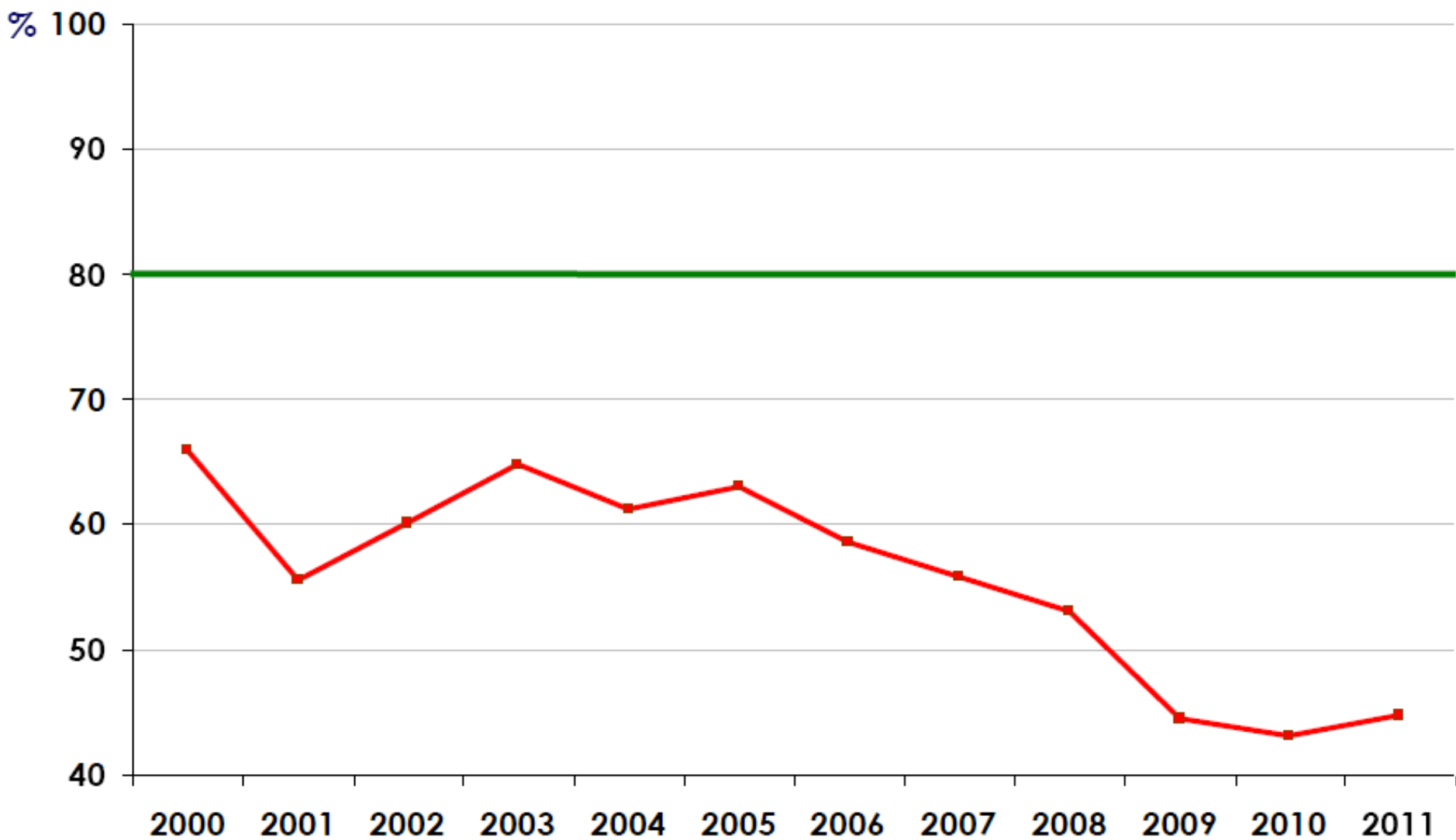
Diagnosi preoperatoria nei cancro (C5, B5)

Dati: SQTМ Screening Italia 2000-2011



Intervento entro 30 gg. dalla prescrizione

Dati: SQTM Screening Italia 2000-2011



PAROLE CHIAVE:



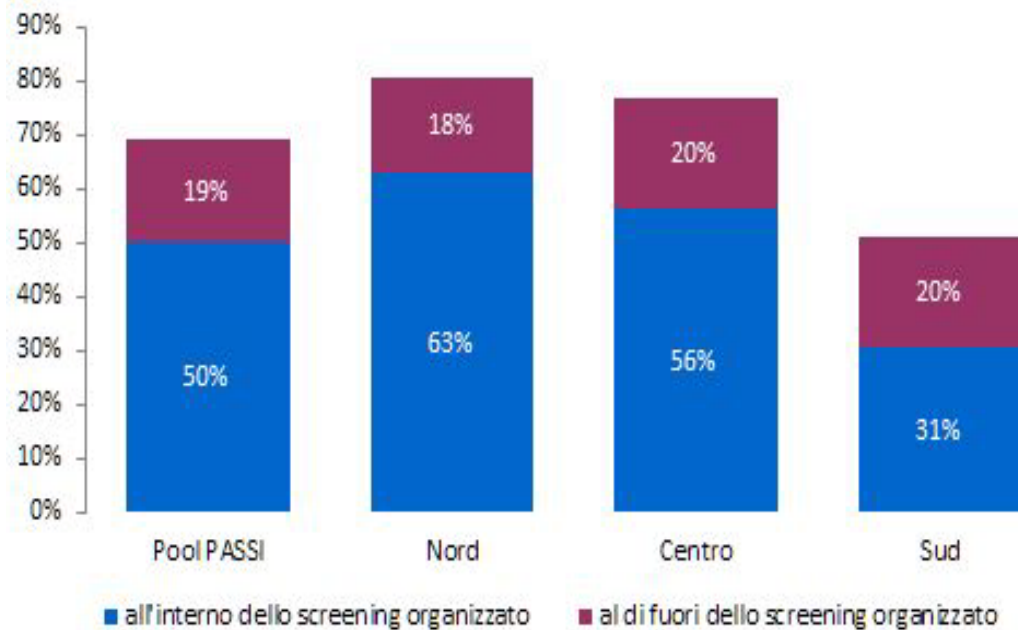
Valutazione/Confronto/Qualità

Confronti con altri sistemi di
sorveglianza

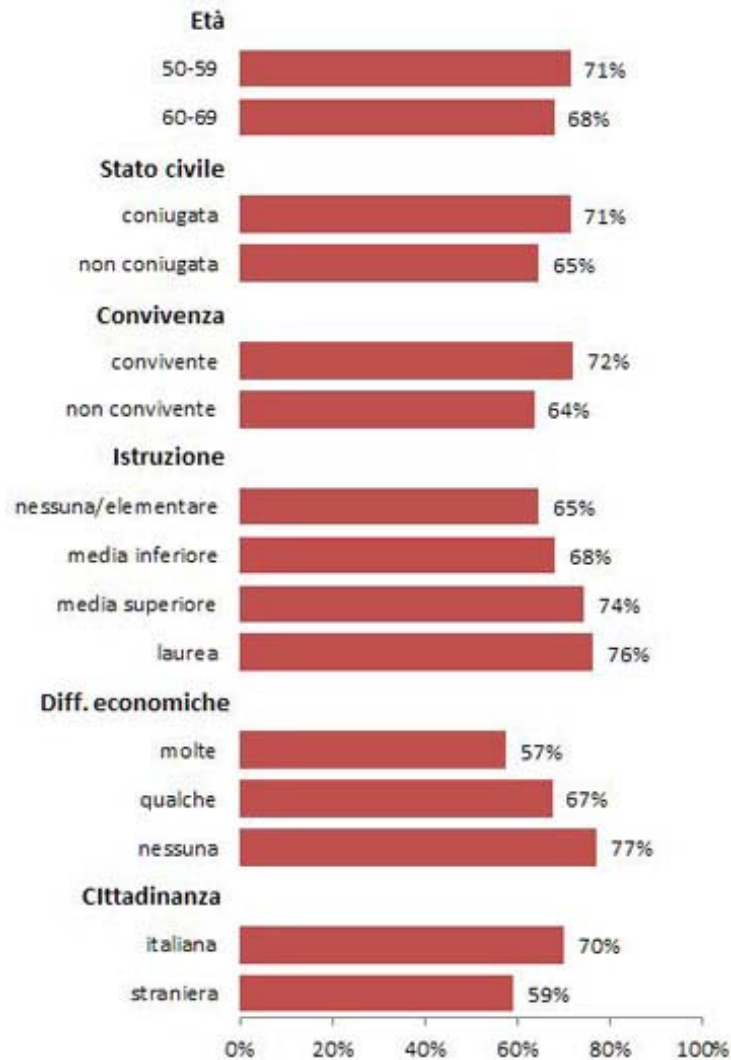
- PASSI: prevalenza (2009-2012)

Mammografia eseguita negli ultimi due anni – Donne 50-69enni

Pool Asl: 69,8% (69,1-70,5%)

