



# CORSO PER RADIOLOGI

Salerno

25 giugno 2014

Screening  
mammografico:  
il processo  
e i problemi



Screening: istruzioni per l'uso  
G. Saguatti

# Fare screening: collettività e individuo



Grazie a Marcello Vettorazzi e Marco Petrella

# Una indagine sulla diffusione della mammografia: lo studio PASSI

- Sistema di sorveglianza attivo da aprile 2007:  
a fine 2013 circa 250.000 interviste raccolte nel server nazionale → oltre 23.000 in Emilia-Romagna
- Partecipazione: tutte le Regioni
- Rappresentatività regionale e/o aziendale
- Indagine telefonica *in continuo* con questionario standardizzato in residenti 18-69enni
- Campione casuale stratificato proporzionale estratto dall'anagrafe sanitaria
- Tasso di risposta costantemente pari all'87%
- Rifiuti pari al 9%

# I dati di sorveglianza PASSI sulla diffusione della mammografia

## Cosa ci ha detto PASSI in questi anni sugli screening?

- I dati hanno mostrato (in linea con la letteratura internazionale) come anche in Italia la presenza di programmi di screening organizzati e funzionanti sia associata a:
  - maggior numero di indagini mammografiche
  - maggiore equità nell'accesso con una riduzione delle differenze nella copertura per livello d'istruzione e per difficoltà economiche

# Screening mammografico organizzato

- Chiamata attiva
- Periodicità di convocazione
- **Test mammografico**
- Doppia lettura in cieco con arbitrato
- Presa in carico per l'intero percorso diagnostico - terapeutico - riabilitativo

# Perché lo screening è mammografico?

...perché non ecografico?

- Tutta la letteratura concorda nel definire la carenza di specificità della ecografia mammaria ( aumento di sovradiagnosi).
- La associazione della ecografia alla mammografia renderebbe lo screening insostenibile.

# Detection of Breast Cancer With Addition of Annual Screening Ultrasound or a Single Screening MRI to Mammography in Women With Elevated Breast Cancer Risk

