

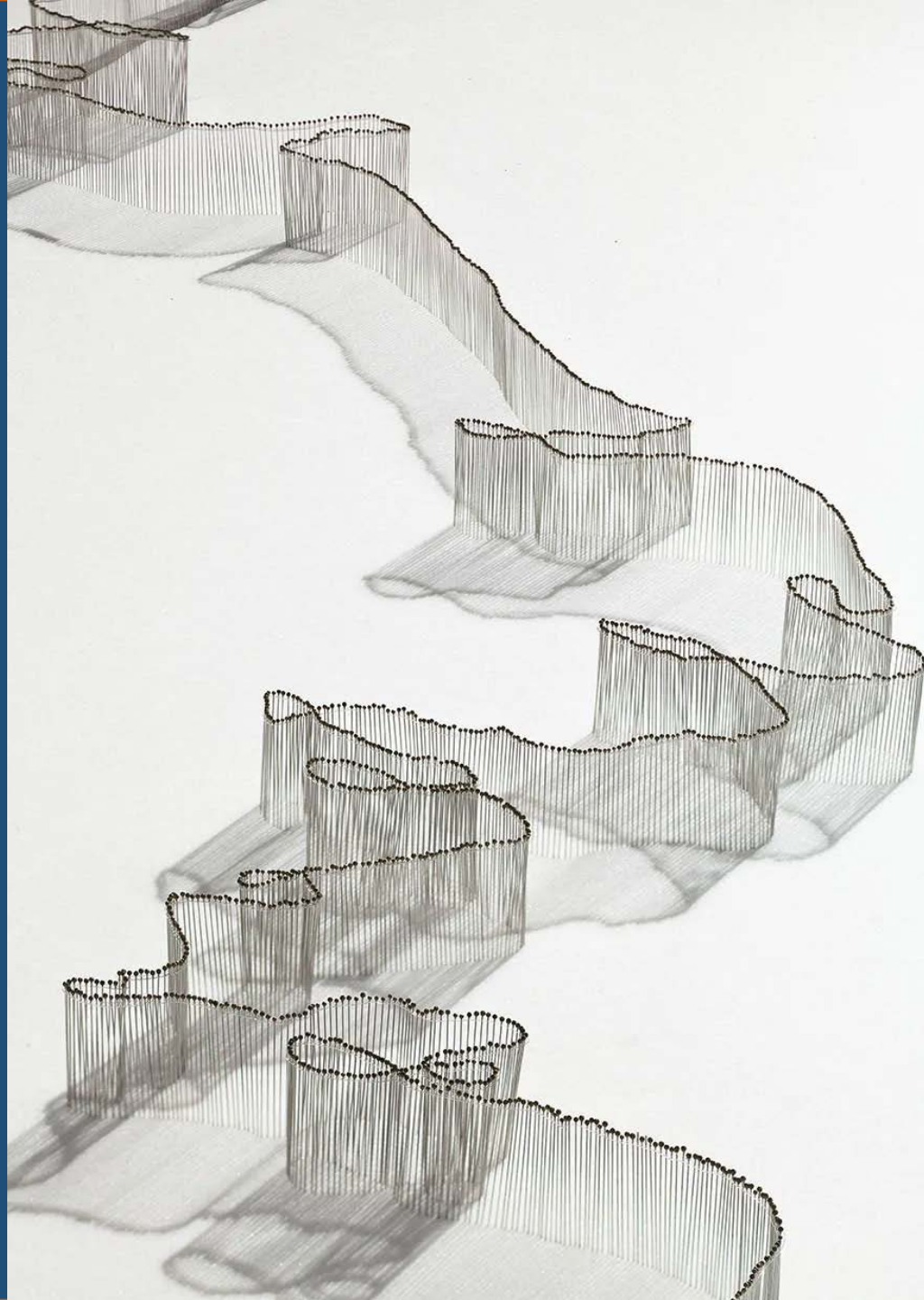


impronte traiettorie
percorsi

Lo screening mammografico dalle survey ONS

Livia Giordano

SSD Epidemiologia Screening
CPO Piemonte
Torino



Dichiarazione sul Conflitto di Interessi

La sottoscritta Livia Giordano in qualità di:
relatore dell'evento «Screening mammografico: impronte, traiettorie e percorsi – Gisma 2023»

ai sensi dell'art. 3.3 sul Conflitto di Interessi, pag. 18,19 dell'Accordo Stato-Regione del 19 aprile 2012, da tenersi per conto di SIP n. 1172

Dichiara

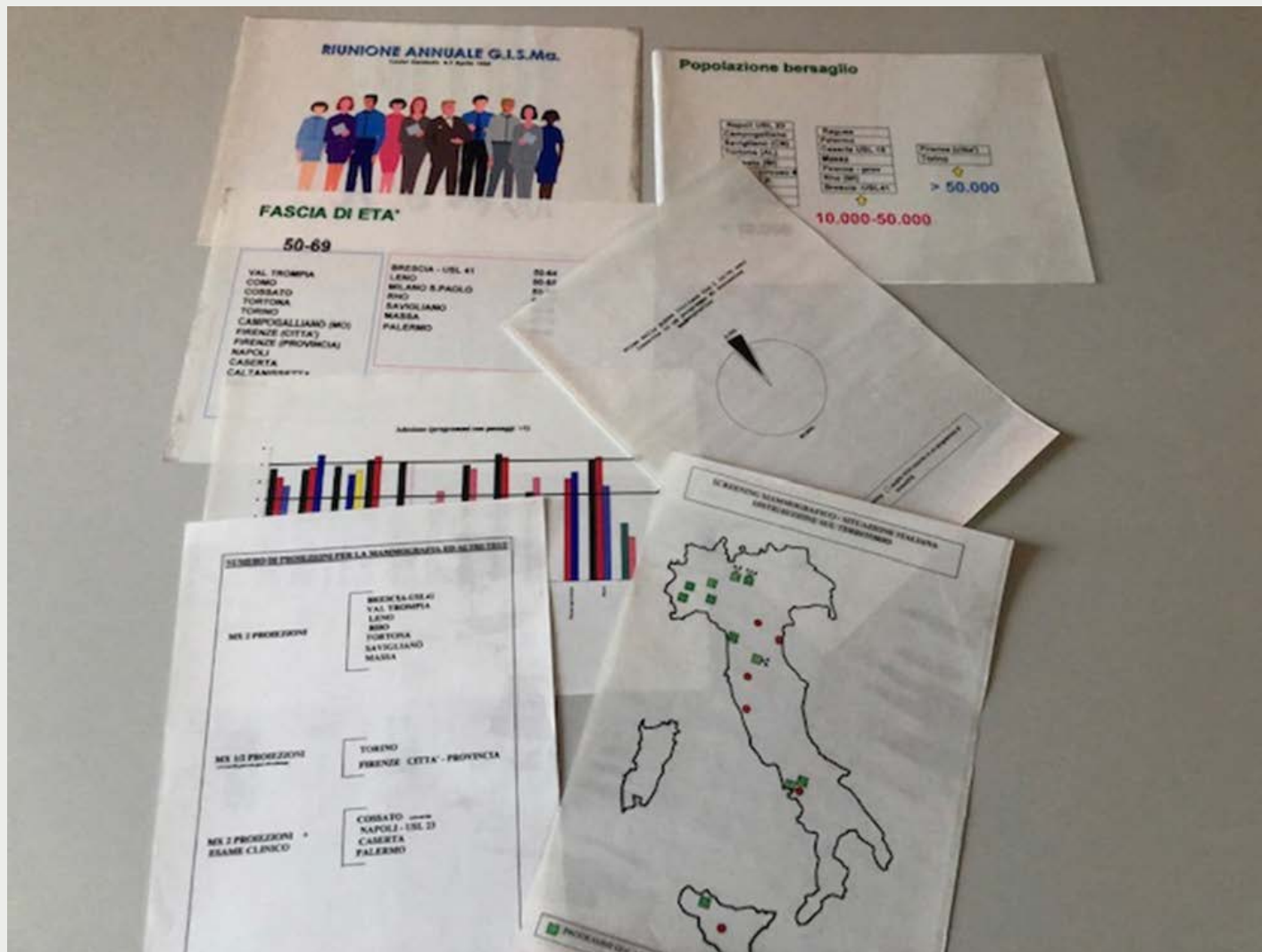
che negli ultimi due anni NON ha avuto rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario

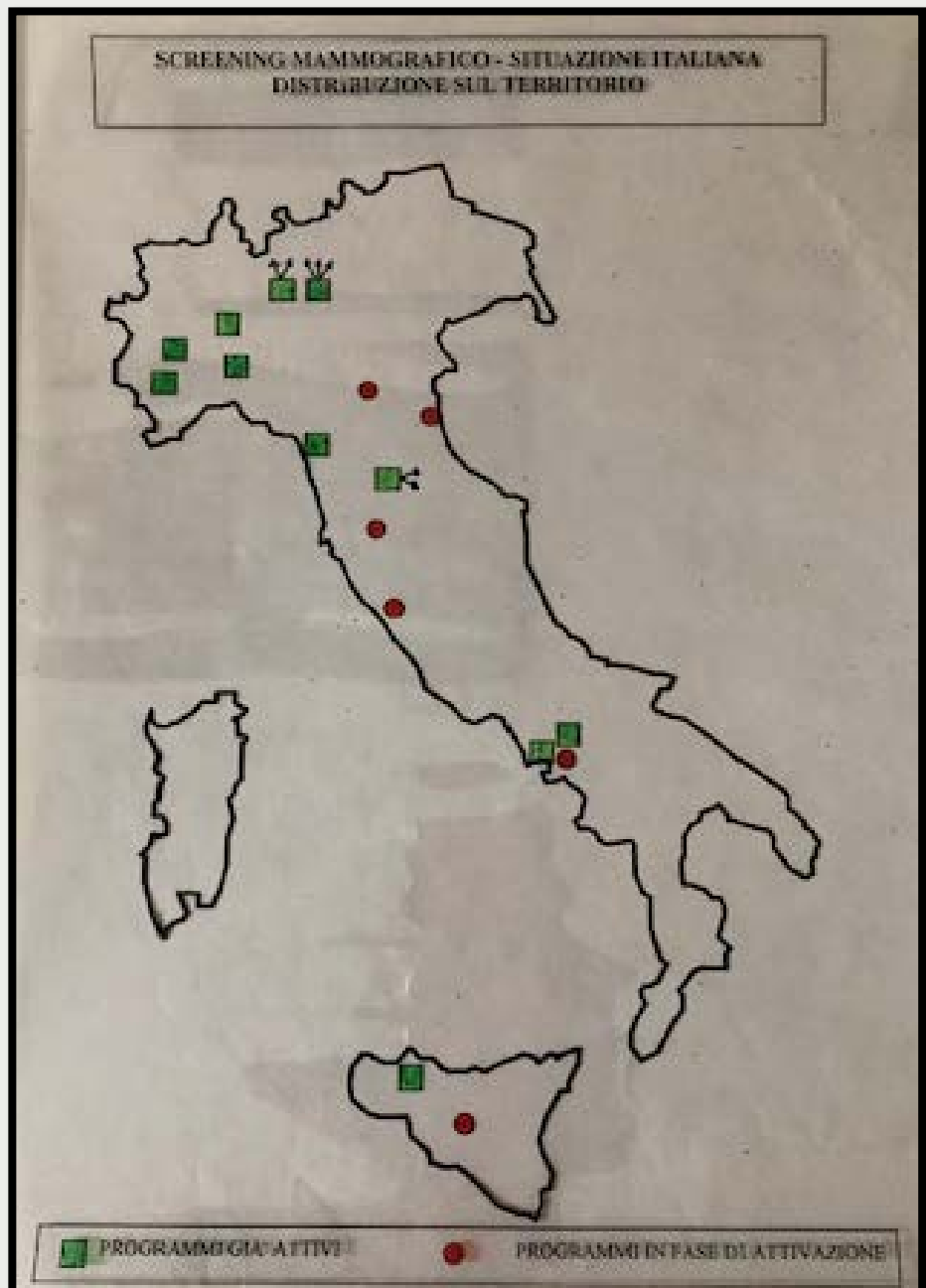
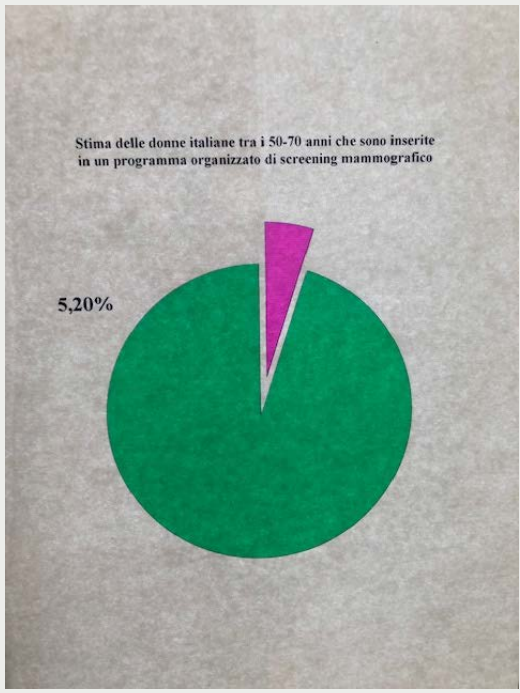


L'evoluzione dello screening mammografico in Italia



L'evoluzione dello screening mammografico in Italia





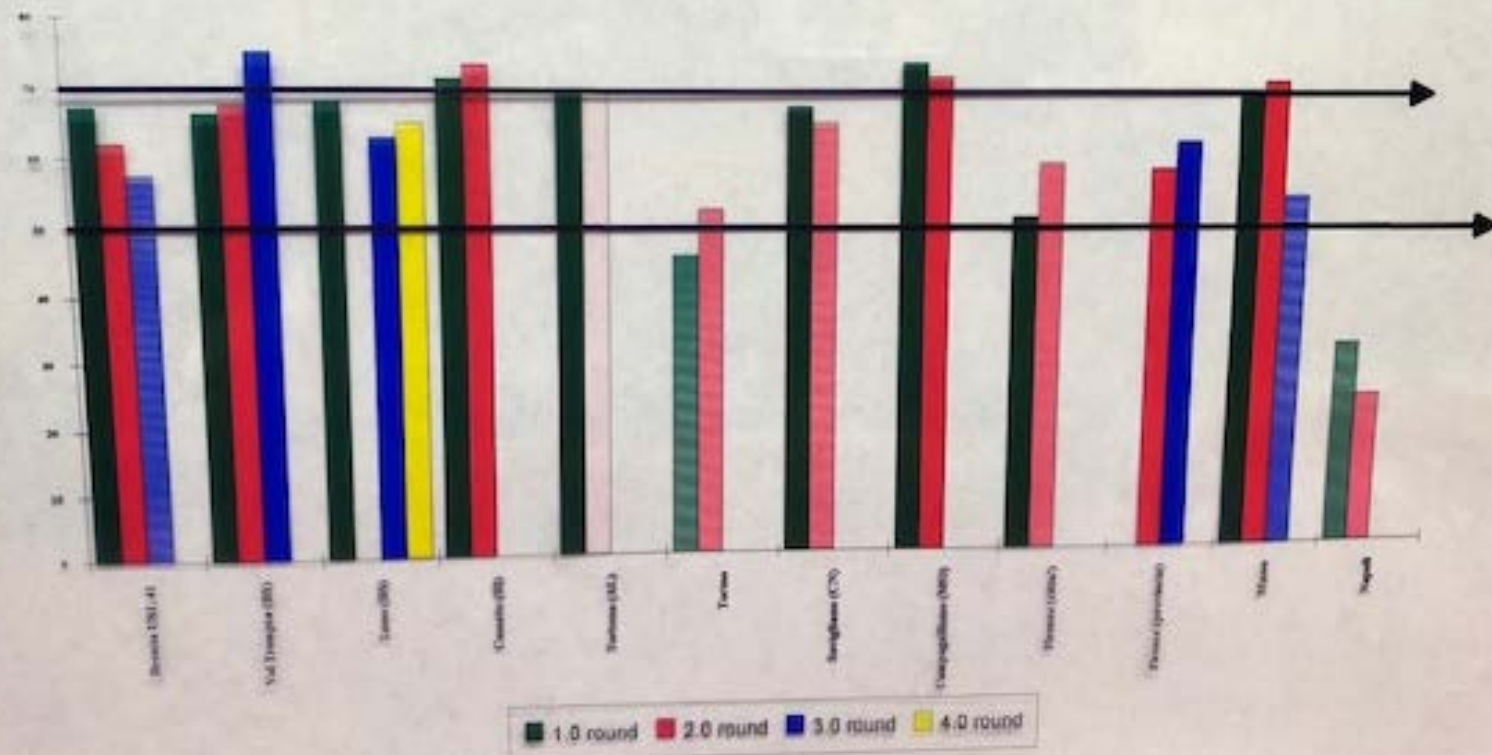
FASCIA DI ETA'

50-69

VAL TROMPIA
 COMO
 COSSATO
 TORTONA
 TORINO
 CAMPOGALLIANO (MO)
 FIRENZE (CITTA')
 FIRENZE (PROVINCIA)
 NAPOLI
 CASERTA
 CALTANISSETTA
 RAGUSA

BRESCIA - USL 41	50-54
LENO	50-55
MILANO S.PAOLO	50-54
RHO	50-70
SAVIGLIANO	50-70
MASSA	40-70
PALERMO	48-59

Adesione (programmi con passaggi >1)





L'evoluzione dello screening mammografico in Italia



**CONVEGNO
CONGIUNTO
2006**

**OSSERVATORIO
NAZIONALE
SCREENING**

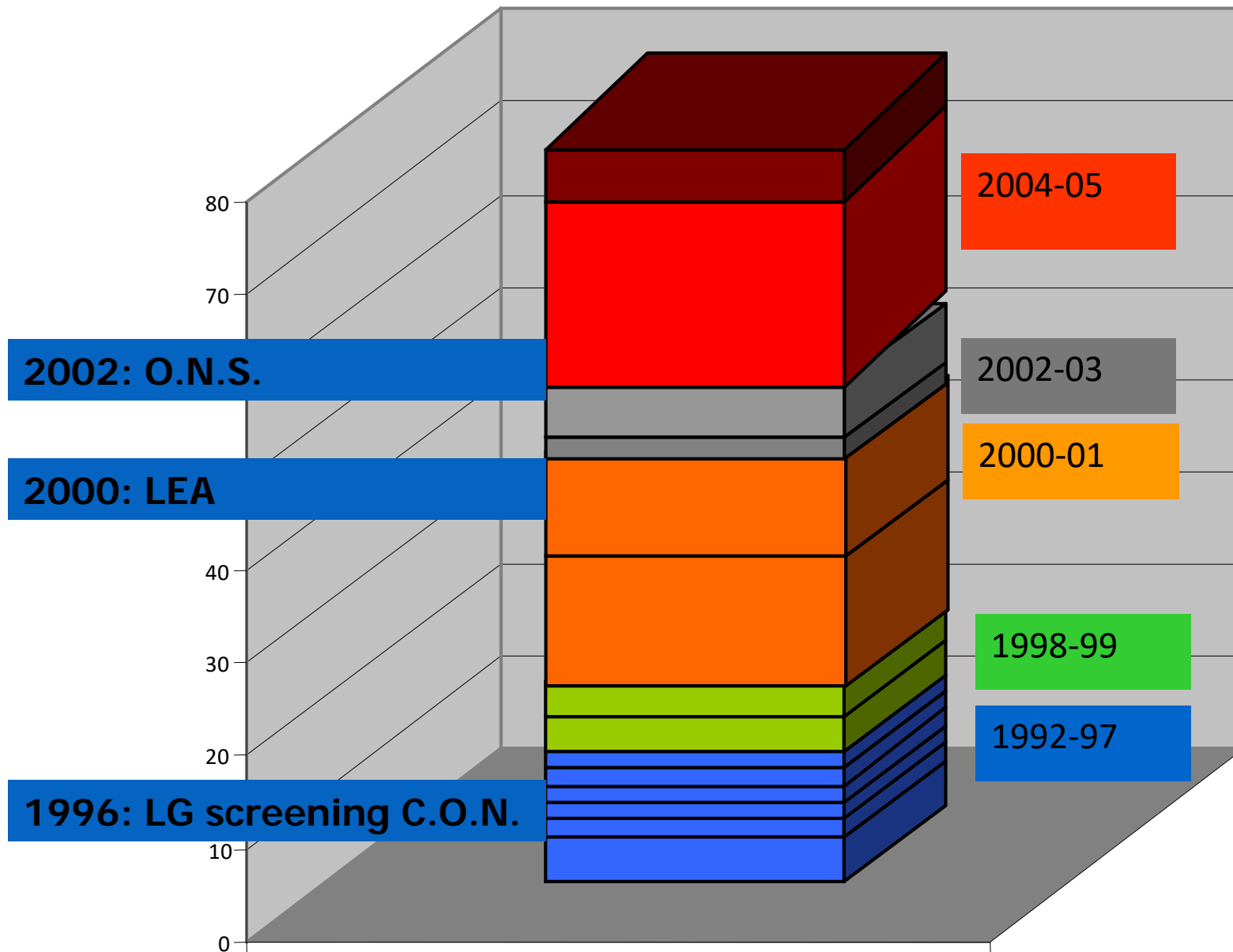
**GISCi
GISMa
GISCoR**

con il patrocinio
dell'Assessorato alla Sanità
Regione Campania

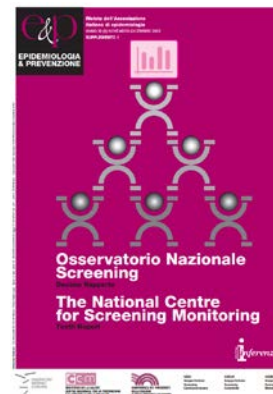


**Napoli, 11-13 Dicembre 2006
Centro Direzionale
Auditorium Assessorato alla Sanità**

L'attività di screening in Italia si consolida ...