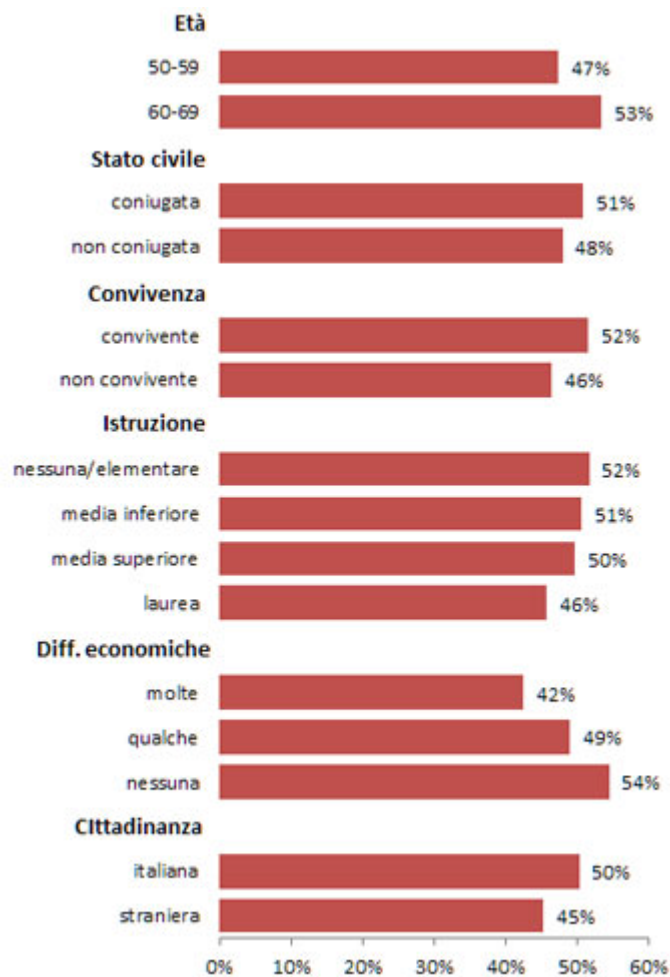


• PASSI: variabili socio-demografiche

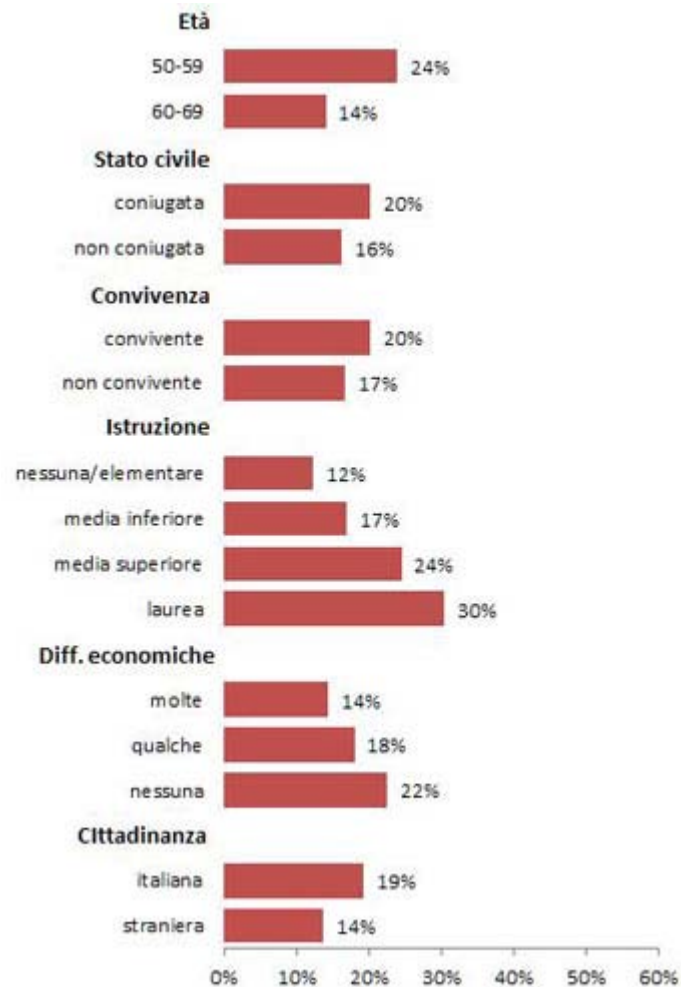


Breast

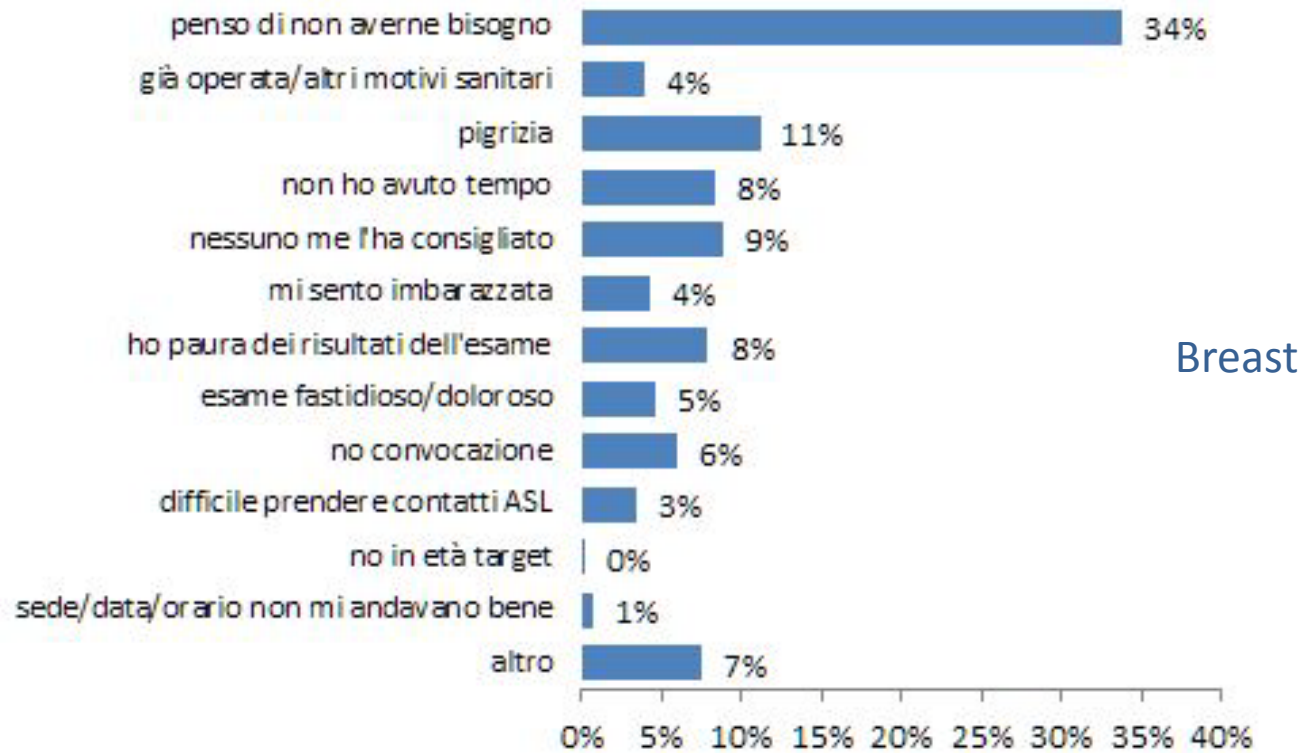
**Mammografia eseguita negli ultimi due anni
all'interno di programmi di screening organizzati
– Donne 50-69enni**



Mammografia eseguita negli ultimi due anni **al di fuori di programmi di screening organizzati –
Donne 50-69enni**



• PASSI: motivi di non effettuazione del test



PAROLE CHIAVE:



Valutazione/Confronto/Qualità



Equità



Costo/efficacia



Formazione

SCREENING

ORGANIZZATO:

- ▶ programma con obiettivi dichiarati, in genere proposto da un'istituzione, per screening di provata efficacia, dotato di una rete organizzativa gestionale e di sistemi per la valutazione di processo e di risultato
- ▶ agisce su una popolazione asintomatica invitata attivamente.

OPPORTUNISTICO:

- ▶ attività di prevenzione spontanea o nell'ambito di programmi basati su offerta del test di screening prescindendo da una serie di presupposti organizzativi (inviti, richiami, protocolli diagnostici e terapeutici e controlli di qualità)

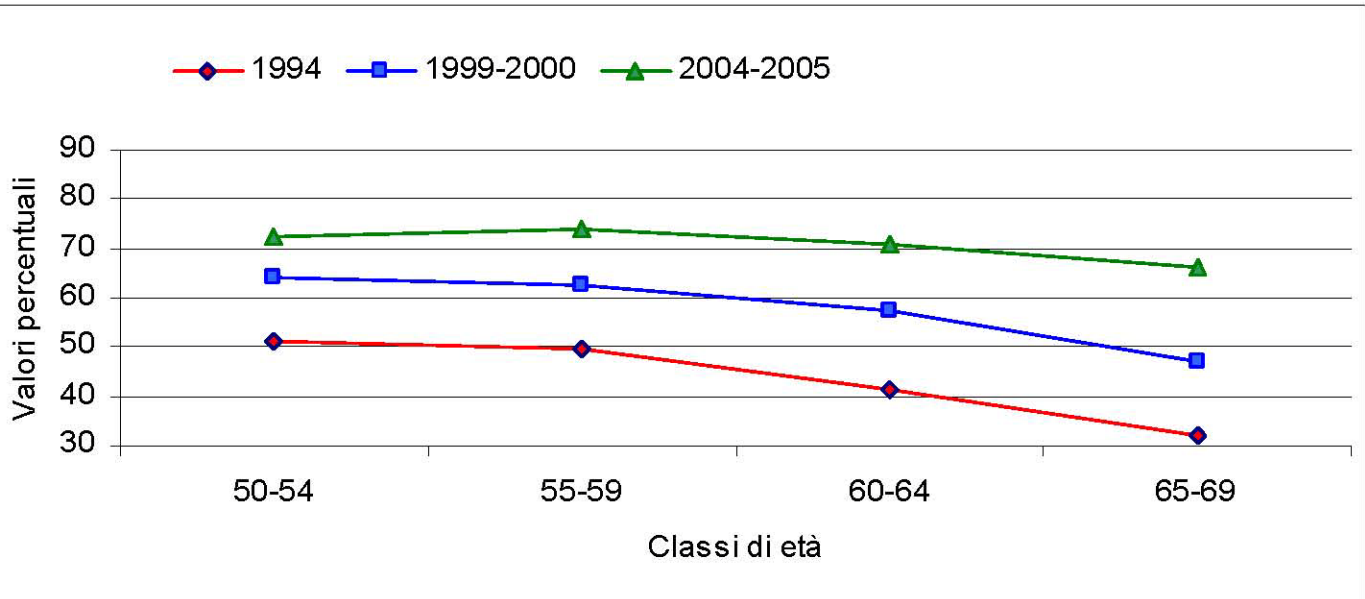
Con lo screening opportunistico, spesso:

- Una gran parte della popolazione bersaglio non effettua il test
- La restante parte tende ad effettuare il test di screening troppo frequentemente
- C'è una forte differenza nell'accesso allo screening (ad esempio per età e titolo di studio)
- Effettuano lo screening anche soggetti al di fuori della popolazione bersaglio (ad esempio: troppo giovani)

I protocolli

| SPONTANEO | ORGANIZZATO |
|---|---|
| Singolo professionista che raccomanda l'esame | Lettera di invito a tutta la popolazione target |
| Intervallo non sempre definito (range 12-18 mesi) | Intervallo definito: 24 mesi |
| Mix di sintomatiche ed asintomatiche | Tutta la popolazione |
| Approccio individuale | Protocolli definiti |
| Mammografia in presenza di radiologo | Mammografia in assenza del radiologo |
| Lettura singola | Doppia lettura |
| Esami aggiuntivi primo livello | No eco, no esame clinico primo livello |
| Il livello: deciso dal singolo specialista | Il livello: equipe multidisciplinare |

Coverage for mammographic screening in Italy by period and age.



| estensione programmi di screening (%) | anno |
|---------------------------------------|---------|
| 50.3 | 2005 |
| 25.5 | 2000 |
| 9.1 | 1993-95 |

L'ESECUZIONE DELLA MAMMOGRAFIA NELLE DONNE DI 40-49 ANNI: DATI DELLA SORVEGLIANZA PASSI 2007-11

Carrozzi G,¹ Bertozzi N,² Sampaolo L,³ Bolognesi L,¹ Federici A,⁴ Naldoni C,⁵ Sassoli De Bianchi P,⁵ Falini P,⁶ Zappa M⁶

- accesso ai test
- **PdS e accesso** - sopravvivenza
- impatto interventi partecipazione

Mammografia negli ultimi 2 anni nelle donne di 45-49 anni per livello d'istruzione: confronto tra periodi temporali

| | | 2007-08 | | 2010-11 | |
|-----------------------------|----------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
| <i>Livello d'istruzione</i> | | <i>%</i> | <i>IC95%</i> | <i>%</i> | <i>IC95%</i> |
| Piemonte/Emilia-Romagna | bassa | 48,9 | 42,5-55,3 | 68,0 | 61,9-73,5 |
| | alta | 58,3 | 52,6-63,0 | 75,2 | 71,1-78,9 |
| | diff. % | 19,2 | | 10,6 | |
| Altre Regioni del Nord | bassa | 54,2 | 47,5-60,8 | 56,6 | 51,7-61,4 |
| | alta | 62,4 | 56,0-68,5 | 65,2 | 60,6-69,4 |
| | diff. % | 15,1 | | 15,2 | |

Pool nazionale - Dati PASSI 2007-11

esecuzione fortemente aumentata in E-R e Piemonte
→ riduzione del gap per istruzione



Does an organised screening programme reduce the inequalities in breast cancer survival?

D. Puliti¹, G. Miccinesi¹, G. Manneschi¹, C. Buzzoni¹, E. Crocetti¹, E. Paci¹ & M. Zappa^{1*}

- accesso ai test
- PdS e accesso - sopravvivenza
- impatto interventi partecipazione

Firenze: 10 anni successivi all'avvio di PdS mx (1991)

Table 2. Hazard ratios (HRs) and (95% confidence intervals) of deprived versus reference women stratified for age class and calendar period

| | HR adjusted for age and year | HR adjusted for age, year, pT and pN |
|-------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| <50 years old | | |
| 1985–1986 | 1.45 (0.54–3.87) | 1.28 (0.45–3.67) |
| 1991–1995 | 1.71 (1.05–2.79) | 1.34 (0.81–2.22) |
| 1996–2000 | 1.95 (1.09–3.49) | 2.02 (1.12–3.63) |
| 50–69 years old | | |
| 1985–1986 | 1.36 (0.91–2.04) | 1.16 (0.76–1.77) |
| 1991–1995 | 1.22 (0.87–1.70) | 1.13 (0.81–1.58) |
| 1996–2000 | 0.98 (0.63–1.53) | 1.08 (0.68–1.70) |

pT, pathological T; pN, pathological nodes.

- riduzione differenze sopravvivenza per SES nella popolazione bersaglio
- aumentano le differenze nelle più giovani

Does breast cancer screening level health inequalities out? A population-based study in an Italian region

Barbara Pacelli¹, Elisa Carretta^{2,3}, Teresa Spadea⁴, Nicola Caranci¹, Enza Di Felice³,
Elisa Stivanello², Silvio Cavuto³, Luca Cisbani¹, Silvia Candela³, Rossana De Palma¹,
Maria P. Fantini²

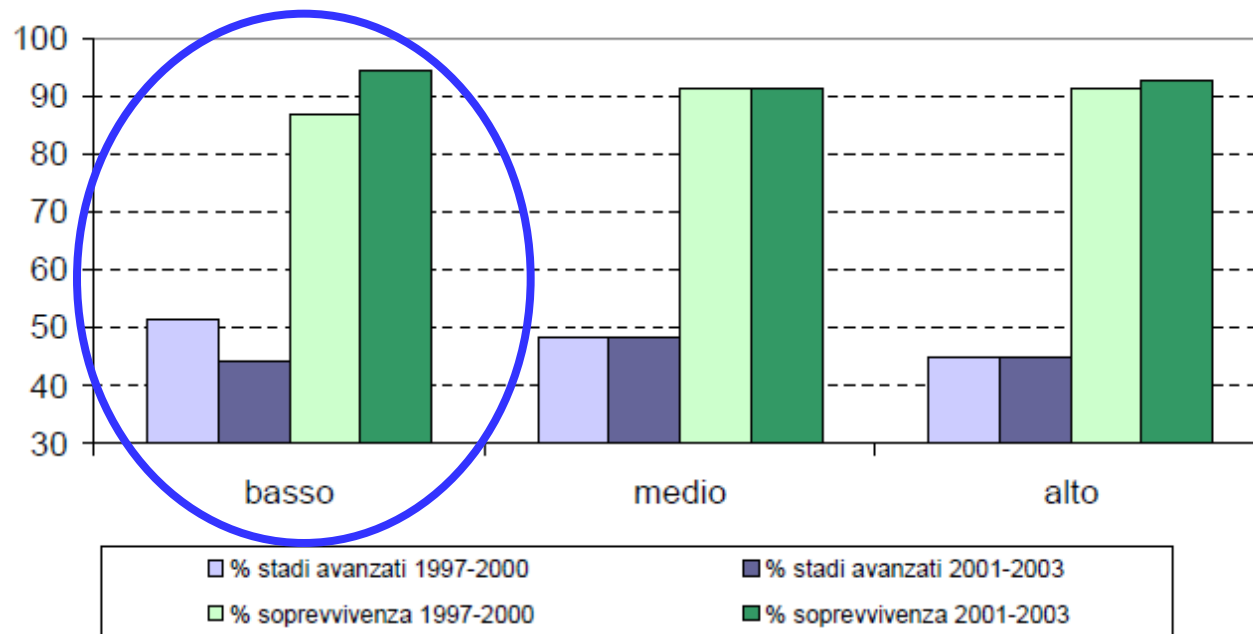
• accesso ai test

- PdS e accesso - sopravvivenza
- impatto interventi partecipazione

Emilia-Romagna: metà anni '90 avvio PdS

Casi incidenti 1997-2000 (periodo di transizione) vs 2001-2003 (consolidamento)

Table 2 Proportion of advanced cancers (%) and 5-year breast cancer survival (%) by education level, stratified by age-group and calendar period (1997-2000: 2001-03)



- forti riduzioni nella classe target delle differenze per istruzione per
 - stadi
 - sopravvivenza



DIFFERENZE SOCIOECONOMICHE NELLA CURA DEL TUMORE DELLA MAMMELLA IN EMILIA-ROMAGNA

Pacelli B,¹ Caranci N,¹ Domenighetti G,² Rodella S,¹ Finarelli AC,³ Marino M,¹ Giordano L⁴

- accesso ai test
- PdS e accesso – sopravvivenza - trattamento
- impatto interventi partecipazione

Emilia-Romagna: casi incidenti 2002-2005

livello d'istruzione e trattamento: linfonodo sentinella

| sentinel lymph node biopsy in women with pathological tumour pTNo | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----------------|------|---------------|---------------------|---------------|-------------------|------|---------------|---------------------|---------------|-----------------|------|---------------|---------------------|---------------|
| | 30-49 N= 660 | | | | | 50-69 N= 2,197 | | | | | 70+ N= 1,184 | | | | |
| | % | RR | 90%CI | RR adj ^a | 90%CI | % | RR | 90%CI | RR adj ^a | 90%CI | % | RR | 90%CI | RR adj ^b | 90%CI |
| All | 64.3 | | | | | 67.5 | | | | | 44.3 | | | | |
| Education | | | | | | | | | | | | | | | |
| Low | 72.3 | 1 | - | 1 | - | 57.2 | 1 | - | 1 | - | 35.5 | 1 | - | 1 | - |
| Medium | 62.6 | 0.86 | (0.74 ; 1.01) | 0.87 | (0.75 ; 1.02) | 66.7 | 1.17 | (1.04 ; 1.3) | 1.18 | (1.06 ; 1.32) | 44.5 | 1.25 | (1.07 ; 1.46) | 1.19 | (1.03 ; 1.37) |
| High | 72.2 | 1.00 | (0.83 ; 1.2) | 0.98 | (0.81 ; 1.18) | 74.0 | 1.29 | (1.15 ; 1.45) | 1.29 | (1.15 ; 1.45) | 58.9 | 1.66 | (1.38 ; 1.99) | 1.57 | (1.32 ; 1.87) |
| p-trend | 0.64 | | | 0.78 | | < 0.001 | | | < 0.001 | | < 0.001 | | | < 0.001 | |