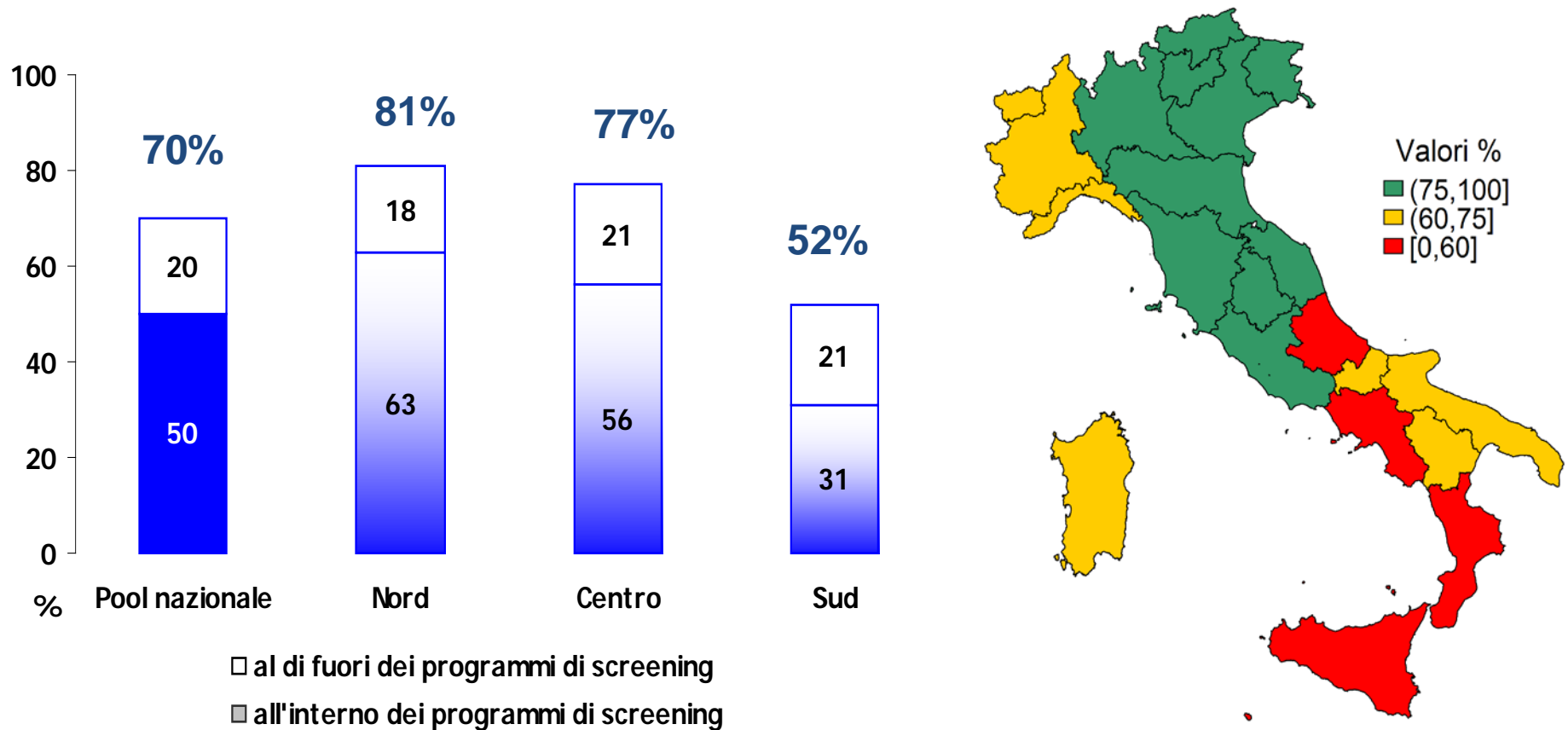
Wendie A. Berg, MD, PhD; Zheng Zhang, PhD; Daniel Lehrer, MD; Roberta A. Jong, MD; Etta D. Pisano, MD; Richard G. Barr, MD, PhD; Marcela Böhm-Vélez, MD; Mary C. Mahoney, MD; W. Phil Evans, MD; Linda H. Larsen, MD; Marilyn J. Morton, DO; Ellen B. Mendelson, MD; Dione M. Farria, MD; Jean B. Cormack, PhD; Helga S. Marques, MS; Amanda Adams, MPH; Nolin M. Yeh, MS; Glenna Gabrielli, BS; for the ACRIN 6666 Investigators