Pubblicazioni: report annuali ONS negli anni....



Publicazioni: report brevi ONS negli anni....

I PROGRAMMI DI SCREENING IN ITALIA 2008

Gli screening organizzati sono interventi di efficacia dimostrata, che stanno raggiungendo gli obiettivi che si erano proposti e che continueranno la qualità. Tre buone ragioni per sostenerli.

I PROGRAMMI DI SCREENING IN ITALIA 2009

Gli screening organizzati sono interventi di efficacia dimostrata, che stanno raggiungendo gli obiettivi che si erano proposti e continueranno la qualità. Tre buone ragioni per sostenerli.

Screening del tumore della mammella

Prefazione	4
Introduzione	7
Gli screening sul campo	18
Promozione della qualità	15
Lotta alle disuguaglianze	16
Ricerca e innovazione	19
Le domande di fondo	21
I numeri dello screening	23

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 ridurre le 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 2014

I programmi organizzati di screening rappresentano una delle più valide esperienze di sanità pubblica presenti oggi in Italia e incano significativamente sul percorso della prevenzione del nostro Paese.

2014

mammografico
coloretale
cervicale

Osservatorio nazionale screening
Rapporto 2016

Osservatorio nazionale screening
Rapporto 2017

Osservatorio nazionale screening
Rapporto 2018

Osservatorio nazionale screening
Rapporto sul 2019

Home

Rapporto sul 2020

Introduzione

screening mammografico - passi

screening cervicale

screening cervicale - passi

screening coloretale

screening coloretale - passi

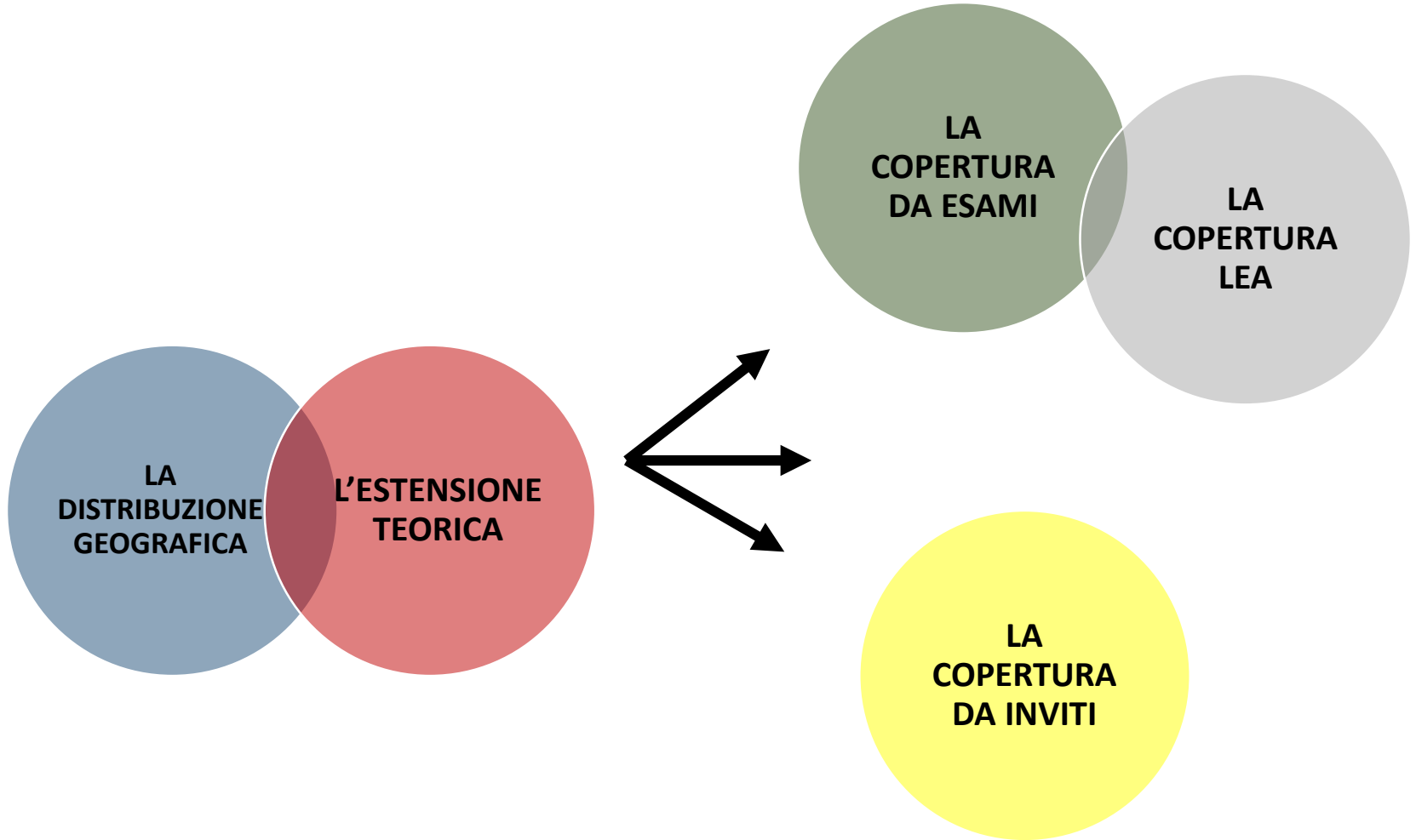
scarica il rapporto

RAPPORTO 2020

Consulta il Rapporto dell'Osservatorio nazionale screening sul 2020, con i dati sugli screening organizzati aggiornati al 2020.

- Introduzione a cura di Paola Mantellini
- Lo screening mammografico: dati di attività dal 2014 al 2020 e lo screening della mammella visto da Passi
- Lo screening cervicale: dati di attività dal 2014 al 2020 e lo screening cervicale visto da Passi
- Lo screening coloretale: dati di attività dal 2014 al 2020 e lo screening coloretale visto da Passi

UN'EVOLUZIONE LESSICALE...anche...



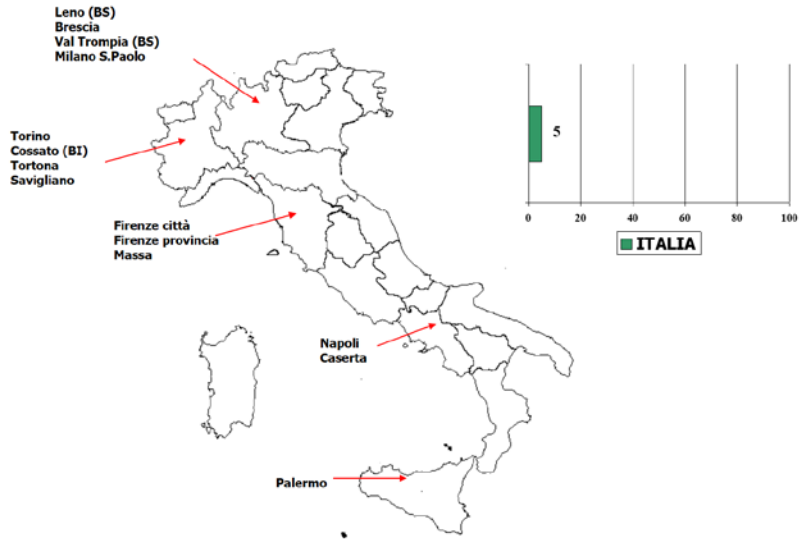


L'estensione teorica (distribuzione geografica): voleva esprimere la capacità organizzativa 'potenziale' del programma. In disuso.

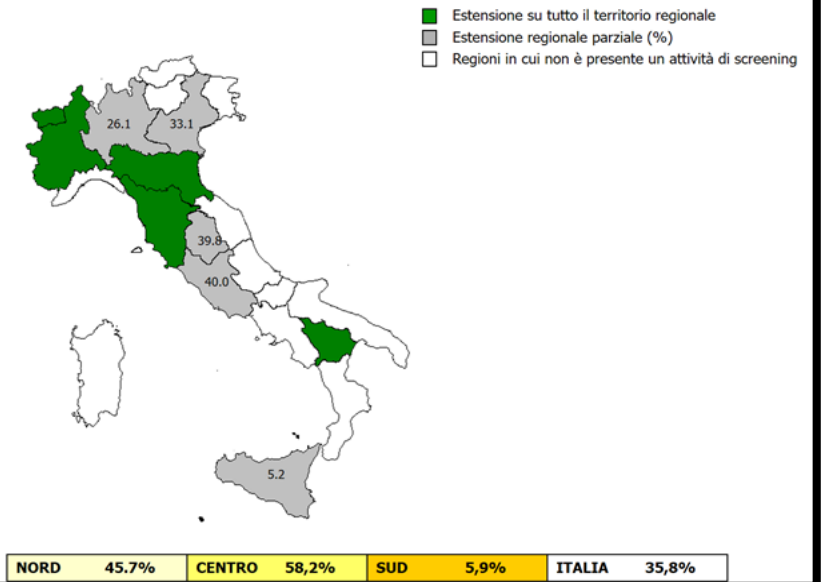
L'estensione effettiva (copertura da inviti): la capacità di invitare tutta la popolazione target con il giusto periodismo

-
- Capacità organizzative
 - Committenza politica (Impegno)
 - Risorse adeguate
 - Processo continuo nel tempo

Figura 2. Distribuzione geografica dei programmi di screening mammografico: 1992



Distribuzione geografica dei programmi di screening mammografico: 2000



Distribuzione geografica dei programmi di screening mammografico: 2003

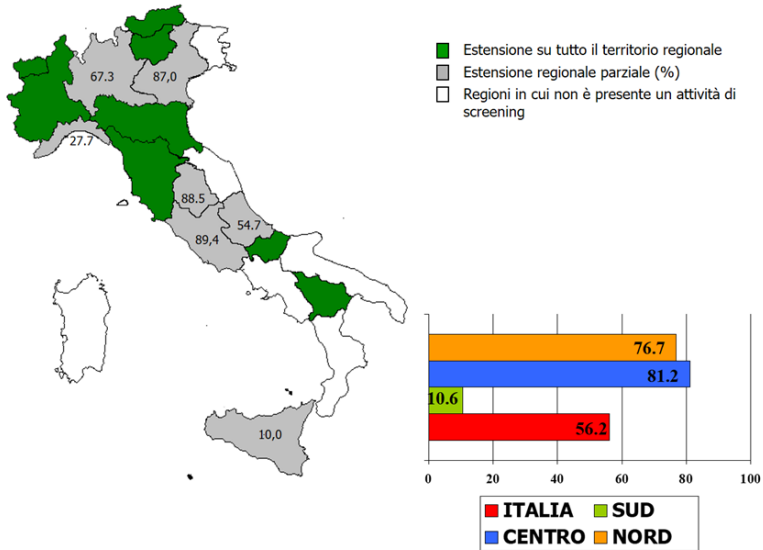
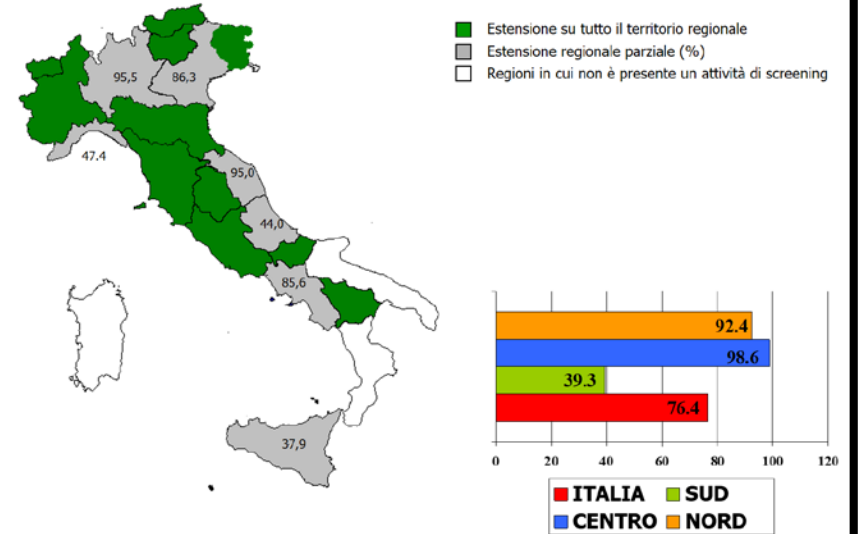
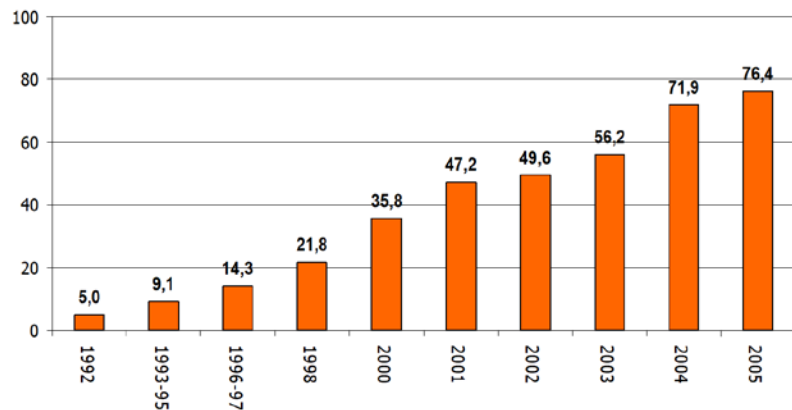


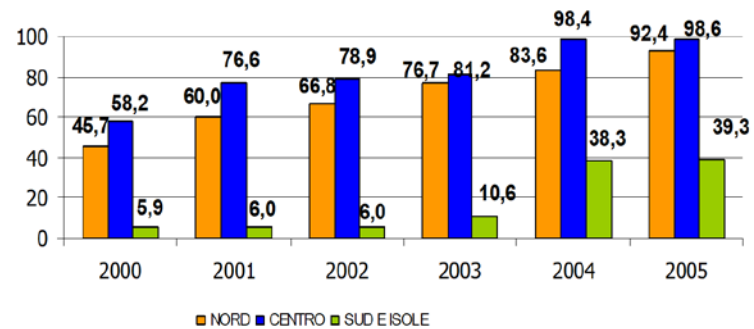
Figura 5. Distribuzione geografica dei programmi di screening mammografico: 2005



Percentuale di donne inserite in un programma di screening mammografico sul totale delle donne italiane tra i 50-69 anni (1992-2005).

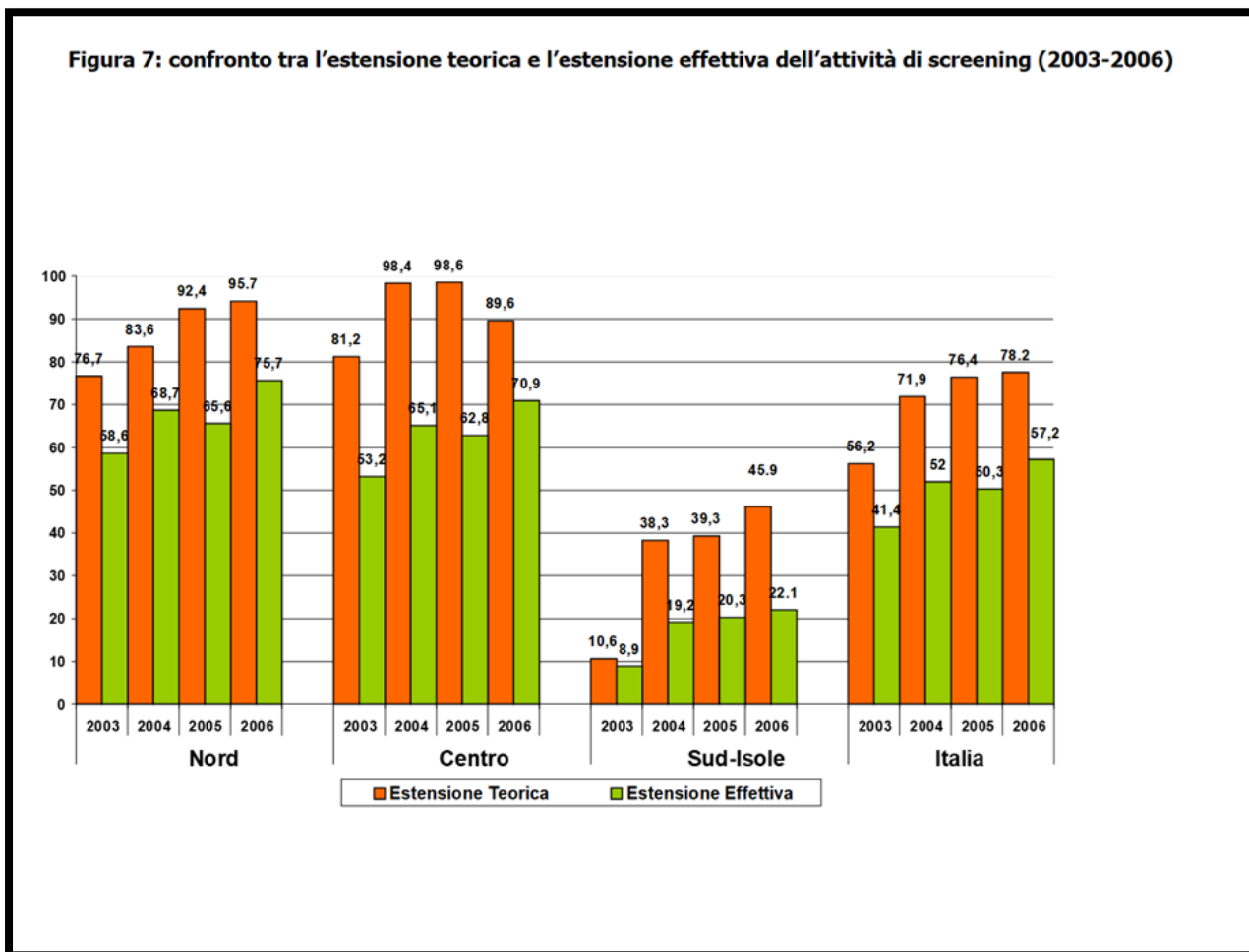


Percentuale di donne inserite in un programma di screening mammografico sul totale delle donne italiane tra i 50-69 anni.