| sentinel lymph node biopsy in women with pathological tumour pTNo | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------------------|------|---------------|---------------------|---------------|------------------------------------|------|---------------|---------------------|---------------|-------------------------------|------|---------------|---------------------|---------------|
| | Screen detected N=1,305 | | | | | Screened within 30 months N=295 | | | | | Not screen detected N= 597 | | | | |
| | % | RR | 90%CI | RR adj ^a | 90%CI | % | RR | 90%CI | RR adj ^a | 90%CI | % | RR | 90%CI | RR adj ^a | 90%CI |
| All | 73.0 | | | | | 58.0 | | | | | 60.0 | | | | |
| Education | | | | | | | | | | | | | | | |
| Low | 62.2 | 1 | - | 1 | - | 37.5 | 1 | - | 1 | - | 55.6 | 1 | - | 1 | - |
| Medium | 74.1 | 1.19 | (1.05 ; 1.35) | 1.19 | (1.05 ; 1.35) | 55.6 | 1.48 | (0.95 ; 2.32) | 1.57 | (1.02 ; 2.43) | 55.4 | 1.00 | (0.79 ; 1.26) | 1.08 | (0.85 ; 1.37) |
| High | 73.7 | 1.19 | (1.03 ; 1.36) | 1.17 | (1.02 ; 1.34) | 70.7 | 1.88 | (1.2 ; 2.96) | 1.94 | (1.24 ; 3.04) | 76.6 | 1.38 | (1.09 ; 1.74) | 1.44 | (1.13 ; 1.84) |
| p-trend | 0.11 | | | 0.18 | | < 0.001 | | | < 0.001 | | < 0.001 | | | < 0.001 | |

a: RR aggiustato da modello per età (classi quinquennali) e stadio alla diagnosi

b: RR aggiustato da modello per età (classi quinquennali), stadio alla diagnosi e comorbidità (ipertensione) [RR (90% CI) : 0.85 (0.74-0.97)]c

- differenze per istruzione più marcate fuori dallo screening

LE NUOVE POPOLAZIONI



Principali barriere allo screening delle donne straniere



Difficoltà di accesso alle strutture sanitarie



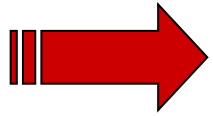
Problematiche relative alla comprensione dei messaggi



Scarsa informazione e cultura di prevenzione



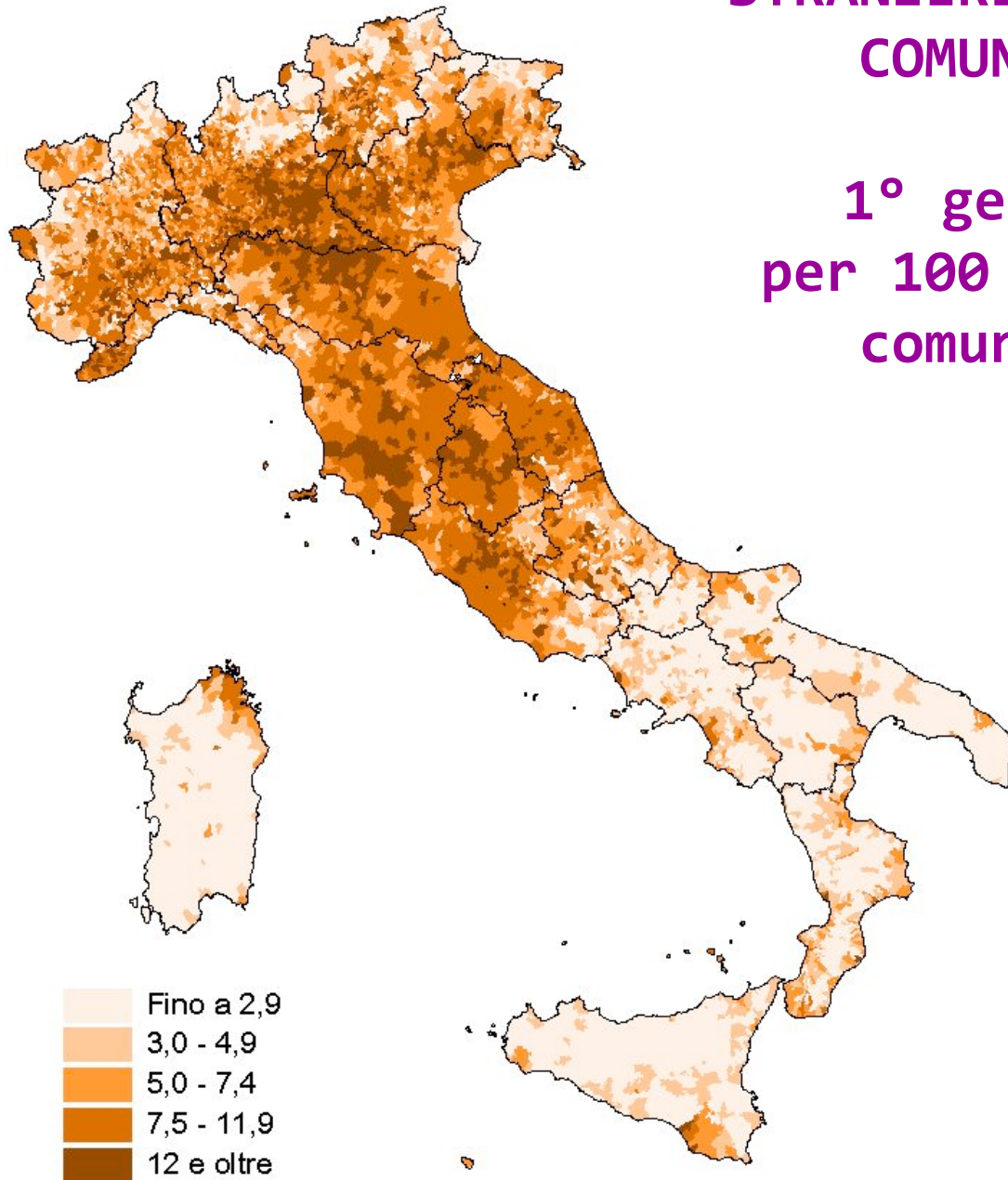
Incompatibilità tra i valori culturali, religiosi delle donne e le procedure alla base dello screening???



Fattori emotivi e psicologici (repressione, paura della malattia, imbarazzo per il test di screening, ecc...)

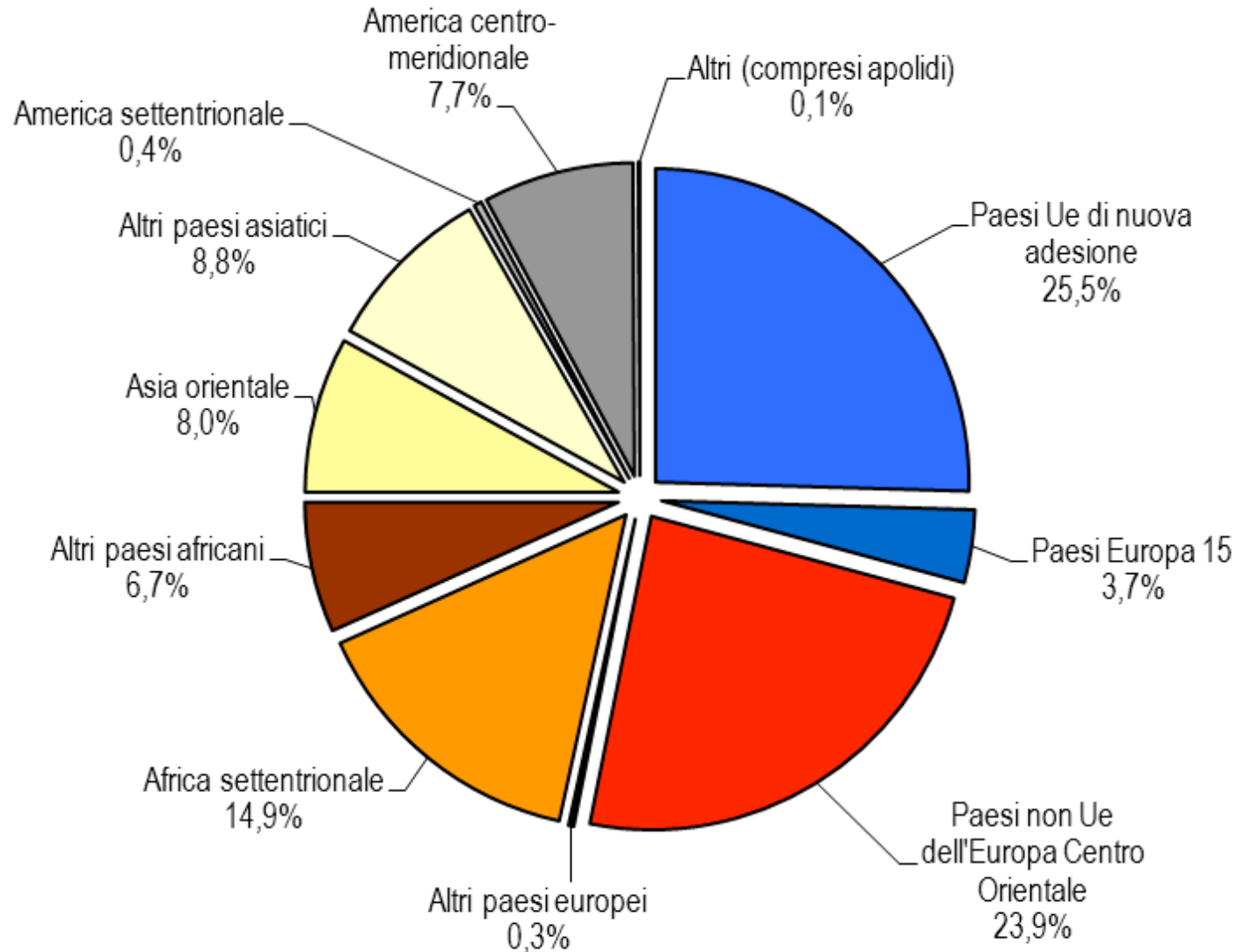
STRANIERI RESIDENTI NEI COMUNI ITALIANI

1° gennaio 2011,
per 100 residenti nei
comuni italiani



STRANIERI RESIDENTI IN ITALIA PER AREA GEOGRAFICA DI CITTADINANZA

1° gennaio 2011



| POPOLAZIONE STRANIERA | % sul totale delle straniere | % sul totale della popolazione bersaglio |
|---|-------------------------------------|---|
| POPOLAZIONE STRANIERA TARGET SCREENING CITOLOGICO (DONNE 25-64 ANNI) | 68.0% | 9.5% |
| POPOLAZIONE STRANIERA TARGET SCREENING MAMMOGRAFICO (DONNE 50-69 ANNI) | 14.4% | 4.5% |
| POPOLAZIONE STRANIERA TARGET SCREENING COLORETTALE - FOBT (UOMINI E DONNE 50-70 ANNI) | 12.3% | 3,6% |
| POPOLAZIONE STRANIERA TARGET SCREENING COLORETTALE - SIGMOIDOSCOPIA (UOMINI E DONNE 58 ANNI) | 0.6% | 3.9% |