	Sensibilità	Specificità	VPP
Mammografia	0.52	0,91	0.38
Mx + US	0.76	0,84	0.16

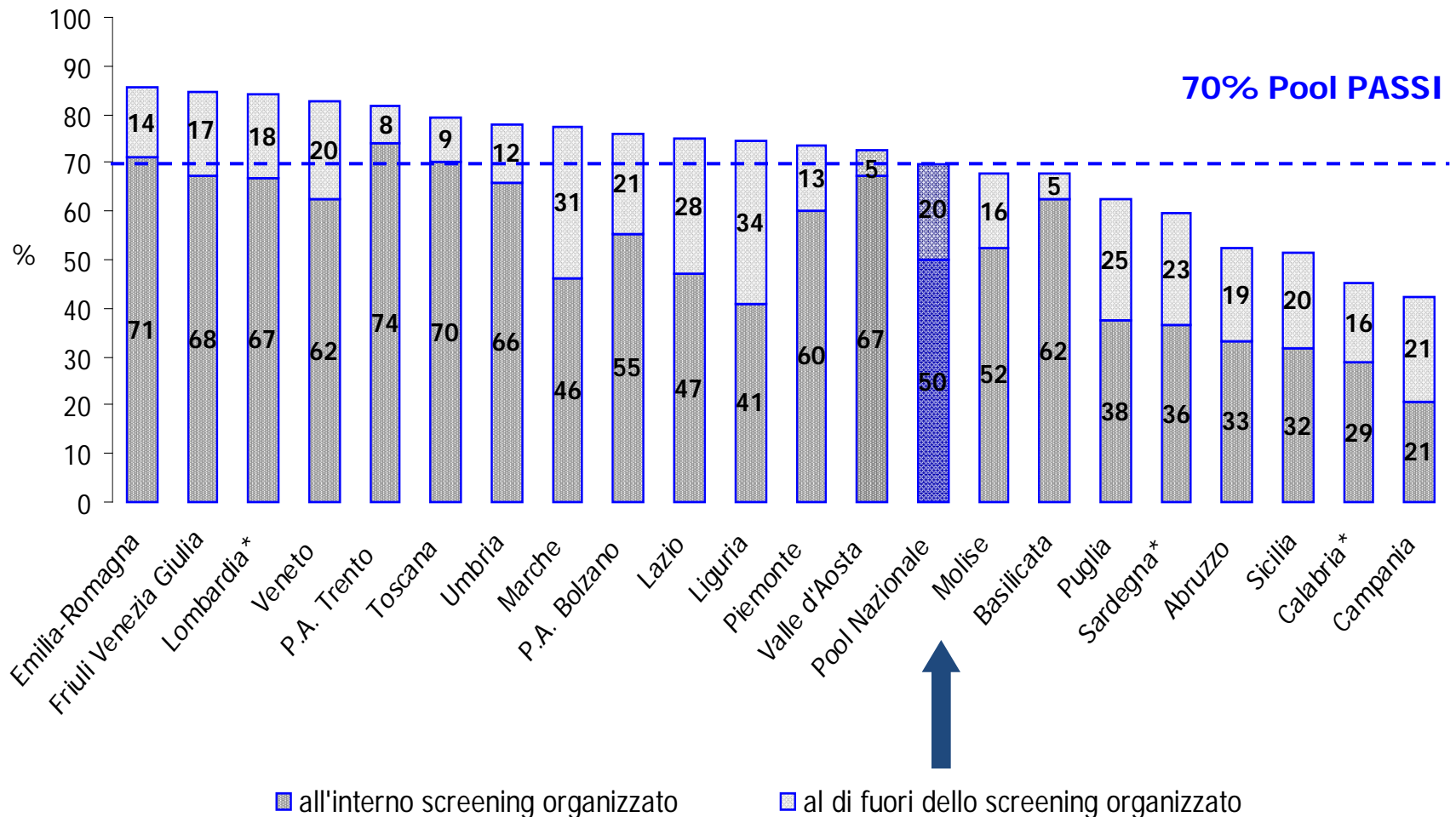




## Donne 50-69enni che hanno riferito di aver eseguito una **MAMMOGRAFIA** negli ultimi 2 anni (*n* 19.538)

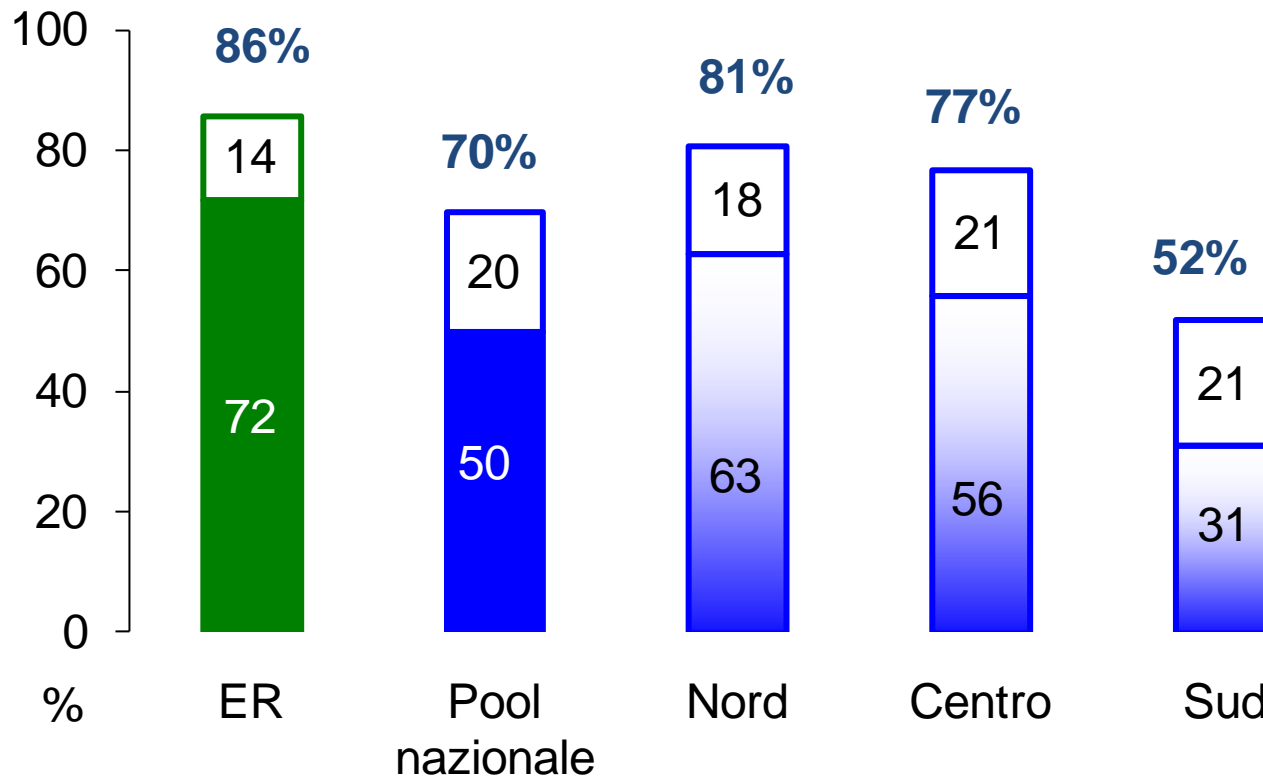


## Donne 50-69enni che hanno riferito di aver eseguito una Mammografia