Estensione teorica...estensione effettiva

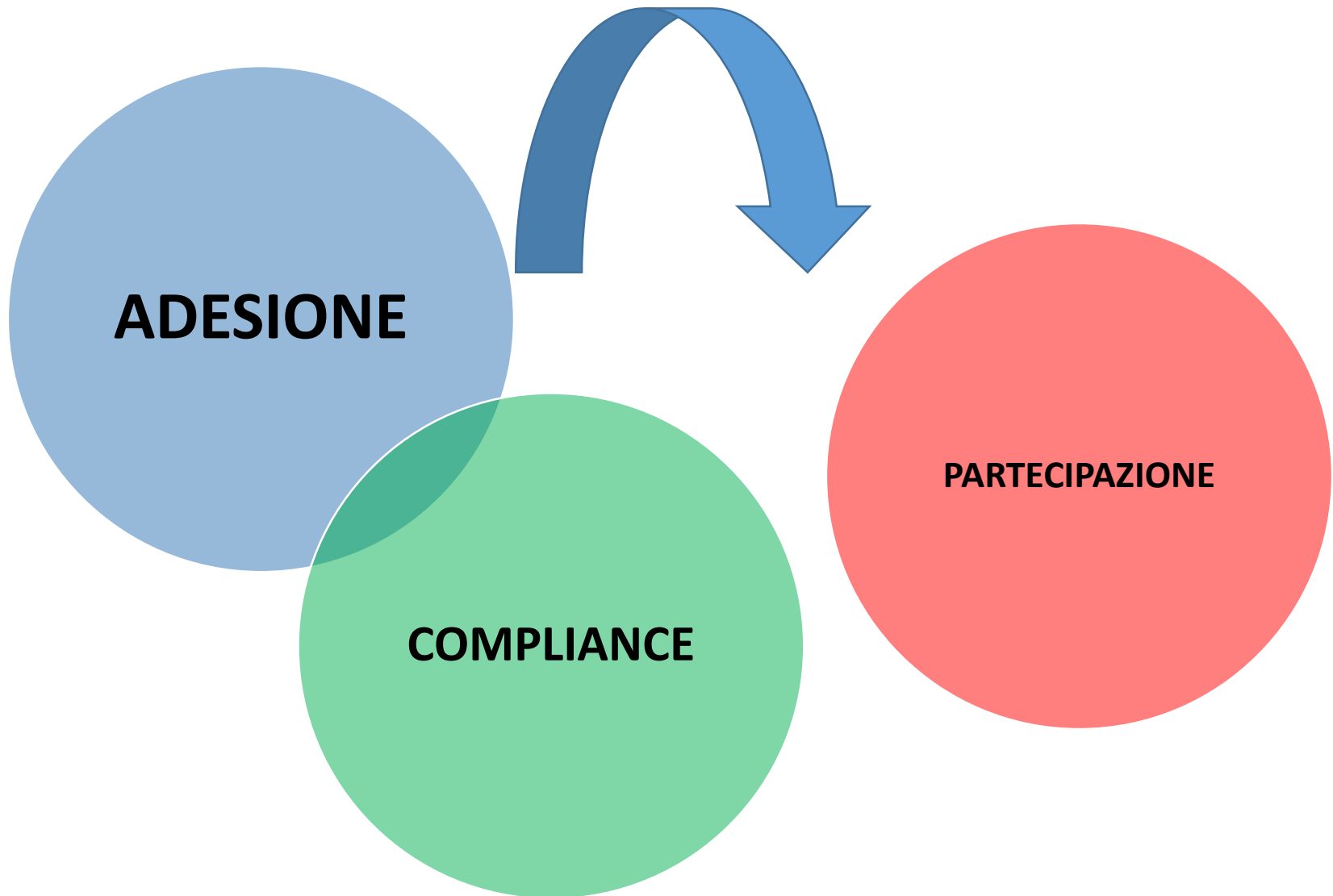
(per una valutazione un po' garibaldina...?)



LA PARTECIPAZIONE



UN'EVOLUZIONE LESSICALE...anche...

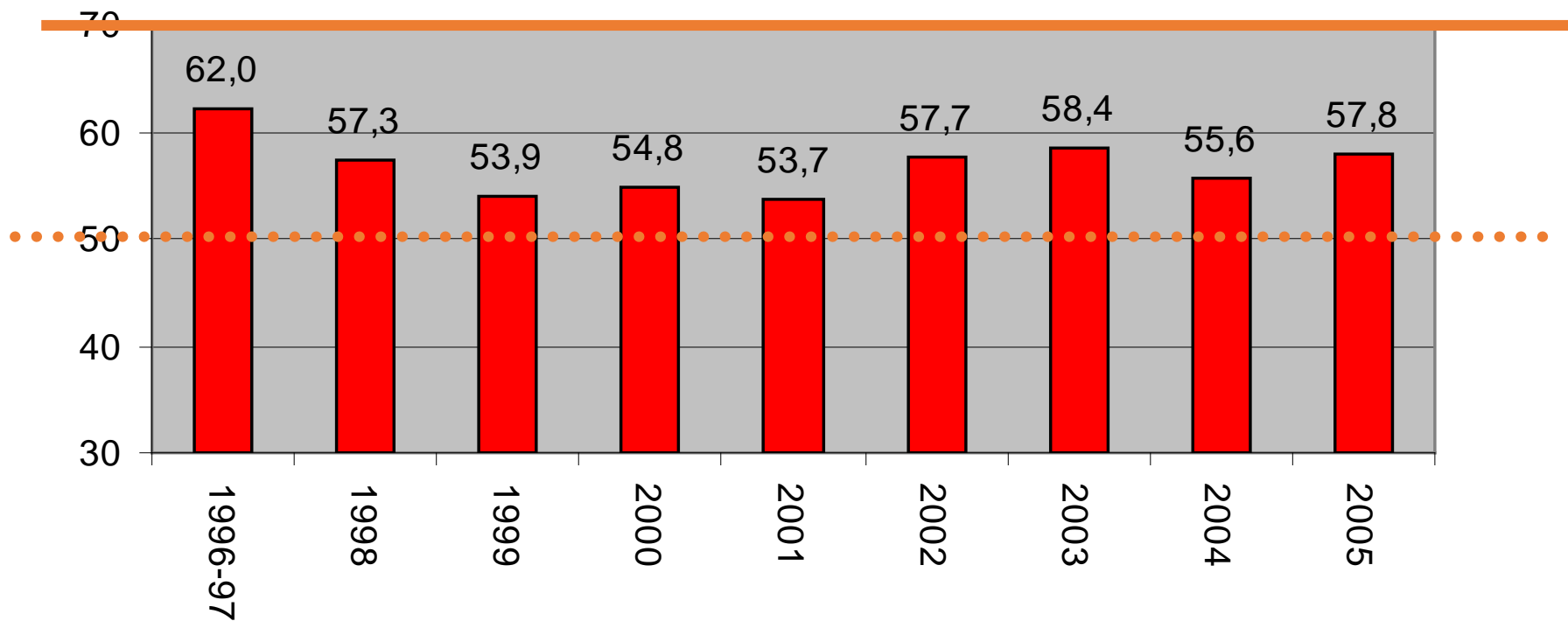


La partecipazione: la capacità di essere attrattivi ma al contempo rispettosi dell'autonomia decisionale delle persone

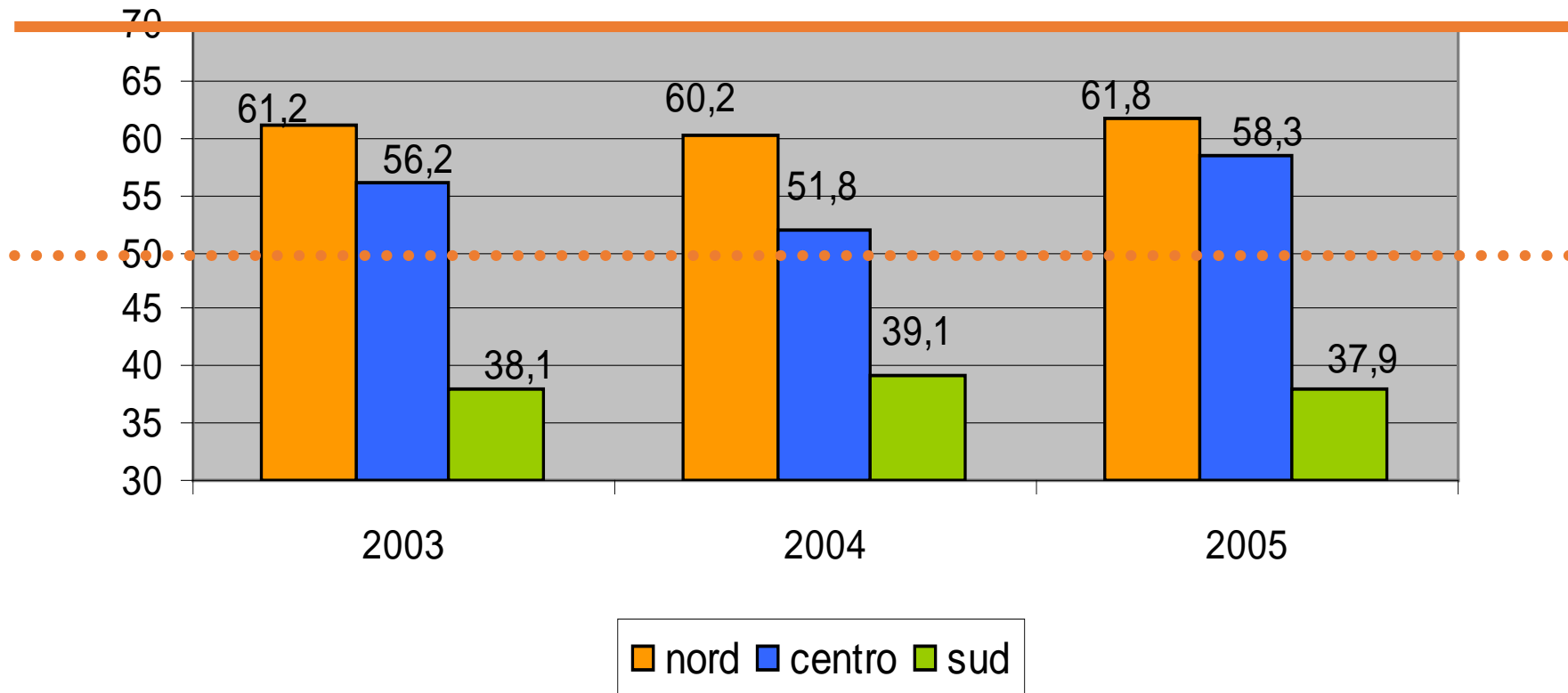
- Capacità organizzative
- Awareness della popolazione e degli operatori sanitari
- Sinergia tra setting sanitari e non
- Eterogeneità della popolazione target: presenza di sottogruppi fragili nella popolazione
- Facilitare scelte consapevoli
- Presenza di screening spontaneo



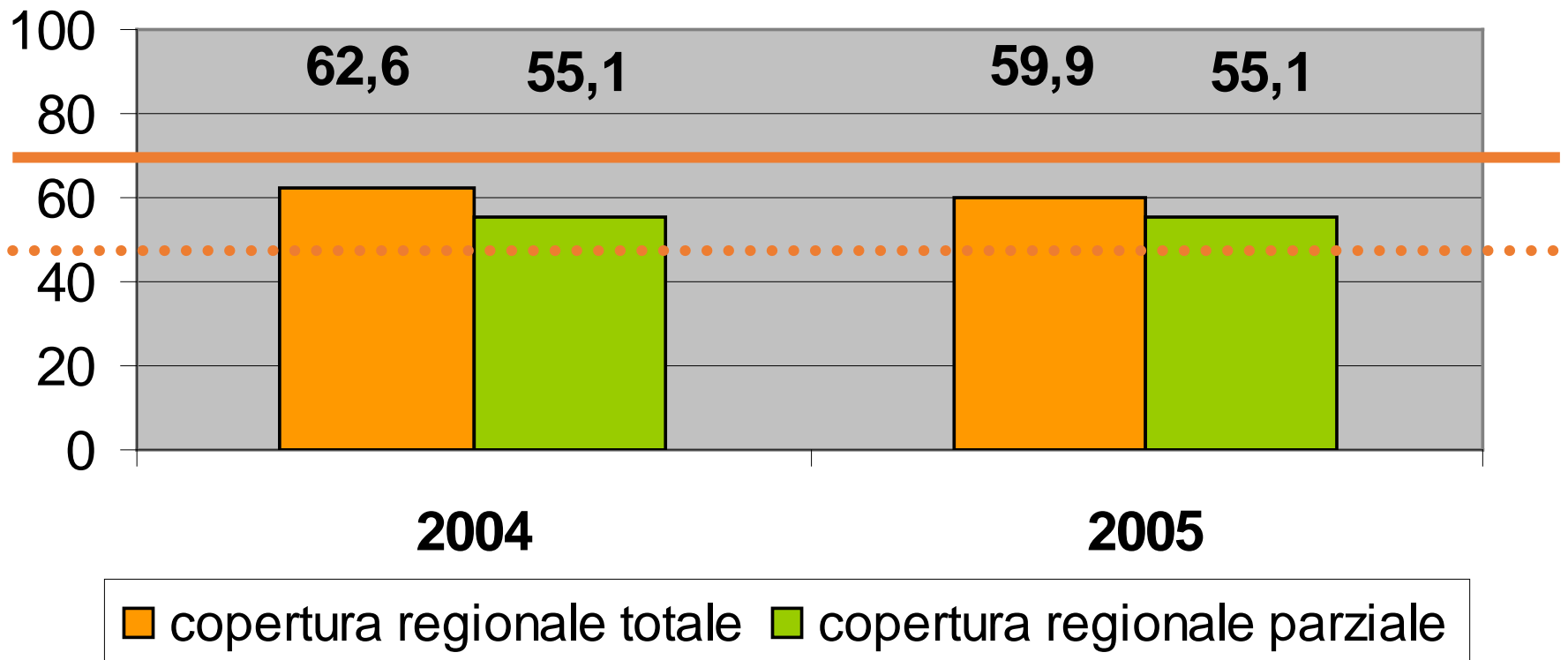
Partecipazione complessiva grezza




Partecipazione complessiva grezza nel nord, centro e sud Italia (2003-2005)

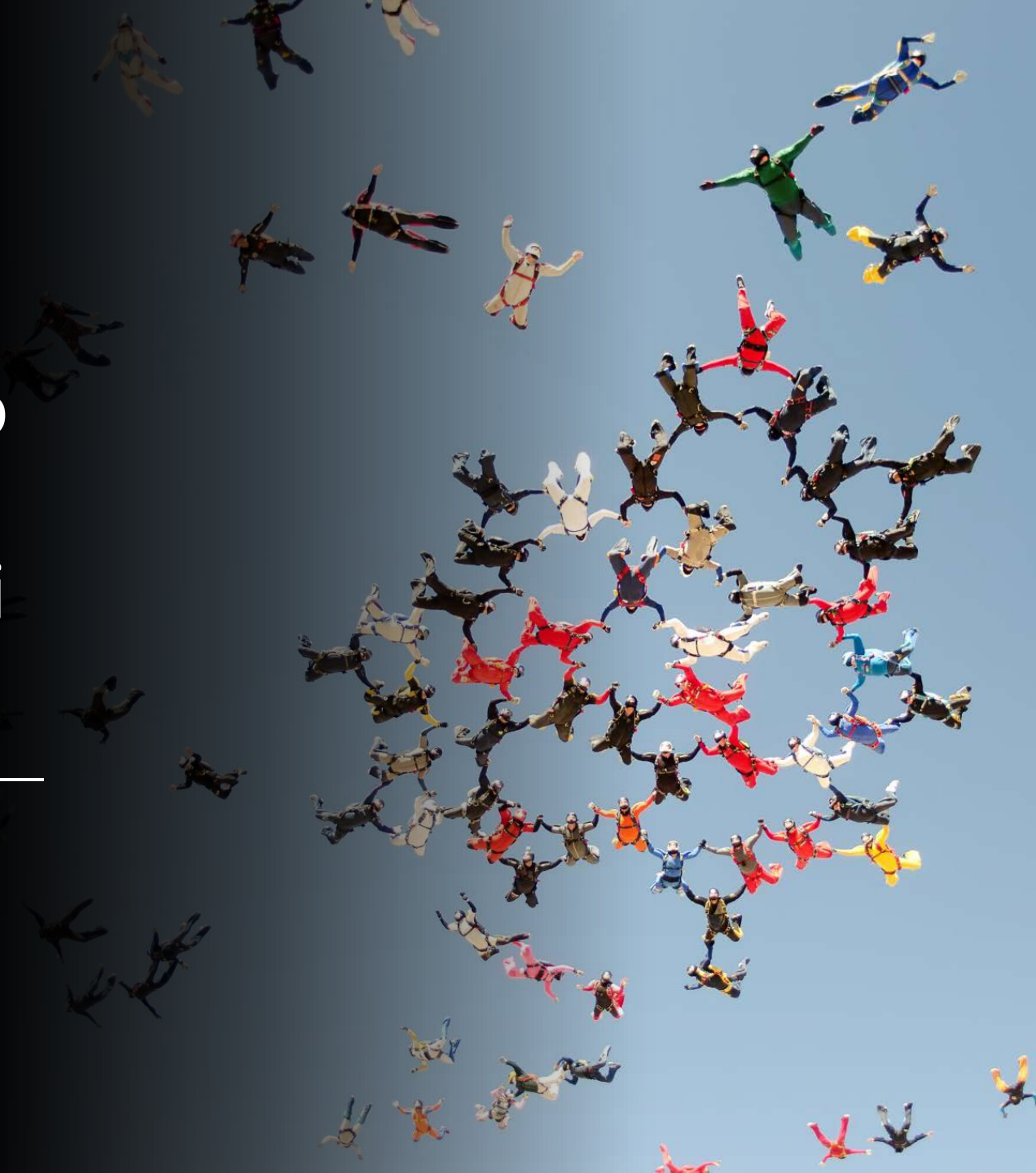


Tassi di partecipazione: confronto tra regioni con i programmi ad estensione regionale e regioni con programmi singoli