8 regioni hanno risposto all'indagine:

Emilia Romagna (2)

Lazio (1)

Liguria (1)

Lombardia (3)

Piemonte (1)

Trentino Alto Adige (1)

Umbria (1)

Veneto (2)



Totale questionari raccolti: 12

P.I.O. - ADESIONE ALLO SCREENING (AGGIORNAMENTO DATI NOVEMBRE 2012)

| REGIONI | Screening mammografico | | Δ | Screening cervico-vaginale | | Δ | Screening coloretale | | Δ |
|--|------------------------|---------------------------------|-------|----------------------------|---------------------------------|-------|----------------------|---------------------------------|-------|
| | Italiane | straniere | | Italiane | straniere | | Italiani | stranieri | |
| E.ROMAGNA (2010 mammo e cito; 2011 colon) | 70,2 | 48,5 | -21,7 | 56,2 | 49,4 | -6,8 | 50,4 | 29,5 PSA: 32,1 PFPM: 29,1 | -20,9 |
| Cesena (2009-2010) | | | | 56,0 | PSA: 51,0 PFPM: 49,0 | -7,0 | | | |
| LAZIO (2010-2011 mammo; 2009-2011 cito) | 47,2 | 26,2 PSA: 26,0 PFPM: 26,3 | -21,0 | 30,8 | 25,3 PSA: 22,5 PFPM: 25,8 | -5,5 | | | |
| LIGURIA ASL 4 Chiavari (2002-2012) | 63,1 | 48,7 PSA: 50,1 PFPM: 48,4 | -14,4 | | | | | | |
| LOMBARDIA Brescia (2004-2007 cito; 2005-2008 colon) | | | | 59,8 | 45,0 | -14,8 | 55,3 | 31,4 | -23,9 |
| Lodi (2011) | 49,6 | PSA: 49,5 PFPM: 39,3 | -10,3 | 31,2 | PSA: 32,0 PFPM: 32,7 | +1,5 | 46,0 | PSA: 45,6 PFPM: 31,1 | -14,9 |
| Mantova (2006-2008) | | | | 65,0 | PFPM: 42,0 | -23,0 | | | |
| PIEMONTE (2010) | 60,2 | 43,8 PSA: 52,5 PFPM: 42,0 | -16,4 | 46,1 | 38,4 PSA: 38,8 PFPM: 38,3 | -7,7 | | | |
| TRENTINO ALTO ADIGE Trento (2009) | | | | 53,1 | 33,6 PSA: 39,1 PFPM: 30,2 | -19,5 | | | |
| UMBRIA ASL 2 (2010 mammo; 2008-2010 cito) | 80,3 | 78,1 PSA: 71,3 PFPM: 50,0 | -2,2 | 64,1 | 57,2 PSA: 57,4 PFPM: 57,2 | -6,9 | | | |
| VENETO (2011 mammo; 2007-2011 cito) | 65,3 | 59,0 | -6,3 | 50,0 | 48,1 | -1,9 | | | |
| ULSS 16 (2011) | 65,5 | 60,7 | -4,8 | 43,6 | 41,0 | -2,6 | 49,2 | 42,2 | -7,0 |

PAROLE CHIAVE:



Valutazione/Confronto/Qualità



Equità



Costo/efficacia



Formazione



Etica

LA PREVENZIONE DEL TUMORE DELLA MAMMELLA

I COSTI DELLO SCREENING

Un'analisi in logica activity based

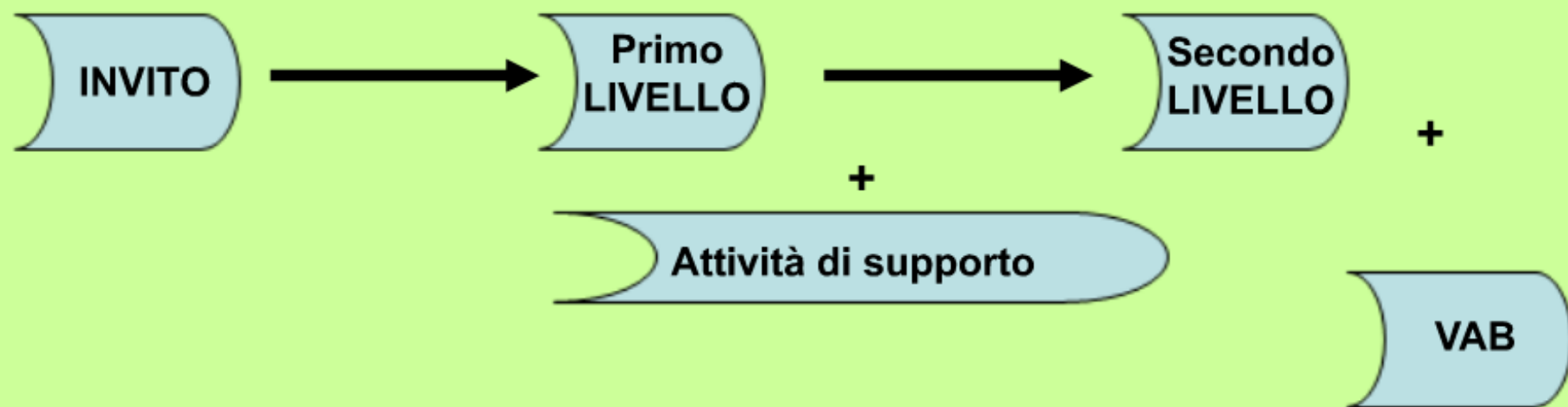
Paola Mantellini e Giuseppe Lippi

con un'introduzione
di **Nerina Dirindin**



I COSTI

PERCORSO SCREENING ORGANIZZATO

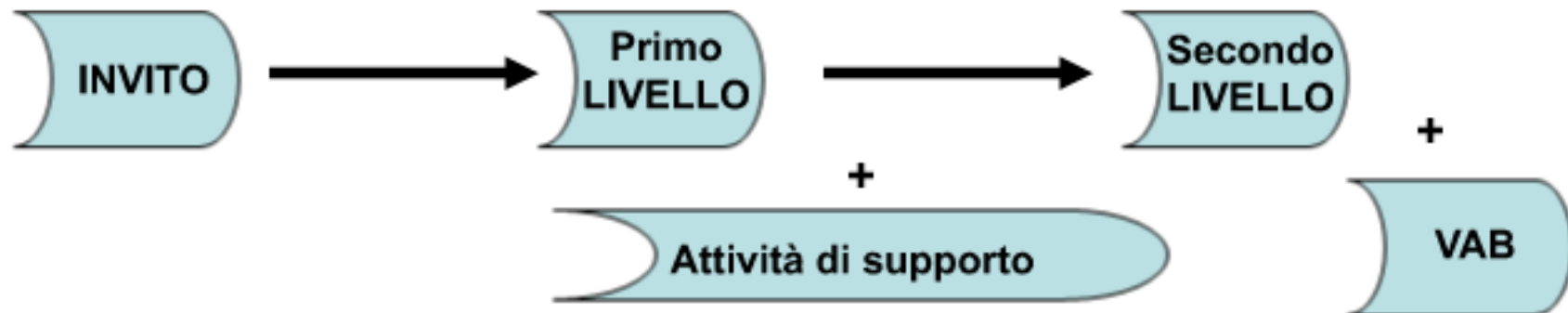


PERCORSO SCREENING SPONTANEO



PERCORSO SCREENING ORGANIZZATO

P = 57,25 €



PERCORSO SCREENING SPONTANEO



$$P = € 69,41 \times 1,1774 + 10,30 + 583,11 \times 0,0035$$

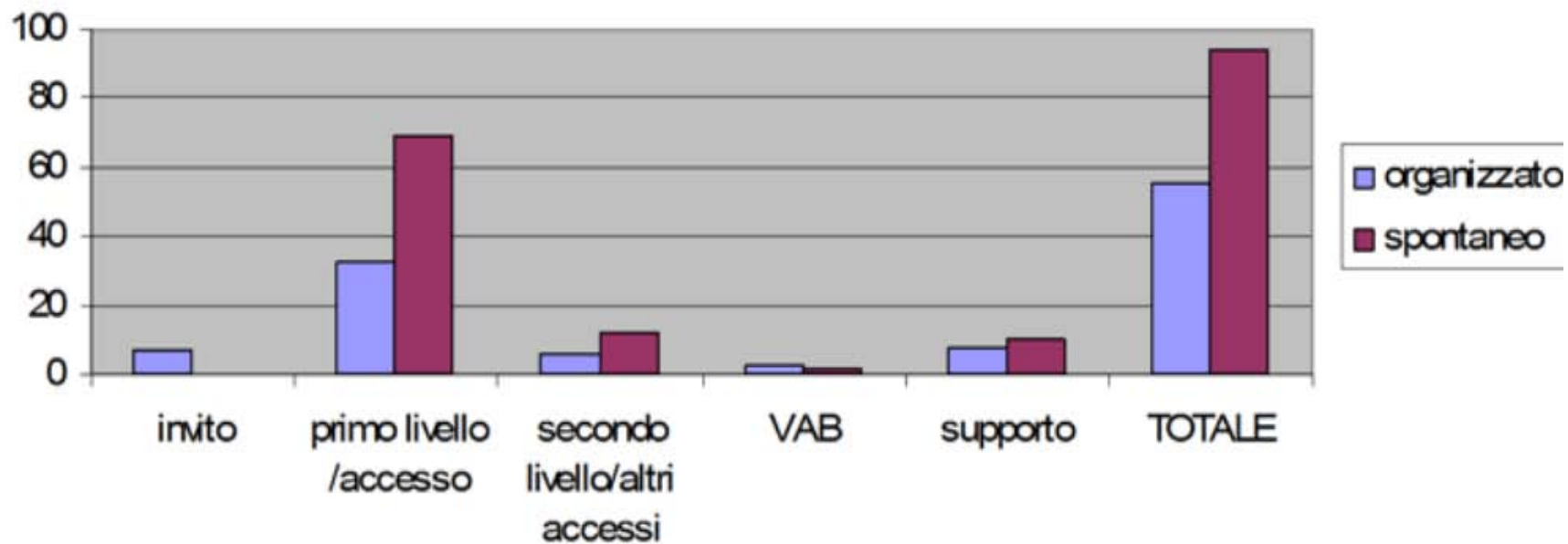
$$P = 81,72 + 10,30 + 2,04$$

P = 94,06 €

RIEPILOGO

PERCORSO ORGANIZZATO VS SPONTANEO

Costi anni 2008-09 (n = 167.822 + 54.298)



CONCLUSIONI (Mantellini – Lippi)

Il percorso organizzato si dimostra più efficiente sul piano economico del percorso spontaneo. Ciò è sostanzialmente da attribuirsi alla sua maggiore regolamentazione (logica sequenziale degli esami).

PAROLE CHIAVE:



Valutazione/Confronto/Qualità



Equità



Costo/efficacia



Formazione

I CONVEGNI ANNUALI DEL GISMA

Convegno GISMa 2010 - Bologna



Convegno GISMa 2011 - Palermo



Convegno GISMa 2012 - Bologna



Convegno GISMa 2013 - Torino





CONVEGNO NAZIONALE **GISMA 2014**

L'estensione dei programmi
di screening mammografico
in Italia: questioni di
ATTITUDINE/LATITUDINE?

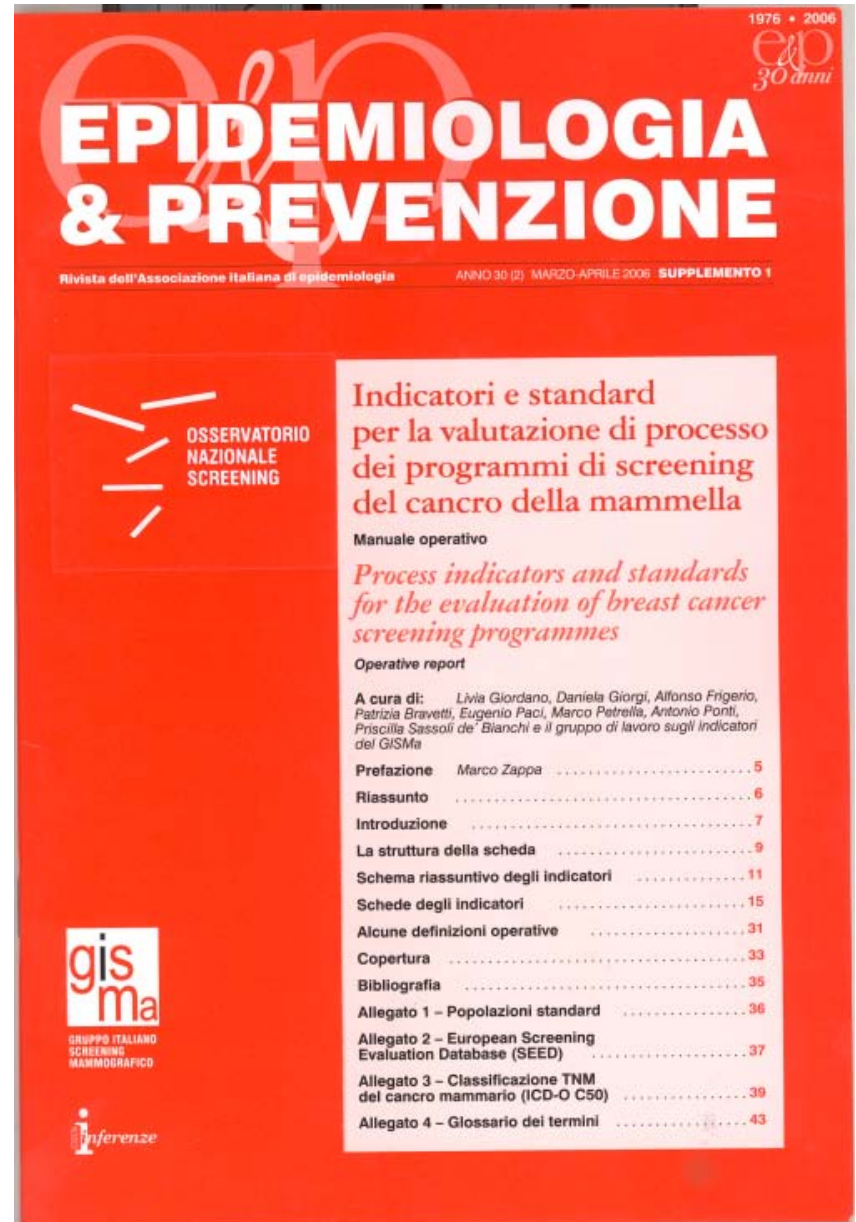
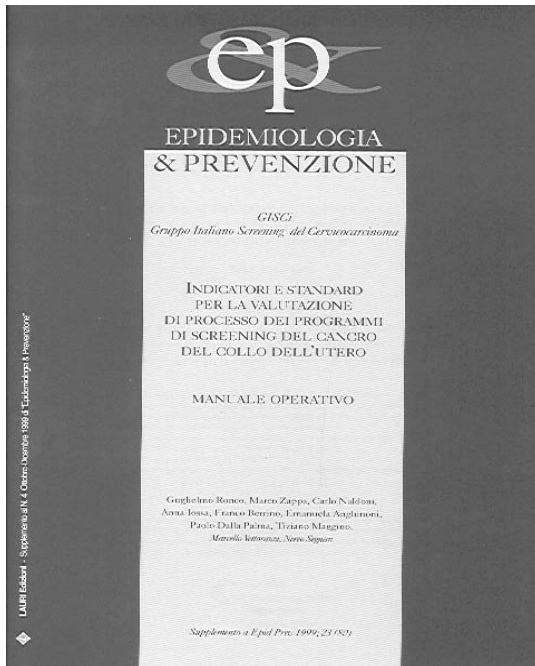
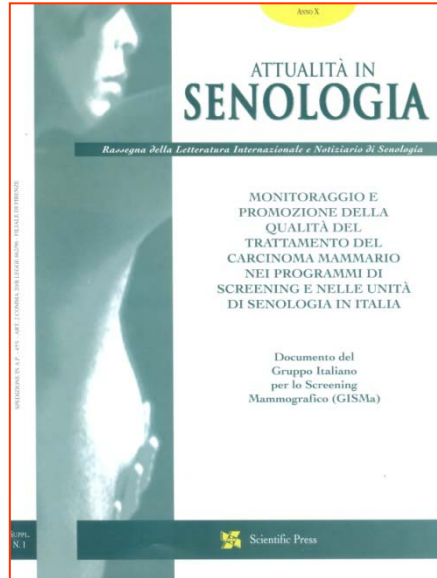
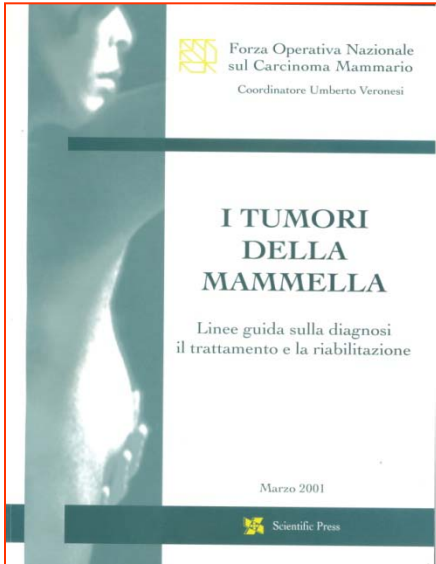
*"dicett o' pappice vicina a noce:
damme o' tiemp ca' te spurtos"*

Salerno

25-26-27 giugno 2014

Salone dei Marmi
Palazzo di Città

... E Nazionali...



Publications:

- ONS reports



I PROGRAMMI DI SCREENING IN ITALIA 2011



Gli screening organizzati sono interventi efficaci di sanità pubblica offerti alla popolazione, con rigorosi controlli di qualità e in grado di incidere sulle disuguaglianze nella salute. Tre buone ragioni per sostenerli.



10 ANNI DI PROGRAMMI DI SCREENING IN ITALIA

Gli screening organizzati sono interventi efficaci di sanità pubblica offerti alla popolazione, con rigorosi controlli di qualità e in grado di incidere sulle disuguaglianze nella salute. Tre buone ragioni per sostenerli.



I PROGRAMMI DI SCREENING IN ITALIA

cervicale • coloretale • mammografico

Il sistema di monitoraggio dei programmi organizzati permette anno dopo anno di rendere conto del numero di test fatti e degli esiti di questa attività di indagine precoce. Una vera e propria bussola che consente di orientare le scelte.

Le linee guida Internazionali...