negli ultimi 2 anni (%) (n 19.538)



\* Regioni che non hanno aderito con un campione regionale

Donne 50-69enni che hanno riferito di aver eseguito una **MAMMOGRAFIA** negli ultimi 2 anni (*n* 19.538)



- all'interno dello screening organizzato
- al di fuori dello screening organizzato

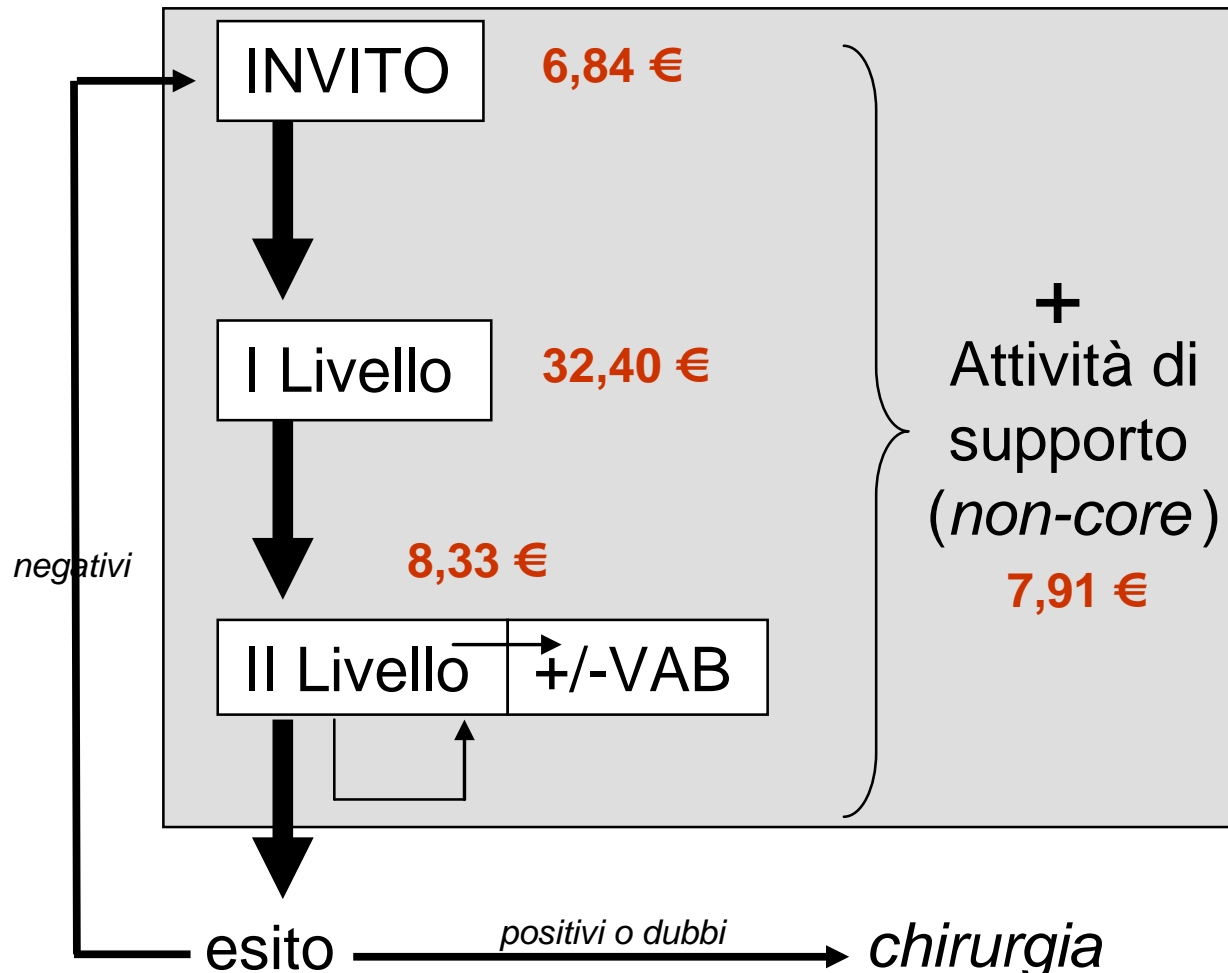
- Una forte spinta allo screening organizzato (campagne di sensibilizzazione, progressivo radicamento) ha incrementato anche il ricorso a quello spontaneo e, per conseguenza:
  - consumismo sanitario
  - aumento della inappropriata prescrizione
  - discostamento dai percorsi organizzati
  - allungamento delle liste d'attesa
  - incremento dei costi sanitari