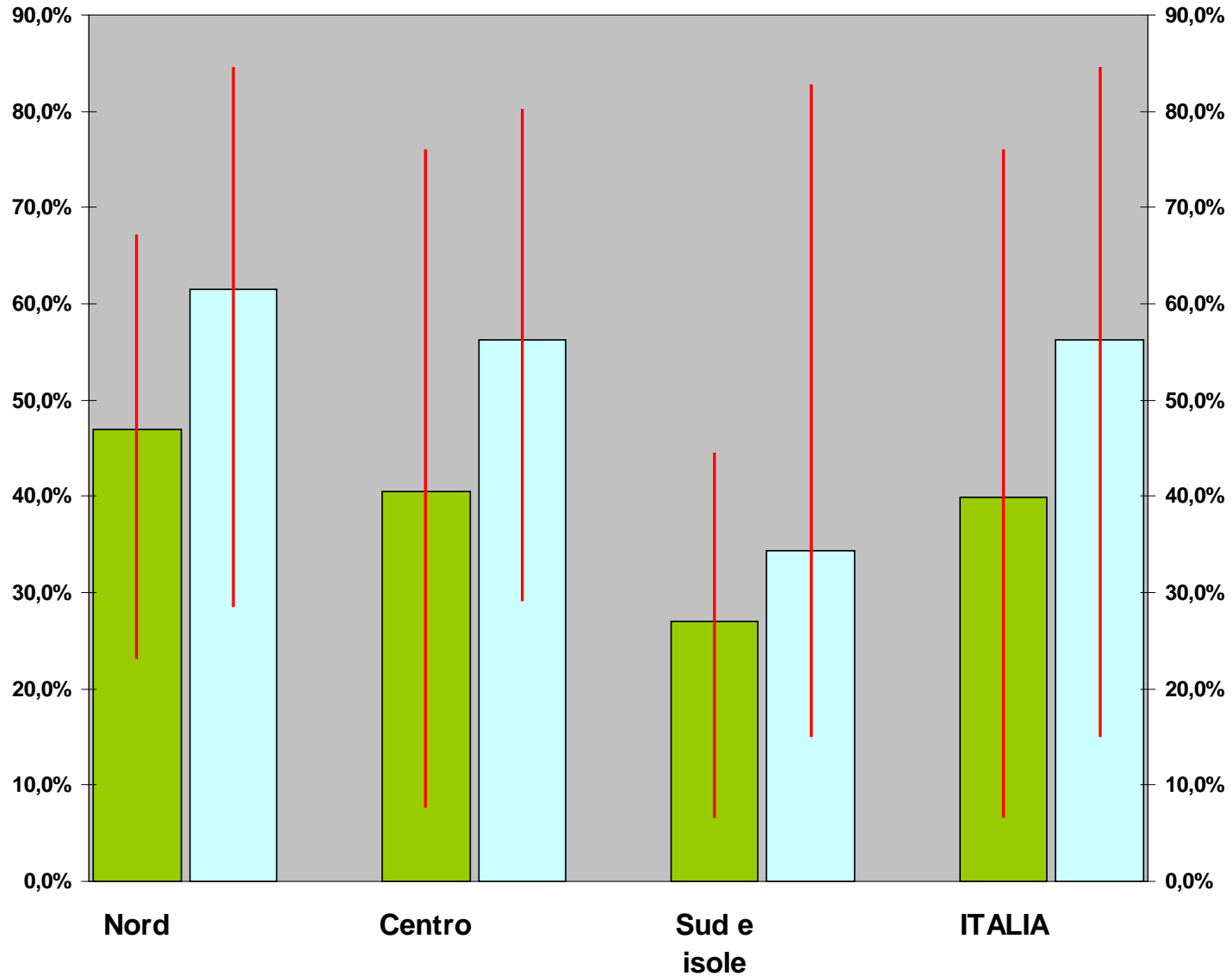




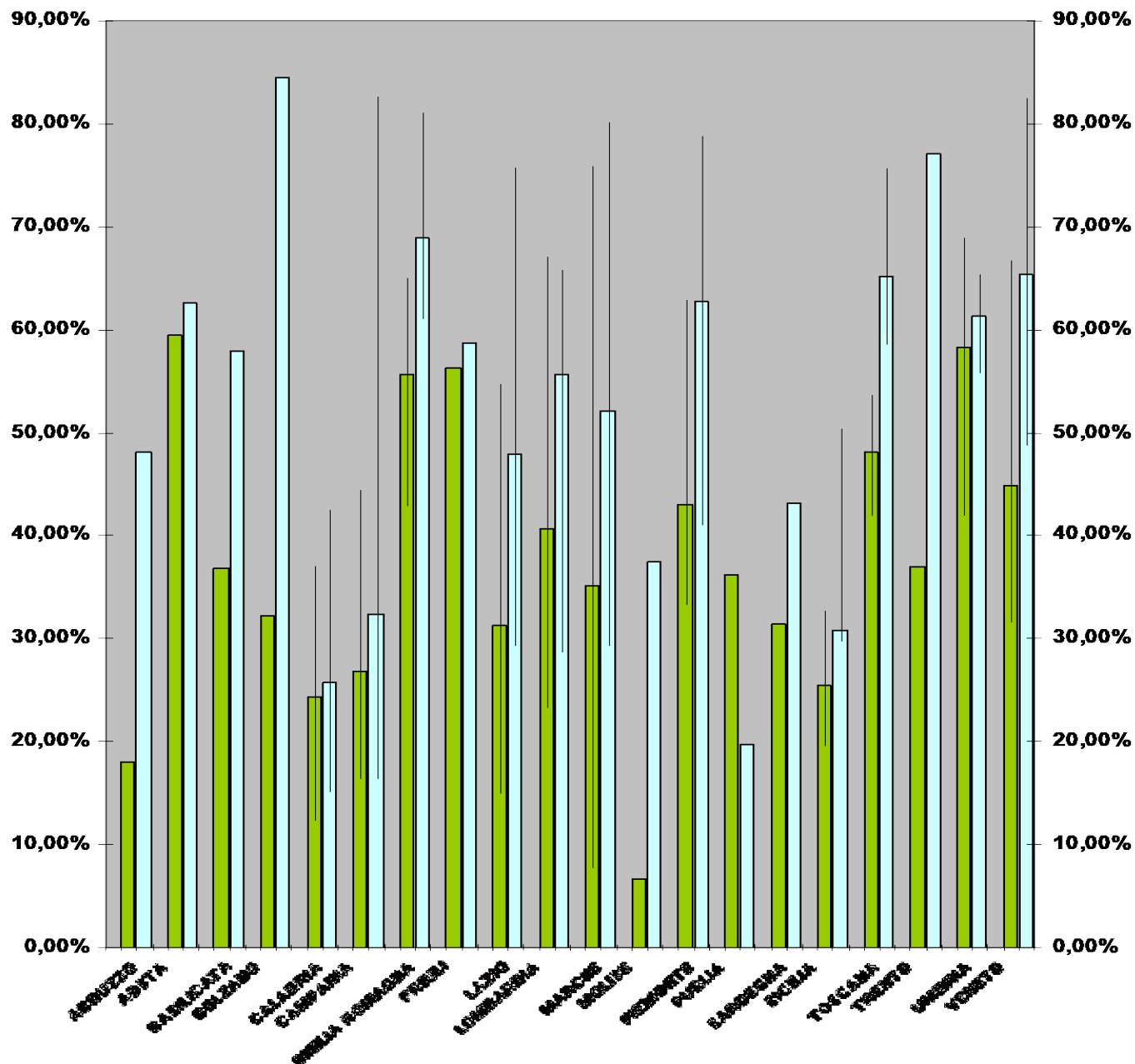
Monitoraggio
integrato tra
programmi di
screening



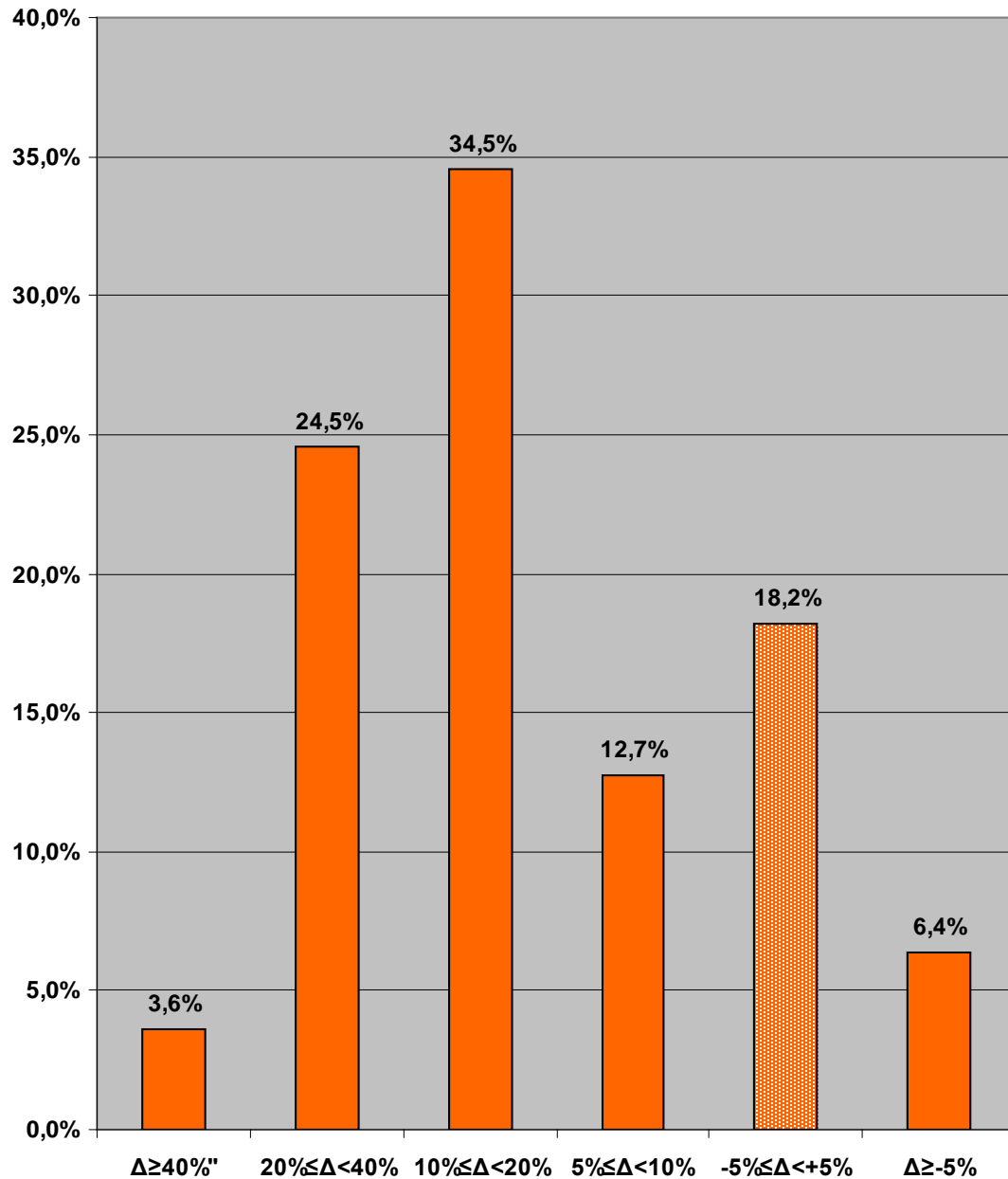
Partecipazione screening 2007: citologico (verde), mammografico (azzurro)



Partecipazione screening 2007: citologico (verde), mammografico (azzurro)



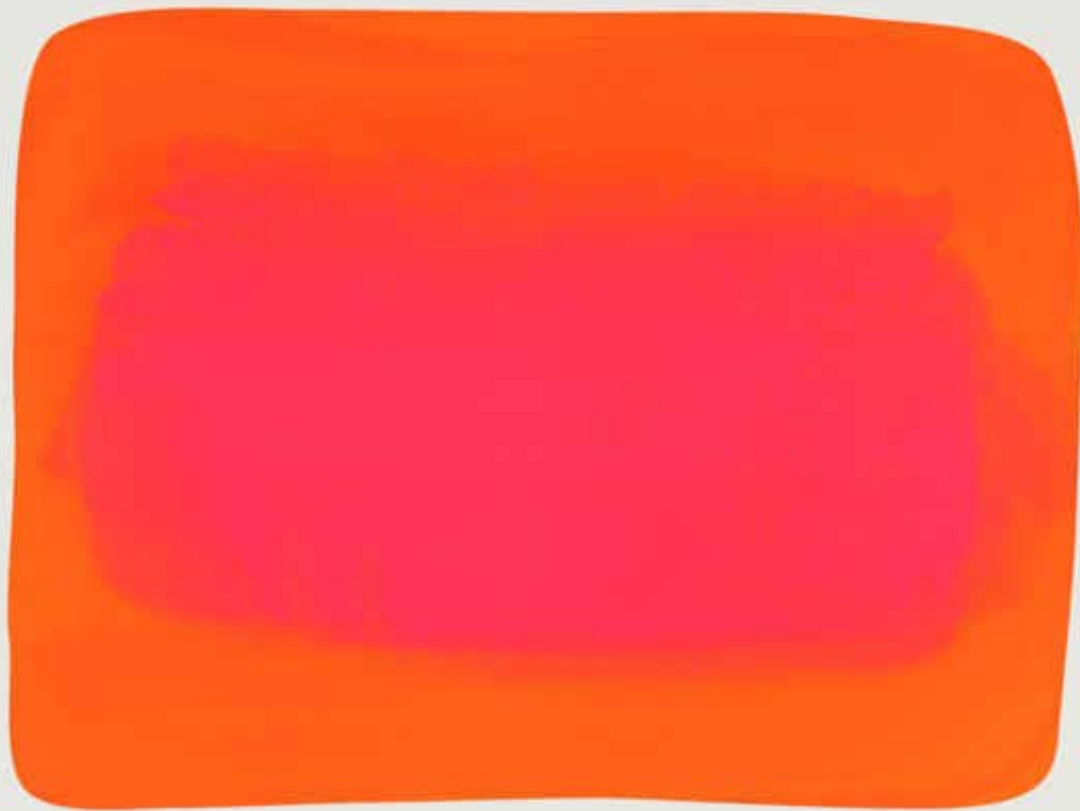
Attività 2007: differenza nella partecipazione dello screening mammografico rispetto allo screening citologico (110 programmi)



Grazie per l'attenzione



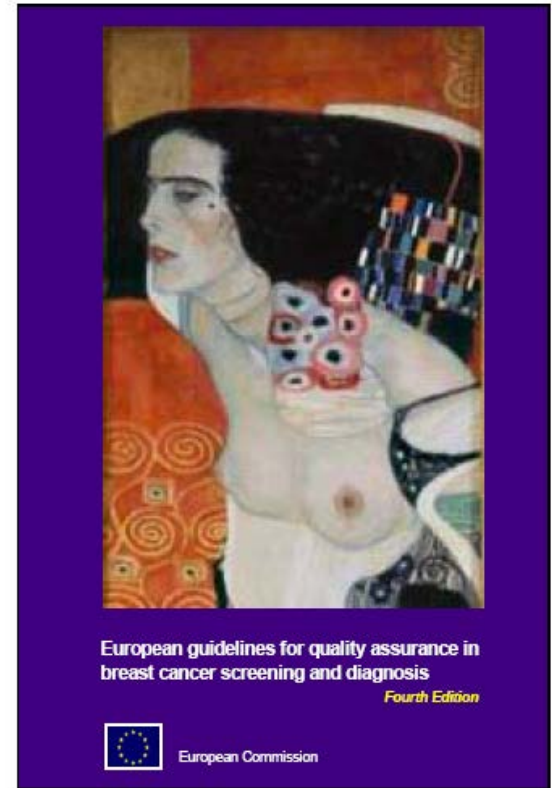
Per Alfonso: qual è l'intruso??



Nel
frattempo...

Scientific Cooperation

2006



Interscreening communication group

Scrivere di screening

Materiali informativi
nello screening citologico



10 Aprile 2009


GISCI
Gruppo Italiano Screening del Carcinoma



National Cancer Institute

International Cancer Screening Network

**DESIGNING
PRINT MATERIALS:**
A COMMUNICATIONS GUIDE
FOR BREAST CANCER SCREENING
JANUARY 2007



U.S. DEPARTMENT
OF HEALTH AND
HUMAN SERVICES
National Institutes
of Health



Io ho scelto
il meglio.
Io registro
su SQTM.
Cosa aspetti
a farlo anche tu?

SURVEY SU DIAGNOSI E TERAPIA DELLE LESIONI IDENTIFICATE ALLO SCREENING MAMMOGRAFICO

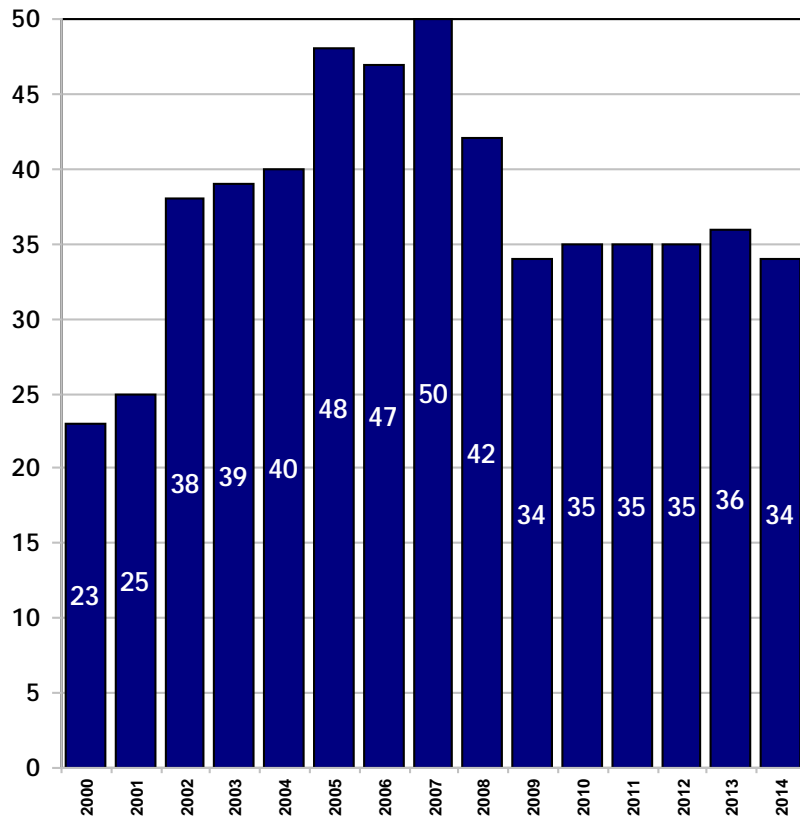
Anno 2014

**Finalborgo, 19-20 maggio 2016
Convegno Nazionale GISMa**

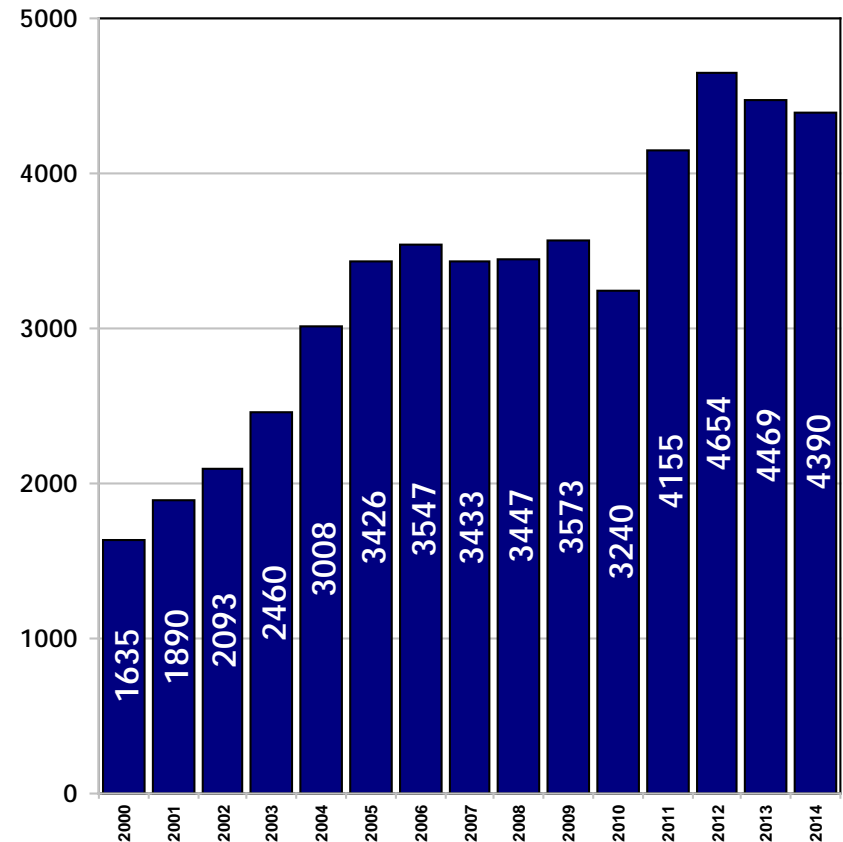
A cura del Gruppo Diagnosi e Terapia GISMa
Antonio Ponti, Denise Casella, Mariano Tomatis,
Maria Piera Mano
CPO Piemonte, Torino

Programmi di screening e numero casi (45-70 anni)