**European guidelines for quality assurance in
breast cancer screening and diagnosis**

Fourth Edition



European Commission



Health & Consumer Protection
Directorate-General

European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis *Fourth Edition*

Editors

N. Perry

M. Broeders

C. de Wolf

S. Törnberg

R. Holland

L. von Karsa

Technical editor

E. Puthaar

www.gisma.it

Risorse

Legislazione

Survey

Attività in corso

Eventi

Riferimenti Bibliografici

Documenti GISMa

Atti dei Convegni

Forum di Discussione

News

Links

Bandi e Concorsi

Gruppi di Lavoro

Area Epidemiologia e Comunicazione

Area Diagnosi

Area Tecnica / Fisica

Area Trattamento

Convegno Nazionale GISMa 2014

Sabato 22 Marzo 2014 00:00



Save the date

Salerno, 25 - 26 - 27 giugno 2014

New Come di consueto verrà organizzata anche quest'anno una **sessione poster** ed il miglior abstract presentato da un giovane sotto i 35 anni riceverà un **premio alla memoria di Vito Distante e Stefano Ciatto**.

Gli **abstract** dovranno pervenire entro il **15 maggio p.v.** alla segreteria GISMa: segreteria@gisma.it.

[Scheda per la presentazione degli abstract](#) (183 Kb)

[Lettera di Presentazione](#) (183 Kb)

Seguiranno a breve il programma con le informazioni generali e la scheda di iscrizione



“ In ricordo di **Vito Distante**, Presidente indimenticato del GISMa. Ciao Vito! ”

4th PAVIA UPDATE ON BREAST CANCER & SenoNetwork FOCUS ON

Venerdì 21 Marzo 2014 00:00

Rischio eredo-familiare di carcinoma mammario e ovarico: dalle evidenze scientifiche alla applicazione sul territorio nazionale **New**

Pavia, 15 - 16 maggio 2014

[Programma](#) (190 Kb) - [Scheda di Iscrizione](#) (40 Kb)



“Vivi come se dovessi morire domani.”

Corso di Formazione

Martedì 25 Febbraio 2014 22:16

Risorse

[Legislazione](#) ▶

[Survey](#) ▶

[Attività in corso](#) ▶

[Eventi](#) ▶

[Riferimenti Bibliografici](#) ▶

[Documenti GISMa](#) ▶

[Atti dei Convegni](#) ▶

[Forum di Discussione](#) ▶

[News](#) ▶

[Links](#) ▶

[Bandi e Concorsi](#) ▶

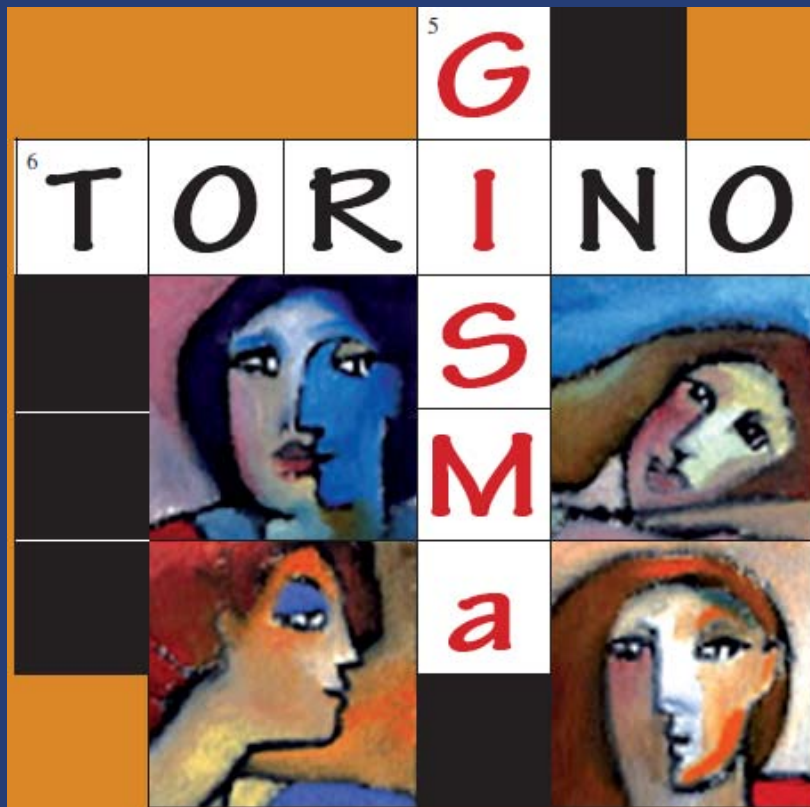
Documenti GISMa

- 1 [Indicatori di qualità per la cura del carcinoma mammario nelle Breast Unit in Italia](#)
- 2 [Sull'opportunità di estendere lo screening mammografico organizzato alle donne di 40-49 e 70-74 anni di età. Raccomandazioni di una conferenza di consenso italiana.](#)
- 3 [Documento congiunto GISMa-SIRM](#)
- 4 [Conferenza di consenso sulla estensione dello screening mammografico a nuove fasce di età](#)
- 5 [I carcinomi di intervallo quali indicatori di performance di un programma di screening](#)

**Screening mammografico: conoscenza scientifica, controversie e incertezze.
La comunicazione per una decisione consapevole**

Torino, 25 Settembre 2013

LA DICHIARAZIONE GISMA-ONS



CONVEGNO
NAZIONALE
GISMa
2013

26-27 SETTEMBRE 2013
Sermig - Arsenale della Pace

IV sessione

Dati di attività e formazione

Lauro Bucchi

Registro tumori della Romagna, IRST, Forlì

Perché riproporre la questione della formazione

La domanda di formazione

**La chiamata telefonica più comune
che la segreteria del GISMa riceve
è quella di un radiologo che chiede in quali centri
si può ricevere formazione mammografica**

Sandrine Kom

Bologna, 22 ottobre 2012

Perché riproporre la questione della formazione

Le linee guida Europee

European guidelines for quality assurance in breast
cancer screening and diagnosis *Fourth Edition*

© European Communities, 2006

Radiographical guidelines

Authors

H. Rijken
J. Caseldine
O. Laird

3.9 Training

- *... tutti i radiologi che partecipano [...] are expected to sottoporsi a un programma di training*
- *Il programma deve essere svolto da un **recognised** centro di training*

Perché riproporre la questione della formazione

Le linee guida Europee

European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis *Fourth Edition*

© European Communities, 2006

Radiographical guidelines

Authors

H. Rijken
J. Caseldine
O. Laird

3.9 Training

- *... Il programma deve comprendere una parte teorica (3-7 giorni) e una clinica (2-6 settimane a seconda dell'esperienza)*
- *Ogni 2-3 anni, deve avere luogo almeno un corso **refresher** di un giorno presso un **recognised** centro di training*

Perché riproporre la questione della formazione

Le linee guida Europee

European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis *Fourth Edition*

© European Communities, 2006

Radiological guidelines

Authors

M. Rosselli del Turco
J. Hendriks †
N. Perry
E. Azavedo
P. Skaane

4.7 Professional requirements

Ogni radiologo di screening deve

- *aver avuto un training specifico in mammografia clinica e di screening*
- *partecipare ad un programma di ECM e a qualunque pertinente iniziativa di controllo di qualità esterno*

Perché riproporre la questione della formazione

La variabilità geografica dei dati d'attività

Osservatorio Nazionale Screening

Decimo Rapporto

Epidemiol Prev 2012; 36 (6) Suppl.1: 1-96

Tabella 8. Tasso di richiami totale grezzo e standardizzato (popolazione europea), esami successivi. Anno 2010.

- Omogeneità tra macroaree
- Forte variabilità interregionale
- Fortissima variabilità interaziendale

| Region | Total crude referral rate (%) | 10th-90th percentile* (%) |
|--------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| Valle d'Aosta | 4.0 | |
| Piemonte | 3.3 | 1.6-4.3 |
| Liguria | 5.1 | 2.6-6.5 |
| Lombardia | 5.0 | 3.8-6.9 |
| Trentino | 2.7 | |
| Alto Adige | 4.2 | |
| Veneto | 4.1 | 1.6-6.8 |
| Friuli-Venezia Giulia | 4.0 | |
| Emilia-Romagna | 3.5 | 2.1-5.1 |
| North | 4.1 | 2.0-6.5 |
| Toscana | 5.8 | 4.1-8.9 |
| Umbria | 2.8 | |
| Marche | 9.6 | 2.9-18.1 |
| Lazio | 4.2 | 1.6-9.1 |
| Centre | 5.6 | 2.8-12.0 |
| Abruzzo | 8.8 | |
| Molise | 2.4 | |
| Campania | 8.8 | |
| Puglia** | 6.0 | |
| Basilicata | 2.2 | |
| Calabria | 8.6 | 4.1-14.0 |
| Sicilia | 2.3 | |
| Sardegna | 2.7 | |
| South and Islands | 5.2 | 2.3-12.4 |
| Italy | 4.6 | 2.1-9.9 |

Perché riproporre la questione della formazione

La variabilità geografica dei dati d'attività

Osservatorio Nazionale Screening

Decimo Rapporto

Epidemiol Prev 2012; 36 (6) Suppl.1: 1-96

Tabella 10. Indicatori diagnostici, esami successivi. Anno 2010.