# Screening organizzato e Screening spontaneo

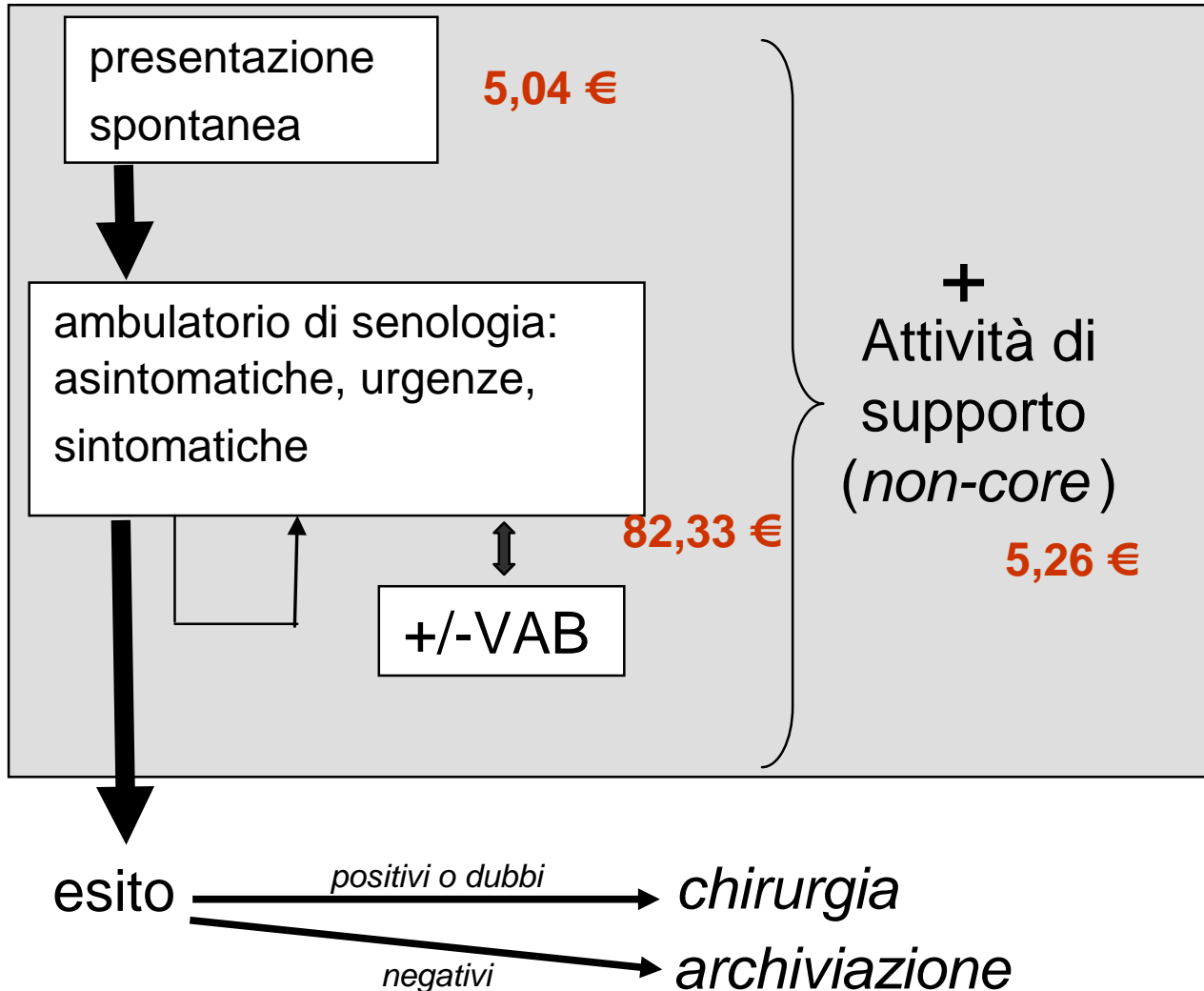
- Sono assimilabili?
- Sono compatibili?
- Sono comparabili?
- Sono misurabili?
- Sono commisurabili?



# COSTO PERCORSO SCREENING ORGANIZZATO = 55,48 € donna rispondente



# PERCORSO SENOLOGIA "CLINICA": 91,72 € per donna che accede



# Screening “spontaneo”?!?

**ossimoro**

**[os-si-mò-ro o ...-sì-...] s.m.**

- Figura retorica che consiste nell'accostare parole che esprimono concetti opposti (p.e. *ghiaccio bollente*)



# Mammografia spontanea/ Screening mammografico organizzato

Effettuare una mammografia significa eseguire una indagine diagnostica

Aderire ad uno screening mammografico significa mettersi automaticamente nella condizione di avvalersi di un intero percorso di sanità pubblica (diagnosi, trattamento, riabilitazione)

# Informazione / Comunicazione

Quale e quanta informazione è necessaria alla popolazione sana per una scelta realmente informata ad aderire o meno allo screening?



# Adeguatezza

Non possiamo attenderci una scelta informata se l'informazione che diamo non è:

- onesta
- evidence based
- corretta (senza errori)
- accessibile
- rispettosa
- e modulata sulle **necessità individuali**

Il maggior problema con la comunicazione è  
l'illusione che sia avvenuta

**G. B. Shaw**

Geniale ... ma sbagliato ...

GBS non sapeva ciò che noi abbiamo imparato:  
qualcosa si comunica sempre, cioè  
**è impossibile non comunicare ...**

**ma è vero** che i risultati non sono mai esattamente  
quelli attesi

**M. Petrella**

# Individui e informazione

Gli individui hanno bisogni specifici,  
differenti valori e convincimenti correlati a cultura,  
personalità, livello di scolarizzazione



CHI  
comunica  
COSA?



...e a  
CHI ?

# CHI comunica? ...e COME?

## Lo Screening mammografico in Emilia Romagna

- Target 800,000 donne età 45 – 74
- Circa 700 operatori (2/3 non medici)

Strumenti della comunicazione: lettere e leaflets, campagne mediatiche, telefono, contatto personale diretto



# Un compito possibile

- Capire i limiti del materiale e dei progetti comunicativi messi a nostra disposizione
- Partecipiamo con competenza alla progettazione di materiale informativo
- Progettiamo in proprio materiale informativo

# Comunicazione scritta

è quella che governiamo

(fino ad un certo punto...)