Dati: SQTМ Screening Italia 2000-2014



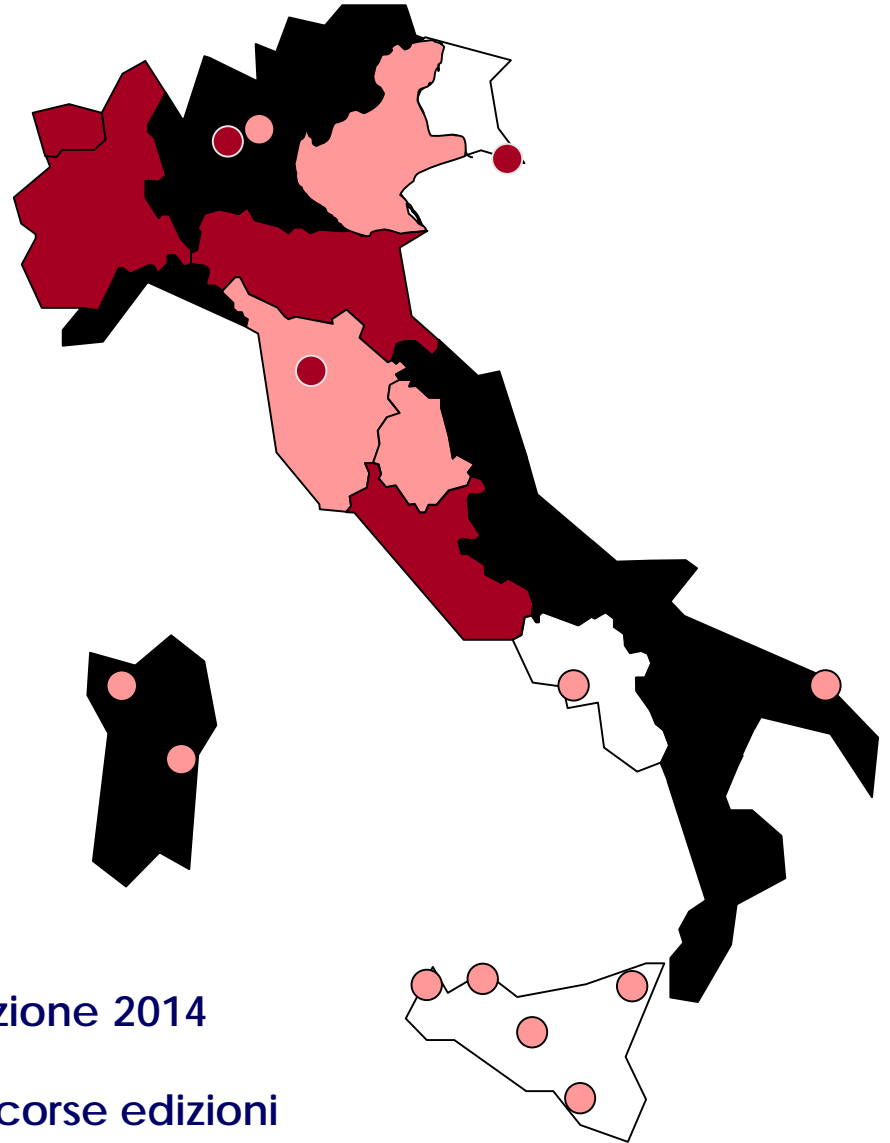
N. programmi



N. casi (tot. 32463)

Numero di casi per Regione

Dati: SQTM
Screening Italia 2014



Regioni che hanno partecipato all'edizione 2014



Regioni che hanno partecipato nelle scorse edizioni



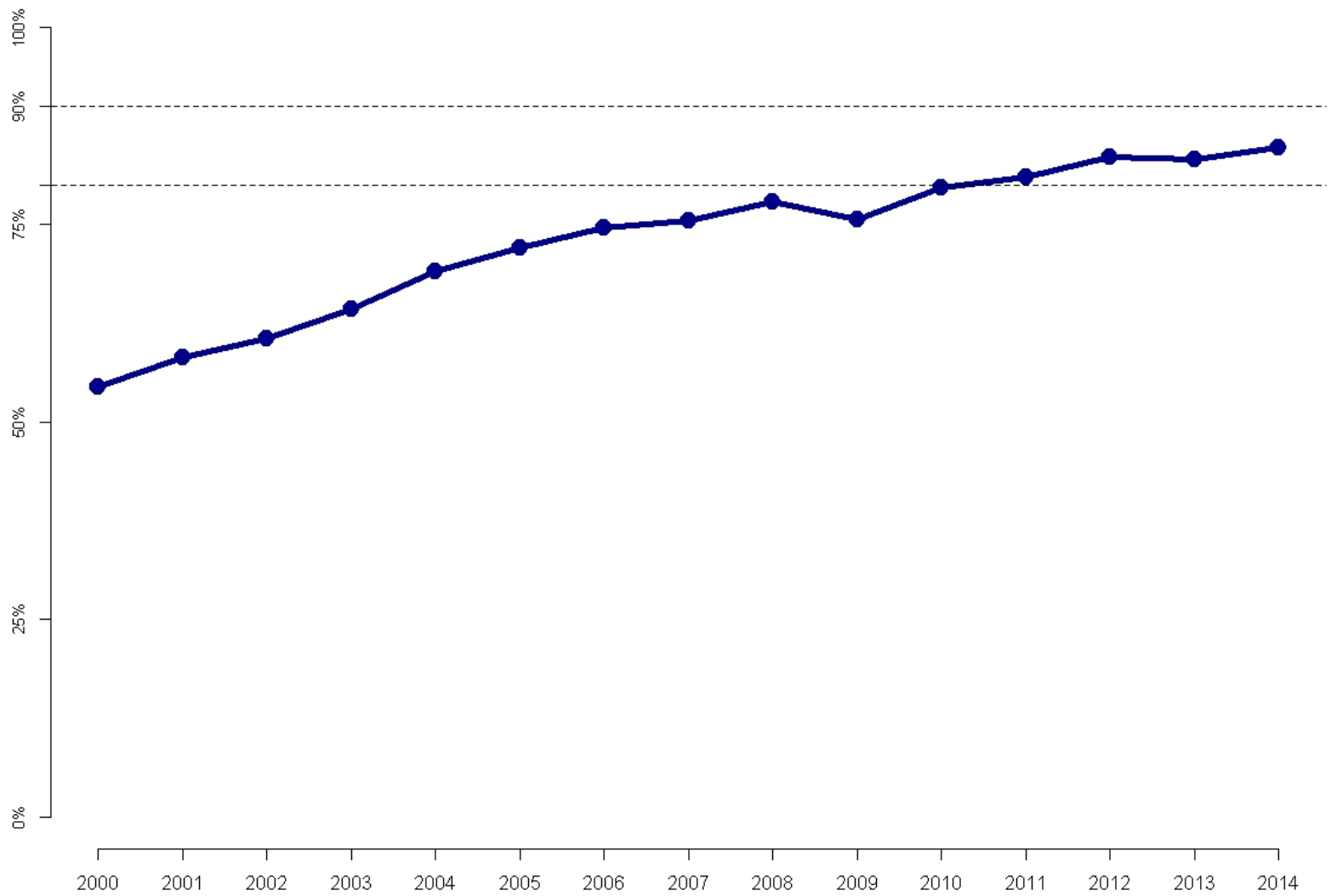
ASSOCIAZIONE SENONETWORK ITALIA ONLUS
IL NETWORK DEI CENTRI ITALIANI DI SENOLOGIA



Autori: Maria Piera Mano, Antonio Ponti, Catia Angiolini, Luigi Cataliotti, Giacomo Datta, Livia Giordano, Pietro Panizza, Francesca Pietribiasi, Mario Taffurelli, Paolo Rovea, Donatella Santini, Mariano Tomatis e Marco Rosselli Del Turco.

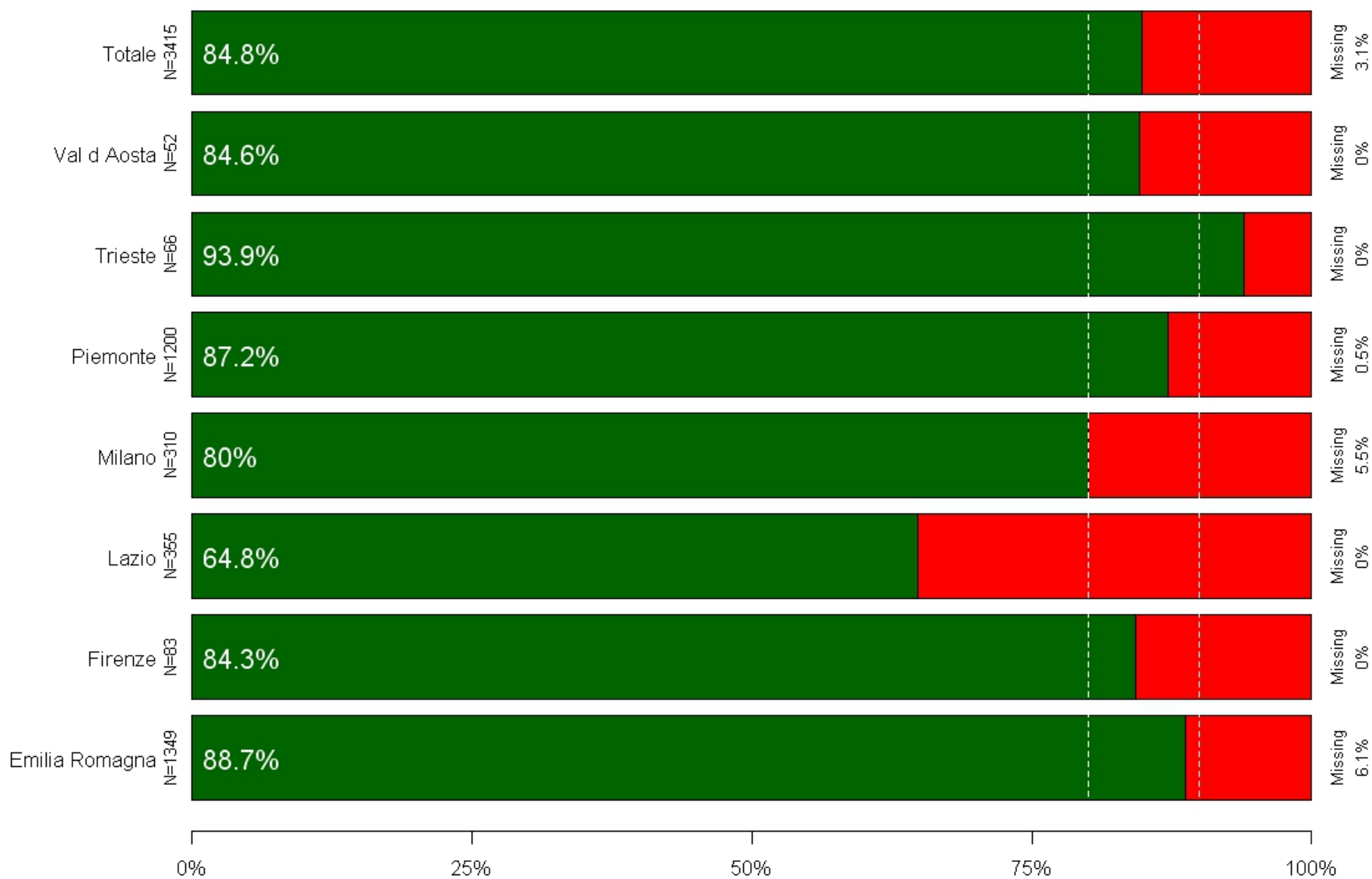
Titolo: *Indicatori di qualità per la cura del carcinoma mammario nelle Breast Unit in Italia: una proposta congiunta GISMa- Senonetwork.*

1.Cancri con diagnosi preoperatoria (B5/C5)



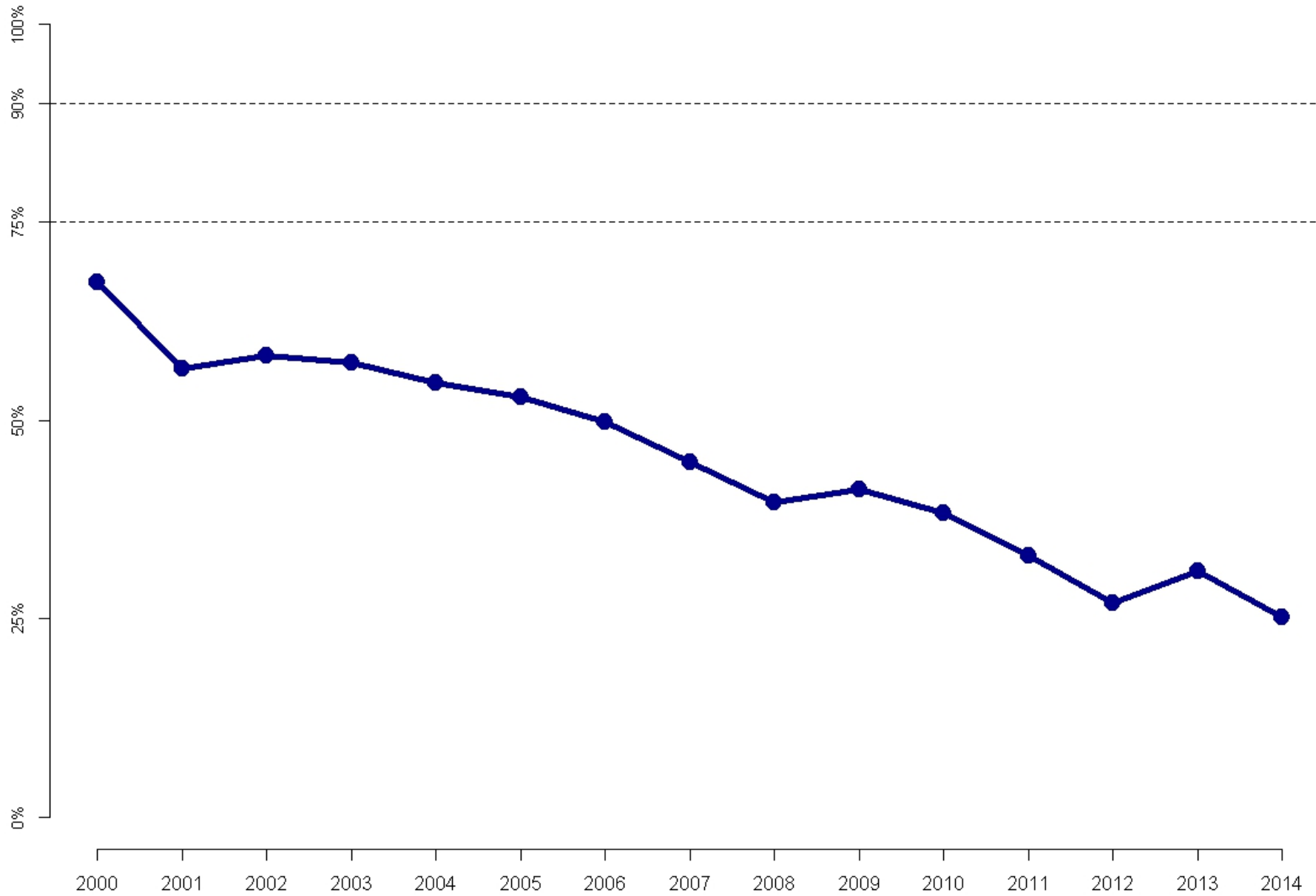
Minimo 80% - Ottimale 90%

1. Cancri con diagnosi preoperatoria (B5/C5) (2014)



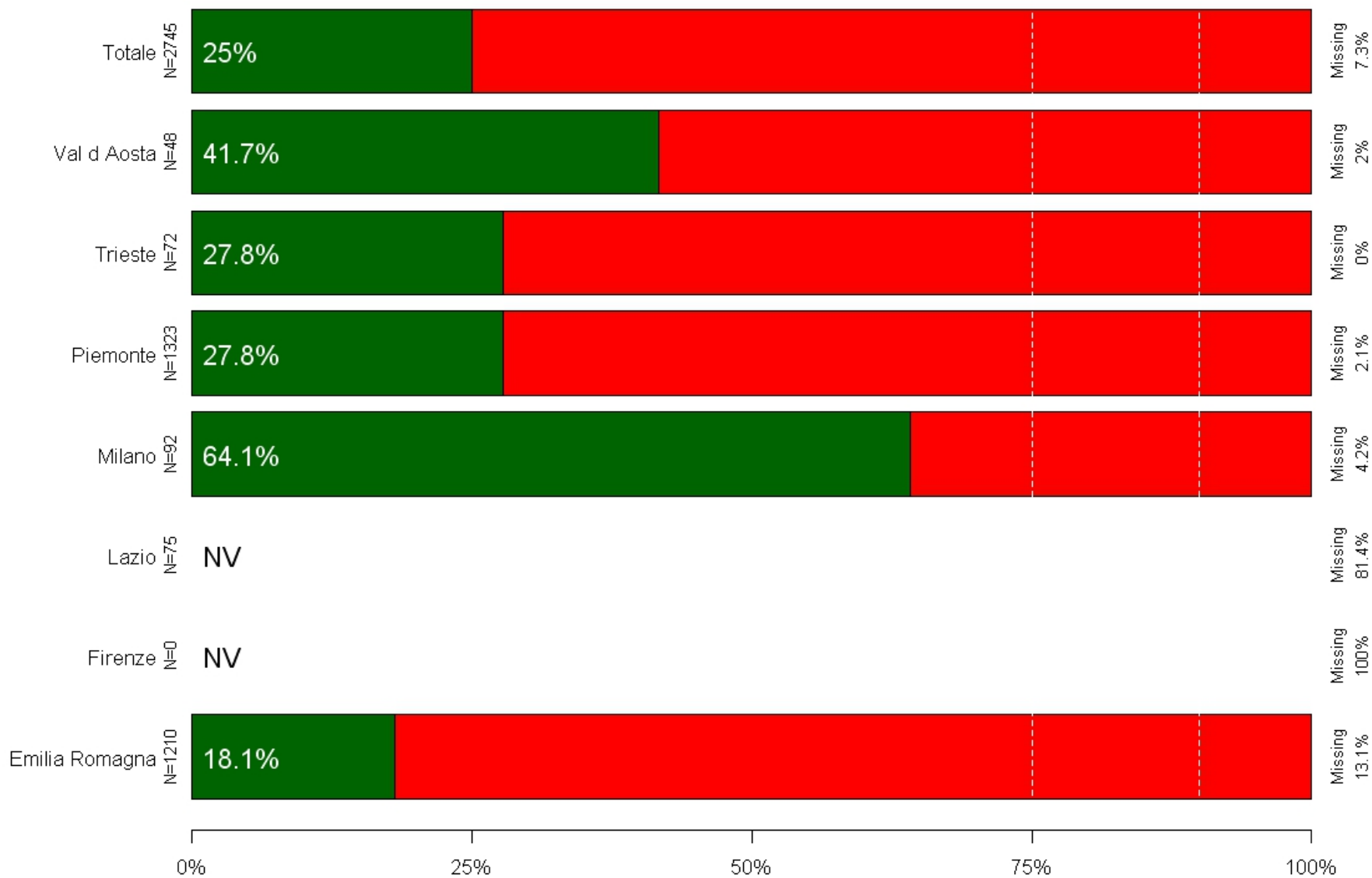
Minimo 80% - Ottimale 90%

5c.Trattamento entro 60 giorni dalla mammografia di screening



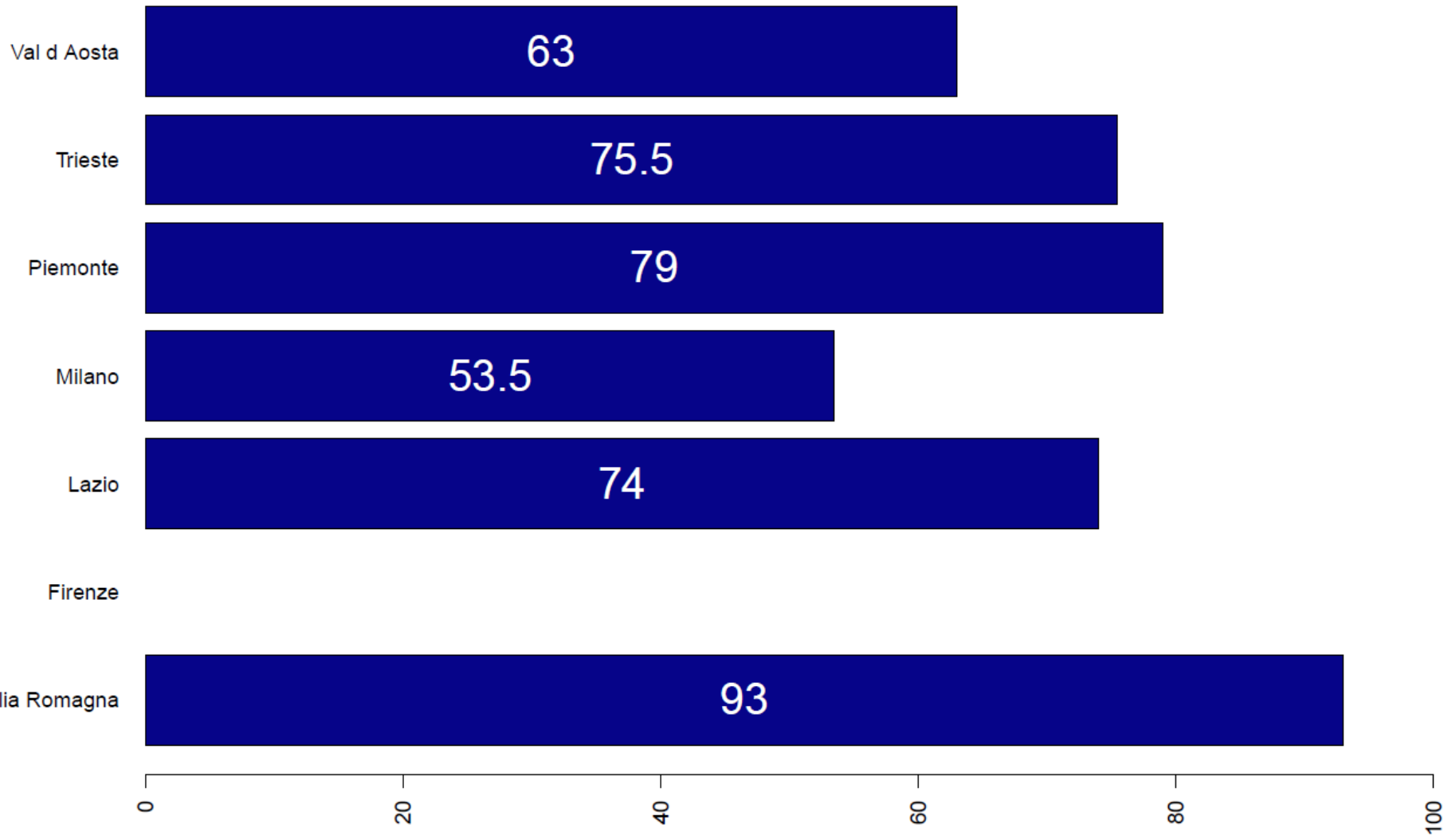
Minimo 75% - Ottimale 90%

5c. Trattamento entro 60 giorni dalla mammografia di screening (2014)