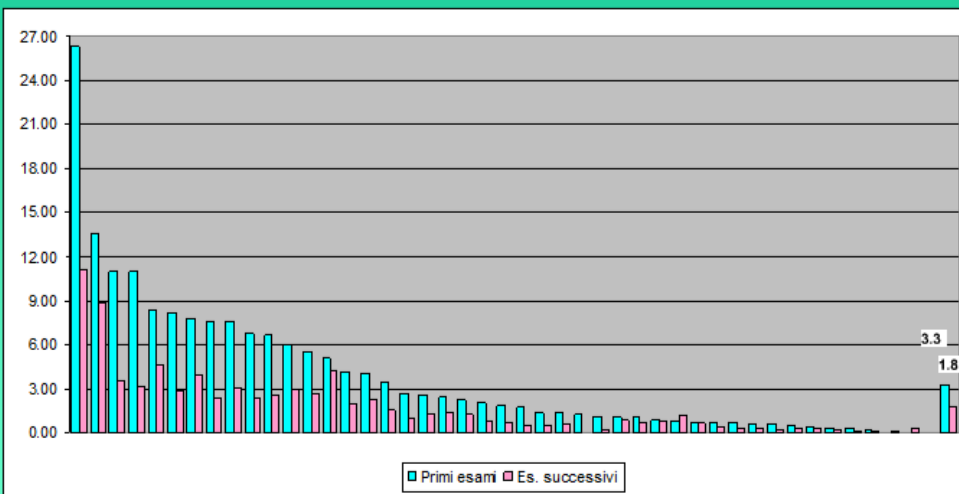
- Omogeneità tra macroaree
- Deficit in specifiche regioni

| Region | Repeat screening test | |
|--------------------------|--------------------------------|---|
| | crude detection rate (x 1,000) | standardised detection rate (European pop.) |
| Valle d'Aosta | 4.6 | 4.2 |
| Piemonte | 4.9 | 4.6 |
| Liguria | 3.6 | 2.8 |
| Lombardia | 4.2 | 3.8 |
| Trentino | 4.7 | 4.3 |
| Alto Adige | 5.5 | 5.0 |
| Veneto | 4.5 | 4.2 |
| Friuli-Venezia Giulia | 6.3 | 4.8 |
| Emilia-Romagna | 5.2 | 4.8 |
| North | 4.7 | 4.3 |
| Toscana | 5.1 | 4.7 |
| Umbria | 4.2 | 4.3 |
| Marche | 3.1 | 3.9 |
| Lazio | 3.4 | 3.0 |
| Centre | 4.4 | 4.2 |
| Abruzzo | 0.0 | 0.0 |
| Molise | 9.3 | 8.6 |
| Campania | 2.8 | 2.8 |
| Puglia | na | na |
| Basilicata | 3.9 | 3.6 |
| Calabria | 3.4 | 4.0 |
| Sicilia | 4.8 | 4.3 |
| Sardegna | 3.7 | 4.1 |
| South and Islands | 4.5 | 4.3 |
| Italy | 4.6 | 4.3 |

Perché riproporre la questione della formazione

La prevalenza delle mammografie intermedie

Attività 2007-08 - Primi esami e successivi
Mx intermedie totali (% dopo I+II livello)



Il questionario GISMa sulla formazione

GISMa Questionario Formazione

Dati del compilatore

Cognome e nome

Qualifica

Programma di screening d'appartenenza

Ruolo nel programma di screening

E-mail

Telefono

Dati del centro di screening

Nome della struttura

Ente d'appartenenza

Indirizzo

Sezione 1. Informazioni sull'attività del centro di screening

Sezione 2. Informazioni sull'offerta formativa del centro di screening

Il questionario GISMa sulla formazione

Scopo primario

raccogliere informazioni
sull'offerta formativa in mammografia
dei centri di screening italiani
per pubblicarle senza selezioni né modifiche (se non formali)
nel sito web del GISMa,
ovvero

facilitare l'incontro tra domanda e offerta formativa

Il questionario GISMa sulla formazione

Scopi secondari (epidemiologici?)

- raccogliere informazioni sul **livello d'esperienza** (anni e mammografie/anno) dei radiologi di screening italiani
- correlare questo livello con **i dati di attività**, in particolare con **il tasso di richiamo**, a livello di programma (dalle survey GISMa)

Il questionario GISMa sulla formazione

Unità

ogni singolo centro di screening con/senza attività di secondo livello

Distribuzione

- ai singoli centri di screening
- ai responsabili regionali dello screening mammografico

Il questionario GISMa sulla formazione

Domande

Sezione 1. Informazioni sull'attività del centro di screening

- **tipologia d'attività**
- **numero donne esaminate/anno**
- **strumentazione**
- **numero radiologi**
- **manovre interventistiche eseguite**
- **profilo professionale e formativo dei radiologi**

Il questionario GISMa sulla formazione

Domande

Sezione 2. Informazioni sull'offerta formativa del centro di screening

- **attività formativa?**
- **caratteristiche dei corsi**
 - ✓ tipo (corsi teorici, stage residenziali)
 - ✓ durata
 - ✓ numero posti/anno
 - ✓ costo
 - ✓ numero mammografie
 - ✓ frequenza ambulatori
 - ✓ revisione cancri d'intervallo?
 - ✓ etc.

Risultati preliminari

Tasso di risposta

| Macroarea* | Programmi rispondenti | % dei programmi censiti ONS 2010 (n=132) | % dei programmi attivi** (n=109) |
|------------|-----------------------|--|----------------------------------|
| Nord | 32 | 49 | 51 |
| Centro | 9 | 24 | 28 |
| Sud | 9 | 31 | 64 |
| Totale | 50 | 38 | 46 |

* **Nord:** Valle d'Aosta, Piemonte, Lombardia, Triveneto, Liguria, Emilia-Romagna; **Centro:** Toscana, Umbria, Marche, Lazio; **Sud:** Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna.

** Definizione: programmi che forniscono il numero dei tumori screen-detected.

Risultati preliminari

Anni d'esperienza in mammografia

| Macroarea* | Numero radiologi | Mediana | Range |
|------------|------------------|---------|-------|
| Nord | 167 | 15 | 1-40 |
| Centro | 31 | 10 | 1-25 |
| Sud | 33 | 15 | 3-40 |
| Totale | 231 | 15 | 1-40 |

P = 0.49 **

* **Nord:** Valle d'Aosta, Piemonte, Lombardia, Triveneto, Liguria, Emilia-Romagna;
Centro: Toscana, Umbria, Marche, Lazio; **Sud:** Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna.

** Test di Kruskal Wallis.

Risultati preliminari

Percentuale del tempo lavorativo dedicata alla mammografia

| Macroarea* | Numero radiologi | Mediana | Range |
|------------|------------------|---------|--------|
| Nord | 167 | 70 | 10-100 |
| Centro | 31 | 90 | 10-100 |
| Sud | 33 | 50 | 10-100 |
| Totale | 231 | 70 | 10-100 |

P = 0.022 **

* **Nord:** Valle d'Aosta, Piemonte, Lombardia, Triveneto, Liguria, Emilia-Romagna;
Centro: Toscana, Umbria, Marche, Lazio; **Sud:** Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna.

** Test di Kruskal Wallis.

Risultati preliminari

Numero medio annuo (ultimi 3 anni) di mammografie cliniche

| Macroarea* | Numero radiologi | Mediana | Range |
|------------|------------------|---------|---------|
| Nord | 167 | 1500 | 0-10000 |
| Centro | 31 | 1000 | 0-5000 |
| Sud | 33 | 2000 | 0-4000 |
| Totale | 231 | 1500 | 0-10000 |

P = 0.86 **

* **Nord:** Valle d'Aosta, Piemonte, Lombardia, Triveneto, Liguria, Emilia-Romagna;
Centro: Toscana, Umbria, Marche, Lazio; **Sud:** Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna.

** Test di Kruskal Wallis.

Risultati preliminari

Numero medio annuo (ultimi 3 anni) di mammografie di screening

| Macroarea* | Numero radiologi | Mediana | Range |
|------------|------------------|---------|---------|
| Nord | 167 | 5700 | 0-28000 |
| Centro | 31 | 5000 | 0-27000 |
| Sud | 33 | 3000 | 0-20000 |
| Totale | 231 | 5000 | 0-28000 |

P = 0.010 **

* **Nord:** Valle d'Aosta, Piemonte, Lombardia, Triveneto, Liguria, Emilia-Romagna;
Centro: Toscana, Umbria, Marche, Lazio; **Sud:** Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna.

** Test di Kruskal Wallis.

Conclusioni ... provvisorie

Questi primi dati suggerirebbero che i radiologi del Sud, rispetto a quelli del Centro-Nord, hanno

- un numero di anni d'esperienza in mammografia simile,
- un numero annuo di mammografie cliniche simile (non-significativamente più alto),
- un numero annuo di mammografie di screening **più basso** e, per questa ragione, ...
- ... una percentuale del tempo lavorativo dedicata alla mammografia **più bassa**

Ovvero: le differenze Sud/Centro-Nord nelle caratteristiche “esperienza-correlate” dei radiologi sono **relative alle (dipendono dalle) mammografie di screening**

Cosa può fare il GISMa??



Formazione



Interventi per migliorare la riproducibilità



Sollecitare accordi interaziendali/delibere regionali



Implementazione del sistema informativo
nella sua componente valutativa



Benchmarking



Audit e discussione collegiale dei casi

Governance di sistema

I controlli di qualità sono un elemento indispensabile nel processo di valutazione dell'impatto dei programmi di screening



Rimarcare la necessità del debito informativo

Far entrare il CQ nell'attività routinaria

(rimodellando il sistema organizzativo e le risorse)

Coinvolgere gli stakeholders

Programmi di screening identificati dal 2011 come “Livelli Essenziali di Assistenza”

Effetto **domino** dei programmi di screening e del controllo di qualità



**interventi chirurgici più conservativi,
minor ricorso a terapie mediche post-
chirurgiche, qualità di vita migliore...**

anche in ambito clinico

Riflessioni residue..

- Ci sono tanti SUD???
- Il problema 'screening' nel SUD (soprattutto negli indicatori di processo) non è particolare ...ma particolarmente importante

Salerno 25-27 giugno 2014

gis
ma
gruppoitalianoscreening
mammografico



CONVEGNO NAZIONALE GISMA 2014

L'estensione dei programmi
di screening mammografico
in Italia: questioni di
ATTITUDINE/LATITUDINE?
*"dicette o' pappece vicina a noce:
damme o' tiempo ca' te spertoso"*

Salerno
25-26-27 giugno 2014
Salone dei Marmi
Palazzo di Città

*" dicette o' pappece 'nfaccia a
noce...
damme o' tiempo ca te spertoso "*