E facciamo meglio a chiamarla **INFORMAZIONE**

# Informazione scritta

- E' la unica che permette di raggiungere un ampio numero di persone
- Però... è finalizzata a un target generico (il messaggio deve essere semplice)
- Il testo deve essere breve (la comprensione è inversamente proporzionale alla lunghezza)
- Non esiste possibilità di feed back nè di correzioni o di adattamento.

Tullio De Mauro

## Analfabeti d'Italia



Cinque italiani su cento tra i 14 e i 65 anni non sanno distinguere una lettera da un'altra, una cifra dall'altra. Trentotto lo sanno fare, ma riescono solo a leggere con difficoltà una scritta e a decifrare qualche cifra. Trentatré superano questa condizione ma qui si fer-

ma: un testo scritto che riguardi fatti collettivi, di rilievo anche nella vita quotidiana, è oltre le portate delle loro capacità di lettura e scrittura, sia grafico con qualche percentuale è un'informazione incomprensibile. Secondo specialisti internazionali, soltanto il 20 per cento della popolazione adulta italiana possiede gli strumenti minimi indispensabili di lettura, scrittura e calcolo necessari per orientarsi in una società contemporanea.

Questi dati risultano da due diverse indagini comparative: quelle nel 1999-2000 e nel 2004-2005 in diversi paesi. Ad accurati campioni di popolazione in età lavorativa è stato chiesto di rispondere a questionari: uno, elementarissimo, di accesso, e cinque di difficoltà crescente. Si sono così potute osservare le effettive capacità di lettura, comprensione e calcolo degli intervistati, e nella seconda indagine anche le capacità di problem solving. I risultati sono interessanti per molti aspetti. Anche di popolazione a rischio di analfabetismo (persone ferme ai questionari uno e due) si trovano anche in società progredite. Ma non nelle dimensioni italiane (circa l'80 per cento in entrambe le prove). Tra i paesi partecipanti all'indagine l'Italia batte quasi tutti. Solo lo stato del Nuovo León, in Messico, ha risultati peggiori. I dati sono stati resi pubblici in Italia nel 2001 e nel 2006. Ma senza reazioni apprezzabili da parte dei

poteri fare tranquillamente a meno di queste capacità. I saperi essenziali venivano trasmessi oralmente e perfino senza parole. Anche i potenti potevano infischiarne, purché disponessero di scribi depositari di quelle arti. Carlo V poteva leggere un

**Solo il 20 per cento degli adulti italiani sa veramente leggere, scrivere e contare**

intenso impero, ma aveva difficoltà perfino a fare la firma autografa. Le cose sono cambiate in tempi relativamente recenti almeno in alcune aree del mondo. Dal cinquecento in parte d'Europa la spinta della riforma protestante, con l'affermarsi del diritto-dovere di leggere direttamente Bibbia e Vangelo senza mediazioni del clero, si è combinata con una necessità creata dal progredire di industrializzazione e urbanizzazione: quella del possesso diffuso di un sapere almeno minimo.

In seguito è sopravvenuta l'idea che tutti i maschi abbienti, poi tutti i maschi in genere, infine perfino le donne, potessero avere parte nelle decisioni politiche. La "democrazia dei moderni" e i movimenti socialisti hanno fatto apparire indispensabile che tutti imparassero a leggere, scrivere e far di conto. Il solo saper parlare non bastava più. E in quelle che dagli anni settanta del novecento chiamiamo pomposamente "società postmoderna" o "della conoscenza", leggere, scrivere e far di conto servono sempre, ma per acquisire livelli ben più alti di conoscenza necessari oggi all'inclusione, anzi a sopravvivere in autonomia.

# La comunicazione al tempo degli screening

**2% di rendimento lordo per tutto il 2011.**  
Con BancoPosta In Proprio chi ci guadagna è la tua attività.

**Scopri**

INIZIO

CATEGORIE

LE MIE ATTIVITÀ

INFORMAZIONI



**Chiedi**

Cosa vorresti chiedere?