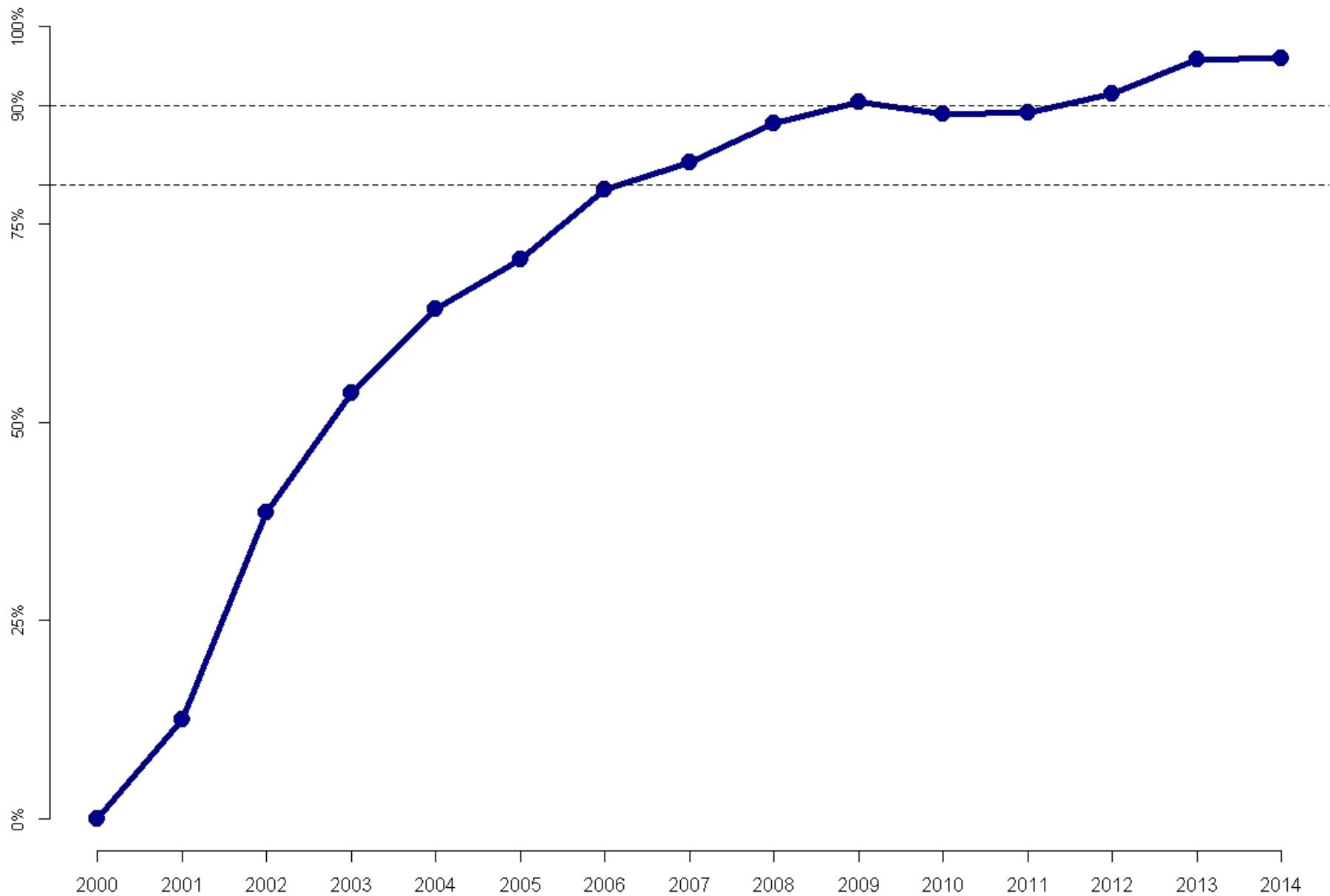


Minimo 75% - Ottimale 90%

Mediana giorni d'attesa da screening a trattamento (2014)

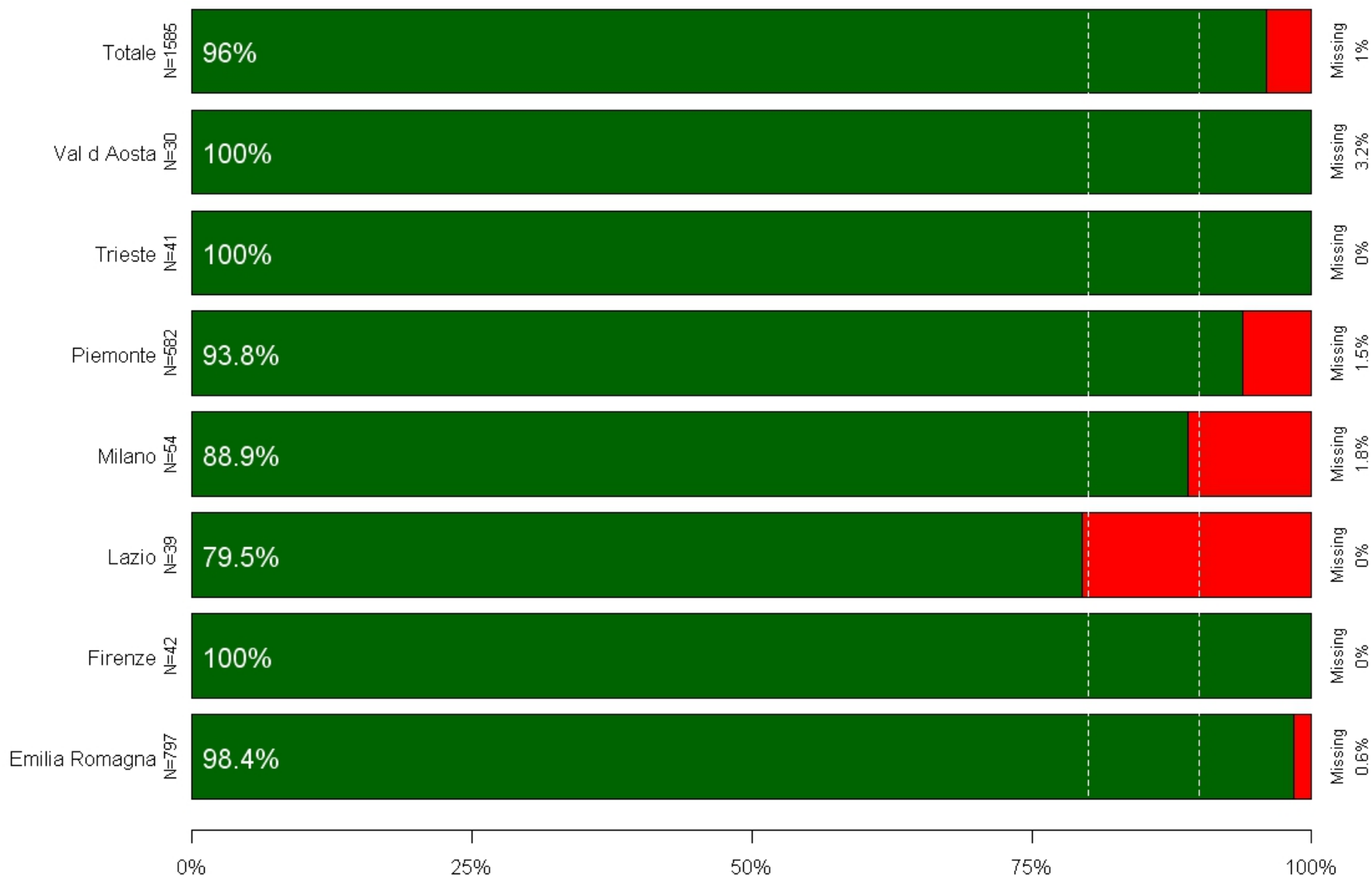


8. Esame solo del linfonodo/i sentinella nei casi che poi risulteranno pN0



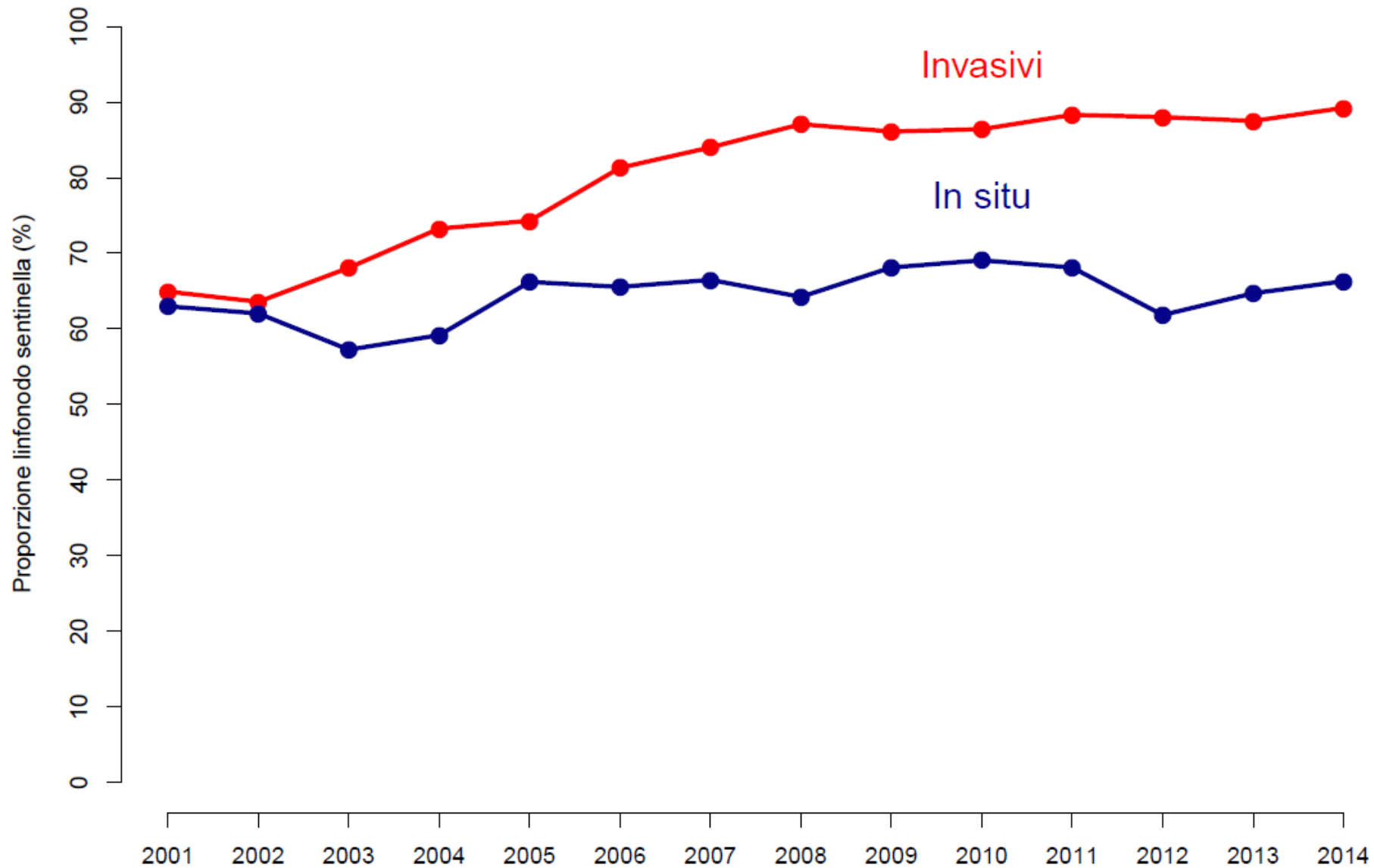
Minimo 80% - Ottimale 90%

8. Esame solo del linfonodo/i sentinella nei casi che poi risulteranno pN0 (2014)

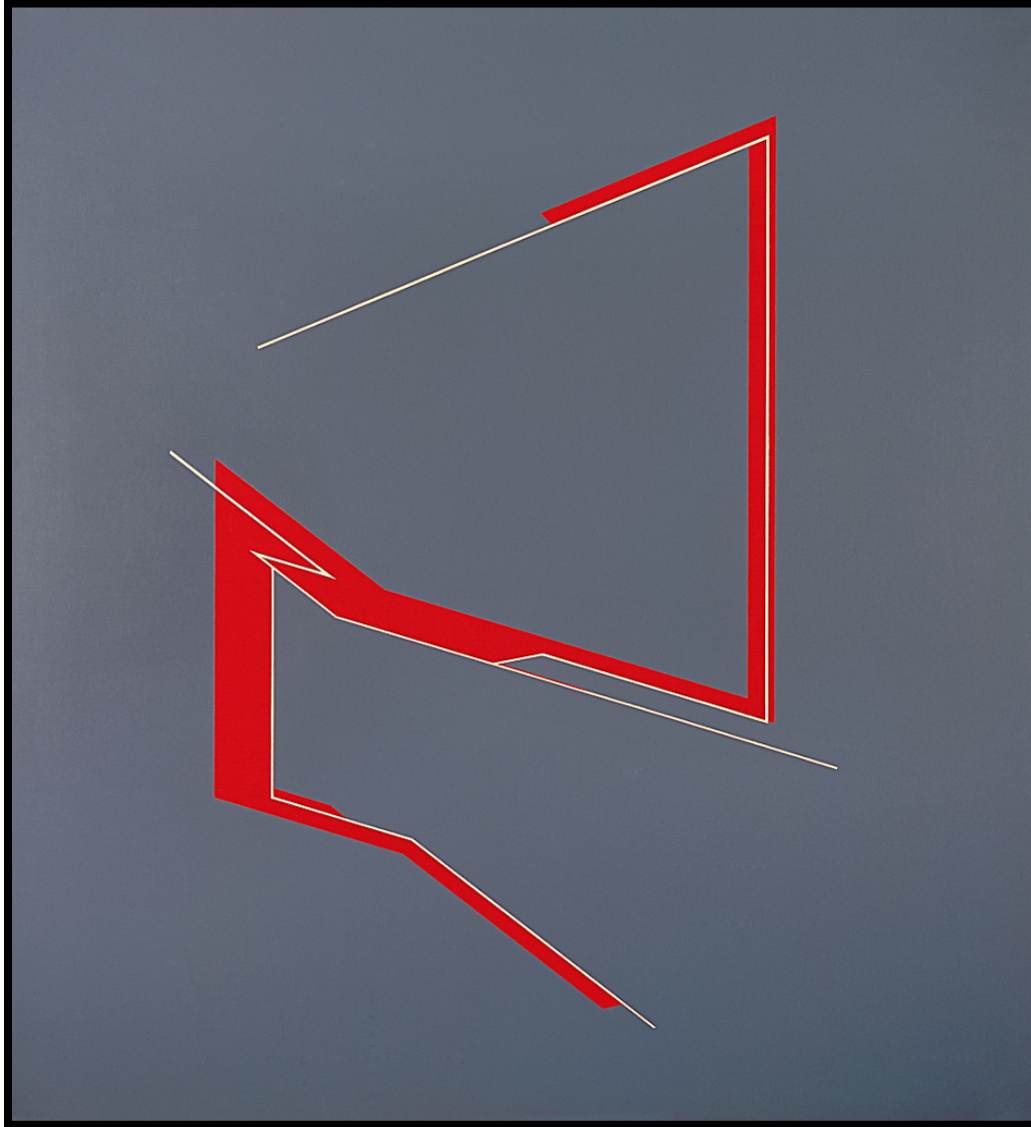


Minimo 80% - Ottimale 90%

Utilizzo della tecnica del linfonodo sentinella



ED I TUMORI INTERVALLO...?





Survey screening mammografico

Anno 2009

Giorgi Daniela

U.O. Epidemiologia - ASL 2 Lucca - Istituto Tumori Toscano

Ventura Leonardo

Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO) - Firenze

Indagine sull'utilizzo dei cancri di intervallo per la valutazione dei programmi di screening mammografico in ITALIA - 2011

Definizione ⁹

Documento Ministero Salute sui CI, 2008

Si intende per CI, sulla base delle Linee Guida Europee (European guidelines for qualità assurance in breast cancer screening and diagnosis Fourth Editinon; ed. European Commission; Bruxelles 2006) un **carcinoma successivo ad un processo di screening negativo e comparso prima del passaggio di screening successivo**. In accordo con le suddette linee guida UE, la dizione di CI spetta sia alle forme invasive che a quelle *in situ*. Pur essendo i carcinomi *in situ* in parte lesioni non evolutive (sovradiagnosi) o a lenta evoluzione in invasivo (quindi di probabile diagnosi precoce anche allo screening successivo), una minoranza di essi (forme poco differenziate) hanno un rischio elevato di evoluzione rapida in forme invasive altrettanto aggressive, e l'efficacia dello screening dipende anche dalla diagnosi di queste lesioni.