Continua



**Risponde**

Cosa stai cercando?

Cerca in Y! Answers

[Home](#) > [Tutte le categorie](#) > [Salute](#) > [Salute della donna](#) > [Domanda risolta](#)



Lali :o)

**Domanda risolta**

[Altra domanda »](#)

**Chi mi aiuta? ha capire il mio pap test ' no rieco  
ha capire cosa vuol dire.....?**

repero citologico:materiale adeguato  
repero infiammatorio: cervico vaginite atrofica  
questo è tutto l'scrito

2 anni fa

[Segnala abuso](#)

Paola Polselli, Viterbo, 15 giugno 2011

## Altre Risposte (2)

Visualizza: Tutte le risposte



Annalora

vaginite vuol dire ke è infiammata la vagina al livello della cervice uterina , ma si puo  
guarire con medicinali  
atrofica vuol dire ke non si sn sviluppate cellule anomale  
trofica significa cellule  
ipertrofica = Troppe cellule (CON RISCHIO DI tumori)  
a-trofica SENZA CELLULE

2 anni fa

 Segnala abuso

 3 persone ritengono questo contenuto **buono**




Melindaa

ma scusa il tuo ginecologo è morto?

2 anni fa

 Segnala abuso

 1 ritiene questo contenuto **buono**

# Contesto: i mass media

- Influenzano la percezione individuale e la comprensione dei temi relativi alla salute
- Propongono una visione “mitica” della medicina, riferendo solo i benefici e non le incertezze, le controversie scientifiche e gli effetti avversi.
- Determinano false aspettative, ottimismo irreali





**(soluzioni)**  
salute sicura

di Cinzia Testa

# Contro il tumore dell'utero ora c'è un vaccino

La malattia più temuta dalle donne, adesso  
si può sconfiggere. Grazie a esami  
all'avanguardia e a un'iniezione speciale

Questa novità spalanca le porte alla  
prevenzione e offre speranze per battere uno  
dei cancri più temibili

*U. Veronesi, La Repubblica 29  
marzo 2007*

**perché, malgrado lo  
screening oggi permetta una diagno-  
si precoce, il carcinoma del collo del-  
l'utero resta ancora la seconda causa  
di morte per cancro (dopo quello al  
seno) nelle donne.**

# Ca. della cervice uterina

- Nel mondo è il secondo tumore per incidenza e il terzo per mortalità.
- In Italia è il nono tumore per incidenza (3.400 casi all'anno) e il tredicesimo per mortalità (1.200 decessi\*)

\* 370 decessi nel 2002 + una parte di 1756 codificati come Utero nas  
Dati AIRTUM e stime ISTAT

# Di cosa informiamo le potenziali aderenti?

- Rischio di malattia
- Vantaggi dello screening
- Aree di incertezza
- Effetti avversi

# Mortalità per ca mammario (50-69) e screening mammografico

## RISCHIO ASSOLUTO

Senza screening 75 / 100,000 / anno

Con screening 50 / 100,000 / anno

## RIDUZIONE ASSOLUTA DI RISCHIO CON SCREENING

$75 - 50 = 25 / 100,000$

## RISCHIO RELATIVO

$50 / 75 = 66\%$  rischio di morte con lo screening paragonato al “no screening”

## RIDUZIONE DEL RISCHIO RELATIVO

$25 / 75 = 33\%$

# Screening Mammografico

Per evitare 1 decesso devono essere screenate circa 5000 donne

Con i seguenti effetti negativi:

- 50 falsi positivi
- 3 biopsie inutili
- 7 inutili diagnosi precoci
- 1 falso negativo

**Dobbiamo fornire queste informazioni?**

**Certo! ma come?**



It is often necessary to make a decision on the basis of information sufficient for action but insufficient to entirely satisfy the intellect

*Immanuel Kant*

All scientific work is incomplete and liable to be upset or modified by advancing knowledge.  
That does not confer upon us a freedom to ignore the knowledge we already have, or to postpone the action that it appears to demand at a given time.

*Austin Bradford Hill*