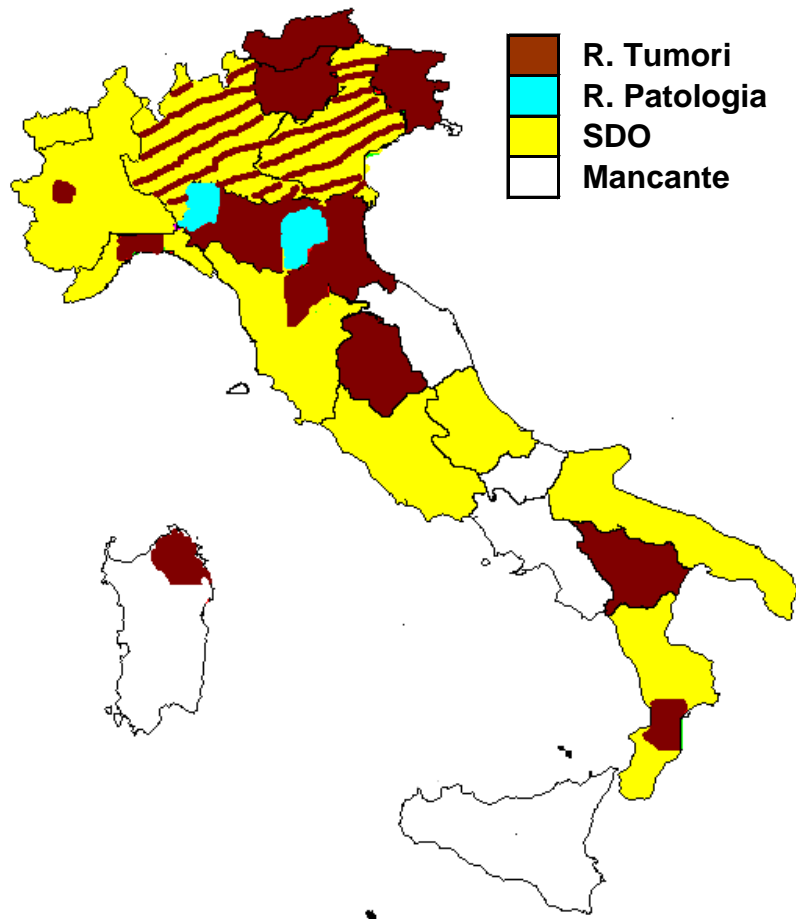


Questionario sui Cancri di Intervallo

**Regioni /
programmi che
hanno compilato il
questionario
(66 questionari
corrispondenti a 95
programmi)**

	Livello reg.
	Tot Asl regione
	Dato parziale
	Mancante

Questionario CI: fonti informative



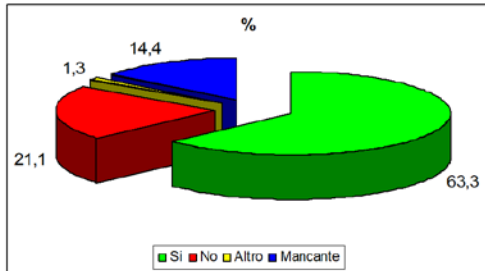
Lombardia: 12 Rt (su 15); Veneto: 13 RT (su 18)
Basilicata: RT in fase di accreditamento



Registri tumori in Italia al 30/6/2010
Fonte: sito AIRTUM

Indagine sui CI: 95 rispondenti

Ad oggi, sono stati mai cercati i CI ?



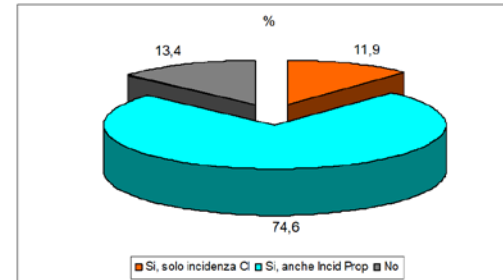
	Num.	%
Si	67	70,5
No	26	27,4
Altro	2	2,1
Totale	95	100,0

Altro: si, in modo non sistematico

Pop invitata (- inesit.) nel 2009: 2.480.000
Ricerca dei CI (63.3%): 1.570.000

Indagine sui CI

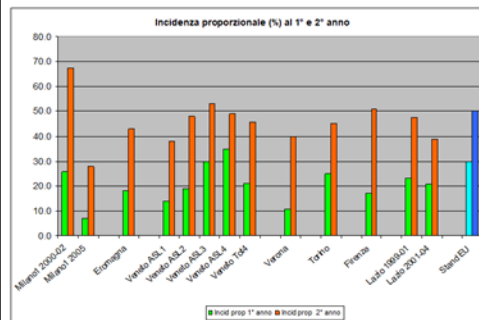
Se ricercati, è stata calcolata l'incidenza dei CI (sono stati cioè cercati tutti sistematicamente) ed è stata calcolata l'incidenza proporzionale ?



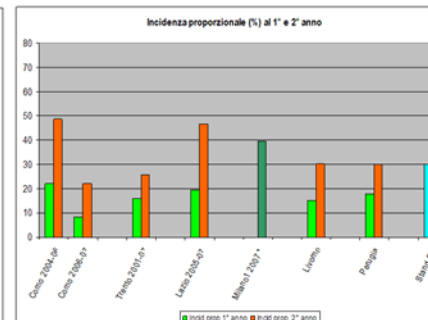
Calcolato sui programmi che hanno risposto SI alla ricerca dei CI = 67

Pop invitata (- inesit.) nel 2009: 2.480.000
Calcolo Incid Prop (52%): 1.288.500

Risultati incidenza proporzionale per anno (1 e 2)



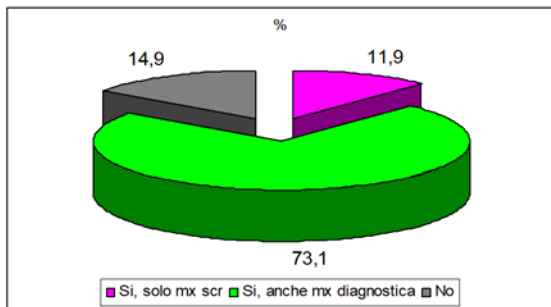
Risultati pubblicati su riviste



Risultati presentati

Indagine sui CI

Se sono stati individuati i cancri di intervallo, sistematicamente o meno, è stata fatta una revisione dei mammogrammi di screening ?



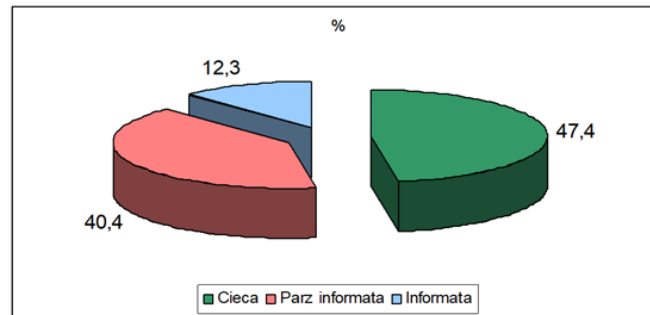
	%	Num
Si, solo mx scr	11,9	8
Si, anche mx diagnostica	73,1	49
No	14,9	10
Totale		67

Calcolato sui programmi che hanno risposto SI alla ricerca dei CI = 67

La revisione viene fatta anche in vari programmi dove la segnalazione dei CI è solo occasionale

Indagine sui CI

Se è stata fatta la revisione, in quale modalità è stata fatta ?

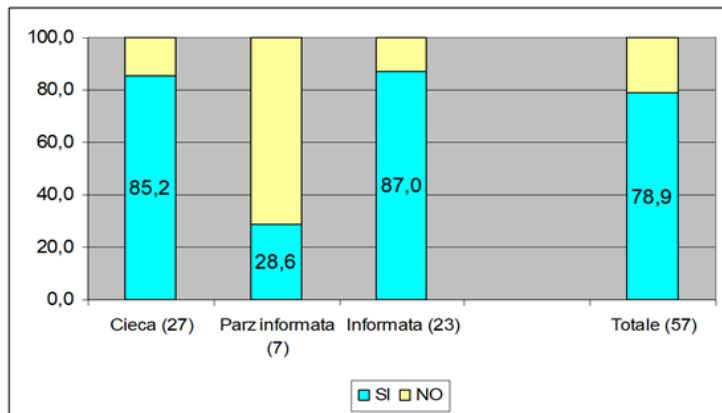


Calcolato sui programmi che hanno dichiarato di aver fatto la revisione radiologica

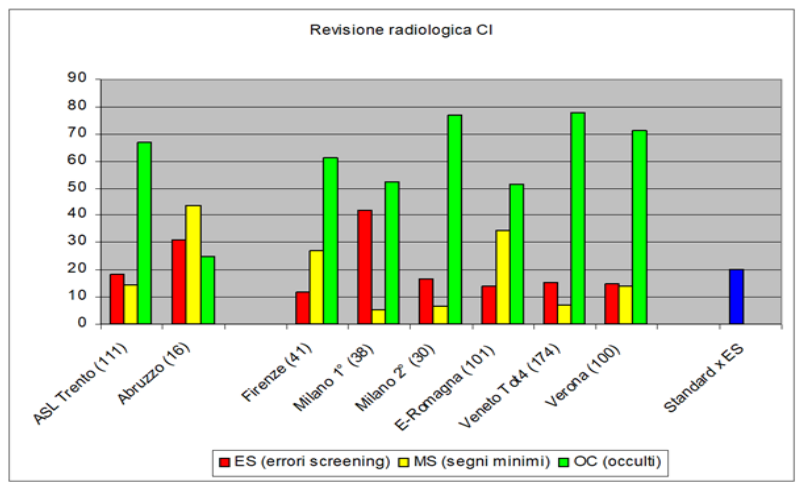
	%	Num
Cieca	47,4	27
Parz informata	40,4	23
Informata	12,3	7
Totale		57

Indagine sui CI

Se è stata fatta la revisione radiologica, hanno partecipato anche radiologi esperti esterni al programma ?



Revisione radiologica cancri di intervallo





Con il patrocinio di



CONVEGNO NAZIONALE
GISMA 2015

gis
ma
gruppoitalianoscreening
mammografico

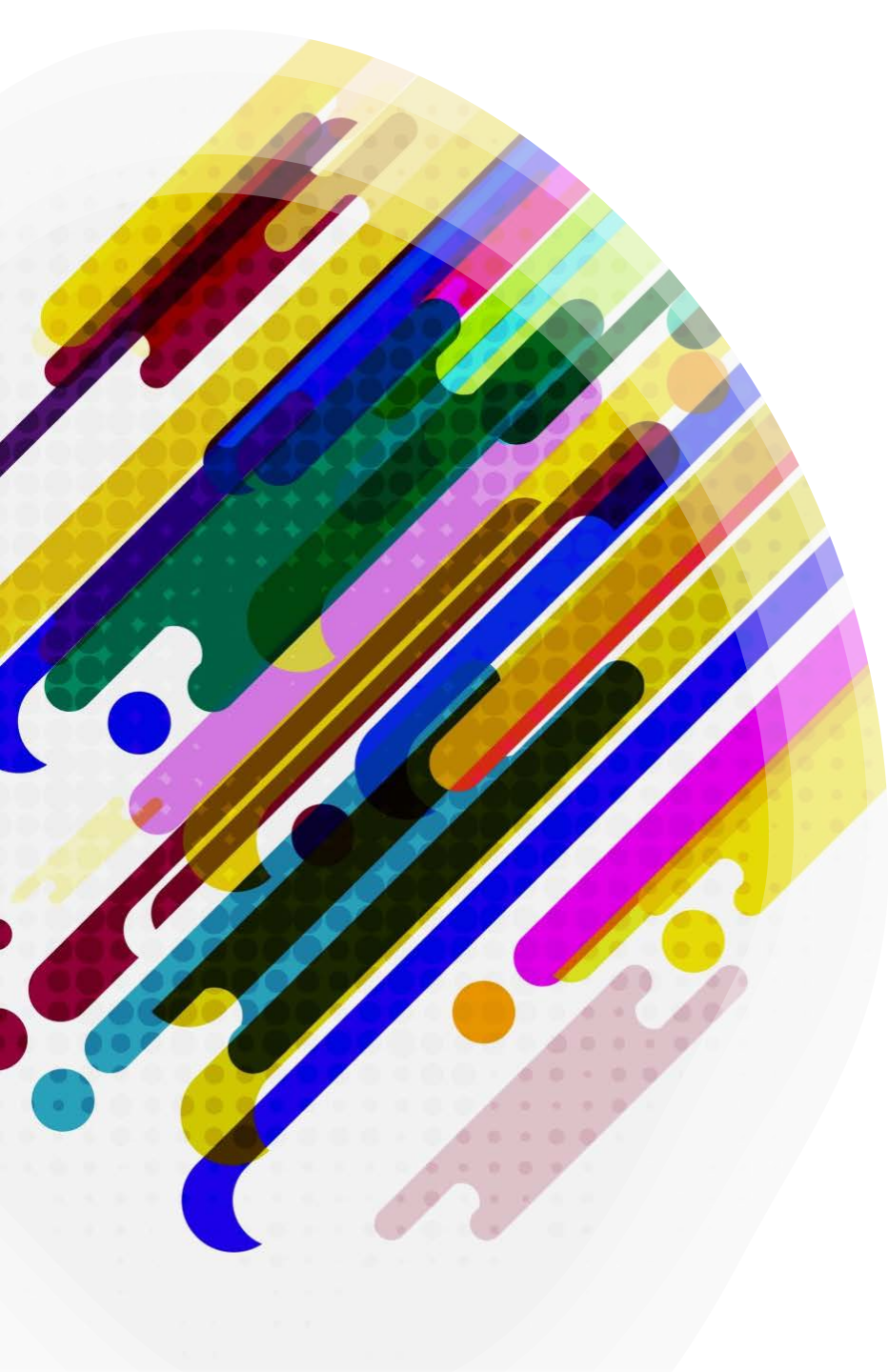
Lo Screening
mammografico
in Italia:

i dati, gli strumenti, la ricerca
ed i compagni di strada

Reggio Emilia, 7- 8 maggio 2015

Dalla Survey Gisma: gli indicatori del percorso organizzativo

**Chiara Fedato
Coordinamento Regionale Screening Oncologici
Regione Veneto**



A CHE PUNTO SIAMO CON LA
QUALITA' DEI DATI?

LA CAPACITA' DI
MONITORARE IL
PERCORSO

Tabella 1. Distribuzione per Regione dei programmi che hanno inviato i dati relativi all'attività di screening mammografico del 2005. Sesto rapporto ONS

Regione	Livello completezza				Totale programmi
	0-2	3	4	5	
Abruzzo			1		1
Alto-Adige		1			1
Basilicata				1	1
Campania	3	4	4	2	13
Emilia-Romagna			1	10	11
Friuli Venezia Giulia		1			1
Lazio	8	1		3	12
Liguria		1		4	5
Lombardia	1	1	2	11	15
Marche	5	7		1	13
Molise				1	1
Piemonte			1	8	9
Sicilia	2			2	4
Toscana			1	11	12
Trentino				1	1
Umbria	1	1	1	1	4
Valle d'Aosta				1	1
Veneto	1	1	5	1	18
Totale	21	18	16	68	123

55.3%



2013

Regione	Completezza				Totale
	0-2	3	4	5	
Abruzzo	1	0	0	2	3
Basilicata	0	0	0	1	1
Bolzano	0	0	0	1	1
Calabria	5	0	0	0	5
Campania	2	0	0	0	2
Emilia_Romagna	0	0	0	0	0
Friuli V. G.	0	0	0	0	0
Lazio	1	0	0	0	1
Liguria	0	0	0	0	0
Lombardia	0	0	0	0	0
Marche	0	0	0	0	0
Molise	1	0	0	0	1
Piemonte	0	0	0	9	9
Puglia	0	0	1	0	1
Sardegna	2	1	2	0	5
Sicilia	4	0	0	0	4
Toscana	0	0	0	0	0
Trento	0	0	0	0	0
Umbria	0	0	0	1	1
Valle d'Aosta	0	0	0	1	1
Veneto	0	0	4	17	21
Totale	16	1	8	104	129

NEL 2013 AL SUD I PROGRAMMI
CON LIVELLO DI COMPLETEZZA 5
SONO PASSATI DA 3 A 15
AL 5% AL 32%

NEL 2013 I PROGRAMMI
CON LIVELLO DI COMPLETEZZA 5
SONO PASSATI DA 68 A 104
DAL 55.3% AL 80.6%!!

13% dei programmi
presenta un
livello di
certezza ≤ 3

Gisma 2017



Verona, 25 maggio 2017

La survey 2015

Chiara Fedato

Coordinamento Regionale Screening Oncologici



REGIONE DEL VENETO

Tempi di attesa

	2011 – 2012	2013 – 2014	2015	Standard Accettabile Gisma
Invio dell'esito negativo entro 21 gg (range 0-100)	71%	67%	70%	90%
Approfondimento entro 28 gg dalla mammografia (range 0-100)	63%	61%	58%	90%
Intervento entro 60 gg dalla mammografia (range 2,5-100)	43%	41%	33%	

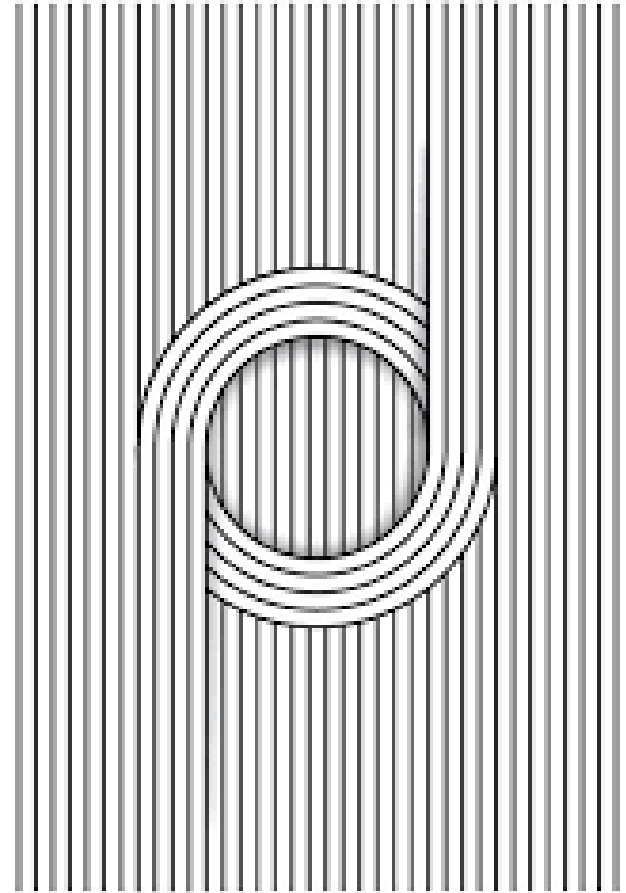


- difficoltà croniche e diffuse soprattutto a carico degli approfondimenti e degli interventi

Il periodo buio: le controversie



A turning point



B

Overdiagnosis
and breast cancer
screening:
controversies and
scientific
uncertainties



Breast screening: the facts—or maybe not

Peter Gøtzsche and colleagues argue that women are still not given enough, or correct, information about the harms of screening

Three years ago, we published a survey of the information given to women invited for breast screening with mammography in six countries with publicly funded screening programmes.¹ The major harm of screening, which is over-diagnosis and subsequent overtreatment of healthy women, was not mentioned in any of 31 invitations.¹ Ten invitations argued that screening either leads to less invasive surgery or simpler treatment, although it actually results in 30% more surgery, 20% more mastectomies, and more use of radiotherapy² because of over-diagnosis.¹ Pain caused by the procedure was mentioned in 15 invitations, although it is probably the least serious harm, as it is transient.

Since then, little has changed. Our 2006 article included a box with recommended information and numbers needed to benefit and to harm.¹ Although the information leaflet used in the United Kingdom has since been updated,³ the contents remain essentially the same. The leaflet has the authoritative title *Breast Screening: the Facts*,³ suggesting that the information can be trusted. Here, we discuss why it is inadequate as a basis for informed consent and introduce our leaflet, which we think provides the information on the benefits and harms of breast screening that women need to make a rational decision.

Problems with UK leaflet

The revised leaflet emphasises the benefits of screening. The first page leaves no doubt that screening is good for women, with its second heading: "Why do I need breast screening?" Furthermore, it states, "If changes are found at an early stage, there is a good chance of a successful recovery," and "Around half the cancers that are found at screening are still small. . . . This means that the whole breast does not have to be removed." It also tells women that screening saves "an estimated 1400 lives each year in this country" and "reduces the risk of the women who attend dying from breast cancer."

By contrast, little information is given about harms. It states that "some women" find mammography uncomfortable or painful, which becomes "many women" in the summary. The summary also notes that recalls for more investigations "can cause worry." No mention is made of the major harm of screening—that is, unnecessary treatment of harmless lesions that would not have been identified without screening.

This harm is well known and acknowledged, even among screening enthusiasts.⁴ It is in violation of guidelines and laws for informed consent not to mention this common harm,

Summary from evidence based leaflet

- It may be reasonable to attend for breast cancer screening with mammography, but it may also be reasonable not to attend because screening has both benefits and harms
- If 2000 women are screened regularly for 10 years, one will benefit from the screening, as she will avoid dying from breast cancer
- At the same time, 10 healthy women will, as a consequence, become cancer patients and will be treated unnecessarily. These women will have either a part of their breast or the whole breast removed, and they will often receive radiotherapy and sometimes chemotherapy
- Furthermore, about 200 healthy women will experience a false alarm. The psychological strain until one knows whether it was cancer, and even afterwards, can be severe

Analysis and comment

Public health

Content of invitations for publicly funded screening mammography

Karsten Juhl Jørgensen, Peter C Gøtzsche

The benefits and harms of screening for breast cancer are delicately balanced and women decide for themselves, on an informed basis. Do the invitations give enough information to enable this?

See also p 409

Nordic Cochrane Centre, Rigshospitalet Department 712, Bispebjergvej 21, DK-2100 Copenhagen, Denmark
Karsten Juhl Jørgensen, karsten.juhl@nordiccochrane.dk
Peter C Gøtzsche, pcg@cochrane.dk

Correspondence to: K J Jørgensen, kj@nordiccochrane.dk
DOI: 10.1136/bmj.2011.2386-41

Invitations to screening mammography play a central part in the process of obtaining informed consent. It is the only source of information distributed to all potential participants. Other sources, such as pamphlets and websites, have been shown to be information poor and biased in favour of participation,⁵⁻⁸ and information from the media and doctors is likely to vary and be unevenly distributed. We examined mammography invitations from English speaking and Scandinavian countries with publicly funded screening to assess whether they provide sufficient information to enable women to make an informed decision.

Information versus high uptake

When a society decides to offer cancer screening, eligible citizens need to be made aware of the programme. A letter of invitation is a common approach, and it seems obvious to use this letter to provide balanced information about benefits and harms of screening, particularly since there is international consensus that participation in cancer screening should be based on informed consent.⁹⁻¹¹ However, in countries with publicly funded screening, those responsible for the

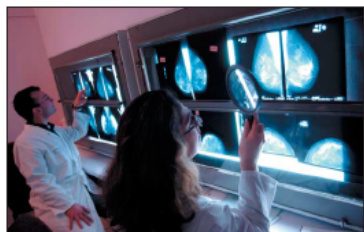
success of the programme are also those who are least aware of the information. Herein lies a potential interest. High participation rates are a success of screening programme, but informational harms may deter women from participating.

What do women believe?

Women generally exaggerate the benefits and are unaware of the harms of screening.¹²⁻¹⁴ The study of American and European women¹⁵ found that those who believed screening reduced their risk of breast cancer, 62% that screening at least annually, and 79% that 10 years of screening would reduce their risk of dying from breast cancer, which is 10 times the true estimates.¹⁵ Other studies have shown that 15% of women were aware that participation in screening could harm healthy women,¹⁶ that 15% lifetime risk of contracting the disease was overestimated at about 5 times,¹⁷ and that 30% of women were aware that participation in screening detects more than 1000 cancers.¹⁸

Assessment of invitations

We collected invitations to mammography from Australia, Canada, Denmark, Norway, Sweden, and the United Kingdom. All countries have publicly funded screening programmes that are nationally or regionally organised and use languages we can read. We reviewed the invitations to see if they invited women for the first time, enclosed pamphlets, letters to non-responders, and information on subsequent screening. We focused on the initial invitation, as commonly sent out as women turn 50 years old, and made three requests in case of



How many women understand the full implications of screening?

338

BMJ VOLUME 342 4 MARCH 2011



The Breast Screening Programme and misinforming the public

Peter C Gøtzsche • Karsten Juhl Jørgensen

The Nordic Cochrane Centre, Copenhagen, Denmark

Correspondence to: Peter C Gøtzsche. Email: pcg@cochrane.dk

DECLARATIONS

Competing interests

None declared

Funding

None

Ethical approval

Not applicable

Guarantor

PCG

Contributorship

PCG wrote the first draft of the 2010 NHS mammography screening invitation;

KJJ drafted the sections regarding the NHS Breast Screening Programme Annual Review 2010, revised the sections on the invitation, and produced the graphics; PCG conducted the stakeholder survey and revised the manuscript.

Acknowledgements

None

Summary

The information provided to the public by the NHS Breast Screening Programme has been criticized for lack of balance, omission of information on harms and substantially exaggerated estimates of benefit. These shortcomings have been particularly evident in the various invitation leaflets for breast screening and in the Programme's own 2008 Annual Review, which celebrated 20 years of screening. The debate on screening has been heated after new data published in the last two years questioned the benefit and documented substantial harm. We therefore analysed whether the recent debate and new pivotal data about breast screening has had any impact on the contents of the new 2010 leaflet and on the 2010 Annual Review. We conclude that spokespeople for the Programme have stuck to the beliefs about benefit that prevailed 25 years ago. Concerns about over-diagnosis have not been addressed either and official documents still downplay this most important harm of breast cancer screening.

Calls for more honesty from the NHS Breast Screening Programme

It has been pointed out repeatedly over many years that the information offered to women by the NHS Breast Screening Programme (NHS BSP) lacks balance, omits information on harms and substantially exaggerates the benefit.¹⁻⁴ These shortcomings were particularly evident in the various invitation leaflets for breast screening and in the Programme's own 2008 Annual Review, which celebrated 20 years of screening.²⁻⁴

Our criticism of the revised leaflet in February 2009³ led to a public call for improvements from a broad range of researchers and others.⁵ In response, Professor Sir Mike Richards, the National Director for Cancer and End of Life Care, promised that an improved version of the leaflet would be available by the end of 2009,⁶ but it did not appear until December 2010, shortly before Christmas.⁷

The debate on screening has been heated over new data questioned the benefit and documented substantial harm.⁸⁻¹⁷ An exception was a 2010 study by Stephen Duffy *et al.*¹⁸ Duffy, a central figure in the NHS BSP, was quoted in the 2008 Annual Review for saying that, "The 10-year fatality of screen-detected tumours is 50% lower than that of symptomatic tumours."⁴ That statement is seriously misleading, as screen-detected tumours have an excellent prognosis because of length bias and over-diagnosis of many harmless cases. Further, it is a basic premise for screening evaluation that one cannot compare breast cancer mortality in attenders and non-attenders due to selection bias.⁴

Duffy's new study is also seriously misleading.¹⁹ He claimed a 28% reduction in breast cancer mortality in the UK due to screening, although there is none¹² (see below) and that few women are over-diagnosed, which is also wrong.^{5,19} This resulted in a harm/benefit ratio

**The Benefits and Harms of Breast
Cancer Screening:**

An Independent Review

Authors:
The Independent UK Panel on Breast Cancer
Screening



A report jointly commissioned by
Cancer Research UK and the Department of Health
(England).

October 2012

The Panel concludes that the UK breast screening programmes confer significant benefit and should continue. The greater the proportion of women who accept the invitation to be screened, the greater is the benefit to the public health in terms of reduction in mortality from breast cancer. But for each woman the choice is clear: on the plus side screening confers a likely reduction in mortality from breast cancer because of early detection and treatment. On the negative side, is the knowledge that she has perhaps a 1% chance of having a cancer diagnosed, and treated with surgery and other modalities, that would never have caused problems had she not been screened.



European Breast Guidelines



About **90 recommendations on screening and diagnosis**

Evidence based, updated as new evidence and priorities emerge

Developed by the **GDG** using **GRADE Evidence to Decision Framework**

Web based and specifically **tailored** for each of three profiles: citizens and patients, health professionals, and policy makers

I'm a professional

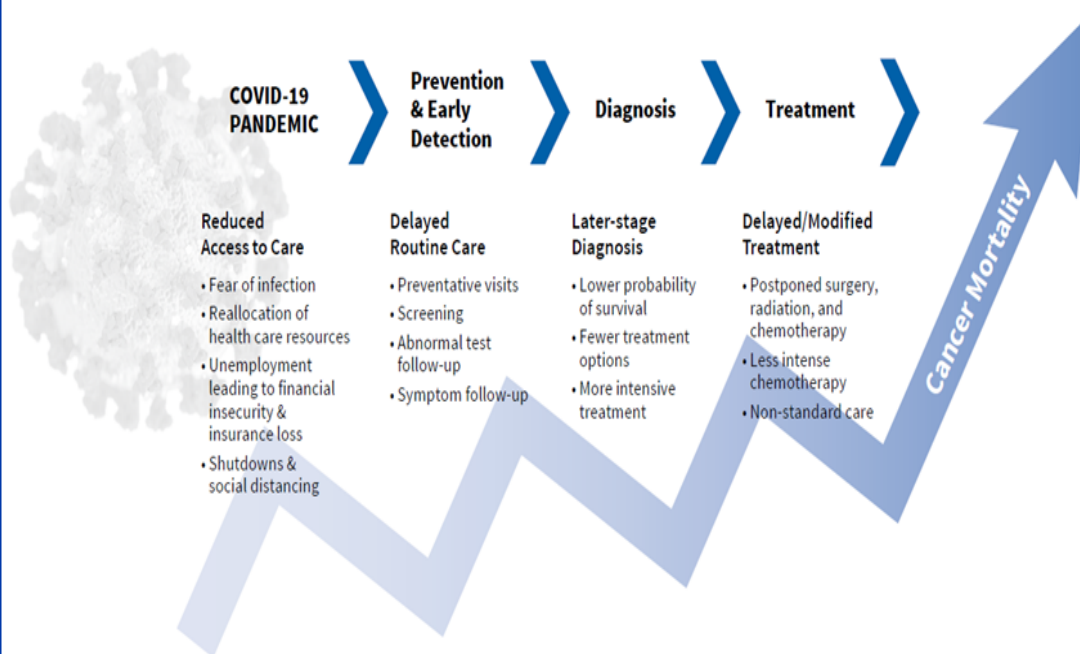
Question	Recommendation	Recommendation strength
Should organised mammography screening vs. no mammography screening be used for early detection of breast cancer in women aged 40 to 44 ?	For asymptomatic women aged 40 to 44 with an average risk of breast cancer, the ECIBC's Guidelines Development Group (GDG) suggests not implementing mammography screening (conditional recommendation, moderate certainty in the evidence).	Conditional recommendation against the intervention*
Should organised mammography screening vs. no mammography screening be used for early detection of breast cancer in women aged 45 to 49 ?	For asymptomatic women aged 45 to 49 with an average risk of breast cancer, the ECIBC's Guideline Development Group (GDG) suggests mammography screening over no mammography screening, in the context of an organised screening programme (conditional recommendation, moderate certainty in the evidence).	Conditional recommendation for the intervention*
Should organised mammography screening vs. no mammography screening be used for early detection of breast cancer in women aged 50 to 69 ?	The ECIBC's Guidelines Development Group recommends that women between 50 and 69 years old who are not at high risk of breast cancer and do not have symptoms have mammography screening for breast cancer.	Strong recommendation for the intervention*
Should organised mammography screening compared to no mammography screening be used for early detection of breast cancer in women aged 70 to 74 ?	For asymptomatic women aged 70 to 74 with an average risk of breast cancer, the ECIBC's Guideline Development Group (GDG) suggests mammography screening over no mammography screening, in the context of an organised screening programme (conditional recommendation, moderate certainty in the evidence).	Conditional recommendation for the intervention*

*Subgroup: This recommendation does not apply to high-risk women (see recommendations for women with high breast density).



L'evoluzione dello screening mammografico in Italia

Potential Impact of the COVID-19 Pandemic on Future Cancer Outcomes



Coronavirus image courtesy of CDC.

- The impact of COVID-19 on cancer diagnoses and outcomes at the population level will be unknown for several years because of the time necessary for data collection, compilation, quality control, and dissemination.
- We anticipate that disruptions in access to care in 2020 across the cancer continuum will lead to downstream increases in advanced stage diagnoses that may result in increased cancer mortality in the years to come.

4 REPORT ONS – GENNAIO 2020-MAGGIO 2021

Donne invitate/contattate in meno gennaio 2020 - maggio 2021

Regione	n. assoluto	%
Abruzzo [^]	-23.968	-25,4%
Basilicata [^]	-25.735	-45,7%
Bolzano PA	-10.335	-21,2%
Campania	-257.941	-57,7%
Calabria	-21.556	-59,5%
Emilia Romagna	-25.931	-5,7%
FVG	-13.479	-9,5%
Lazio	-60.986	-10,1%
Liguria	-42.986	-25,0%
Lombardia	-227.808	-25,2%
Marche	-7.554	-5,4%
Molise	-3.771	-35,0%
Piemonte	-141.416	-32,0%
Puglia	-98.800	-39,9%
Sardegna	-31.939	-32,3%
Sicilia	29.454	6,4%
Trento PA	-17.522	-33,8%
Toscana	-36.464	-9,2%
Umbria [*]	912	0,9%
Valle d'Aosta	-8.359	-63,1%
Veneto	-67.169	-14,1%
ITALIA	-1093.354	-20,3%

[^] Per un'Azienda della regione Abruzzo e per la regione Basilicata non è noto il periodo gennaio-maggio 2019, pertanto la stima 2019 è stata effettuata considerando 5/12 dell'attività annuale

^{*} Il dato è riferito alla fascia 50-74

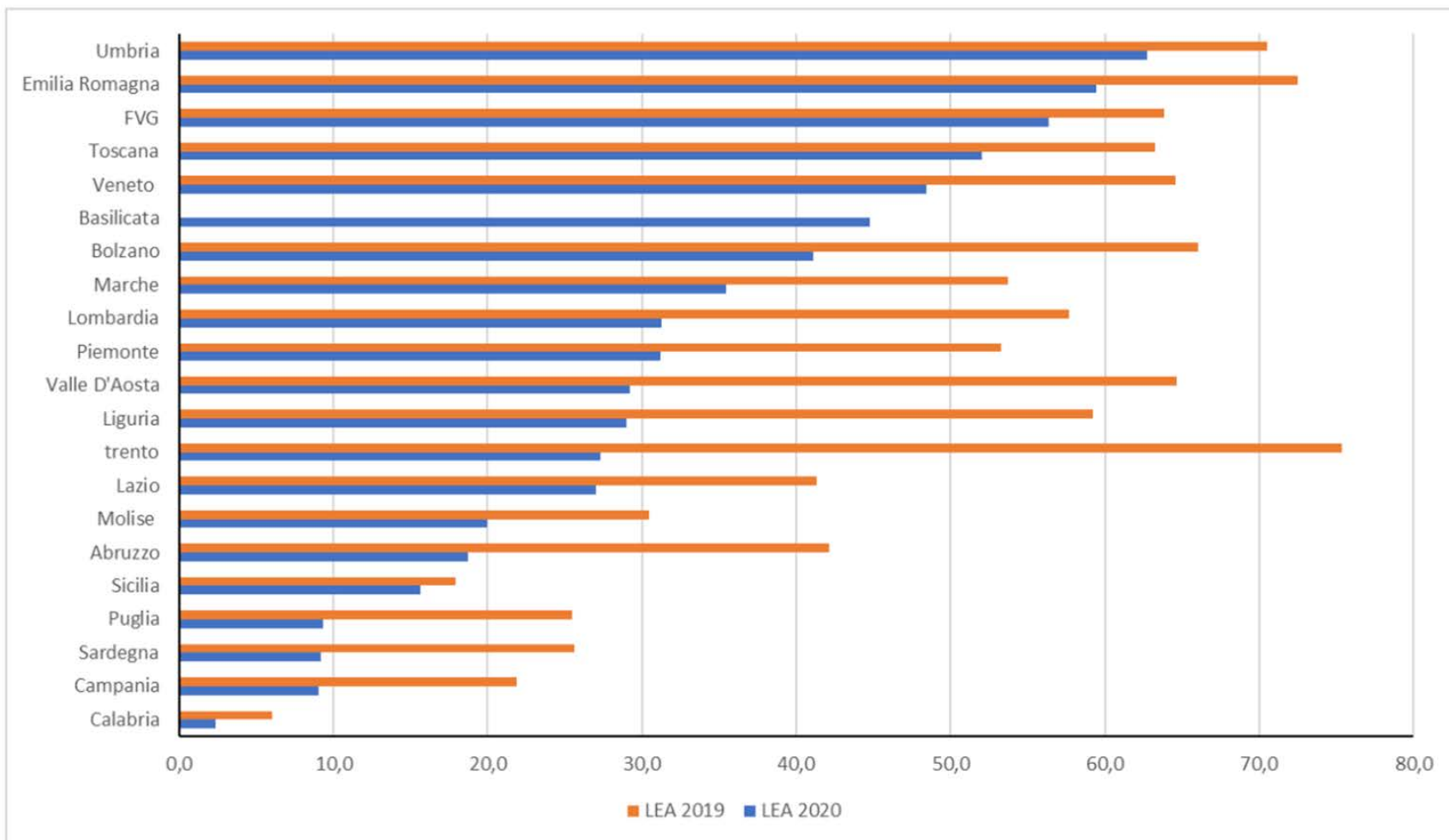
(0.9%) - (-63.1%)

Tabella 4. Screening mammografico. Confronto del periodo gennaio 2020 - maggio 2021 con periodo standard di riferimento stimato relativo al 2019: differenza in numero assoluto e in percentuale di donne esaminate (fascia 50-69 anni), stima del numero di casi di carcinoma mammario diagnosticati in meno e ritardo accumulato in mesi standard

Regione	Esami in meno gennaio 2020 - maggio 2021 (n.)	Esami in meno gennaio 2020 - maggio 2021 (%)	Tassi di identificazione attesi (x 1000 esaminate)	N. casi diagnosticati in meno [^]	Ritardo accumulato in mesi standard
Abruzzo [^]	-20.720	-38,6	4,2	-93	-6,6
Basilicata [^]	-17.386	-42,4	4,5	-71	-7,2
Bolzano PA	-6.978	-22,7	3,7	-33	-3,9
Campania	-55.067	-49,6	5,2	-160	-8,4
Calabria	-9.660	-65,8	2,8	-39	-11,2
Emilia Romagna	-17.410	-5,5	5,4	-96	-0,9
FVG	-15.177	-17,5	5,4	-87	-3,0
Lazio	-87.739	-35,6	3,6	-369	-6,0
Liguria	-42.996	-44,6	3,5	-133	-7,6
Lombardia	-191.445	-36,4	4,6	-842	-6,2
Marche	-26.544	-34,5	4,0	-106	-5,9
Molise	-4.776	-48,6	4,5	-17	-8,3
Piemonte	-90.641	-35,7	5,3	-499	-6,1
Puglia	-44.380	-34,3	3,2	-191	-5,8
Sardegna	-19.933	-43,4	2,0	-66	-7,4
Sicilia	-51.516	-35,5	3,4	-155	-6,0
Trento PA	-14.085	-36,4	5,3	-85	-6,2
Toscana	-34.486	-13,6	5,5	-179	-2,3
Umbria [*]	-6.014	-8,3	2,7	-20	-1,4
Valle d'Aosta	-6.024	-59,6	4,2	-27	-10,1
Veneto	-53.988	-28,5	5,2	-358	-4,8
ITALIA	-816.966	-28,5	4,4	-3558	-4,8

[^] Per un'Azienda della regione Abruzzo e per la regione Basilicata non è noto il periodo gennaio-maggio 2019, pertanto la stima 2019 è stata effettuata considerando 5/12 dell'attività annuale

Figura 2. Screening mammografico. Indicatore LEA di copertura – Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello complessivo e per Regione – Confronto anno 2019- 2020.



INDICATORI PANDEMICI

VADEMECUM PER LA GESTIONE E IL MONITORAGGIO DELLA RIPARTENZA DEI PROGRAMMI DI SCREENING MAMMOGRAFICO

REQUISITI STRUTTURALI		OBBIETTIVO	INDICATORI PROPOSTI
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Garantire strutture di erogazione in grado di effettuare gli esami in sicurezza ✓ Garantire un numero sufficiente di spazi per recuperare il progresso ✓ Garantire l'operatività del centro screening (invio lettere, call center, etc.) 	<p>1. Disponibilità sedi erogatrici con percorsi covid-free Numero sedi erogatrici con percorso covid-free / Totale sedi erogatrici attive in epoca pre-covid</p> <p>2. Disponibilità operatori screening Numero ore-persona mensili attualmente disponibili per attività screening / Numero medio ore-persona mensili disponibili negli ultimi tre mesi pre-covid</p> <p>3. Disponibilità dei piani di recupero Numero programmi-sedi che hanno definito un piano di recupero / Numero totale programmi-sedi erogatrici</p>
REQUISITI DI PROCESSO	Efficacia	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sostenere e promuovere l'adesione ✓ Garantire il più possibile l'intervallo di round 	<p>4. Adesione all'invito - Grezza: numero donne che effettuano una mammografia di screening / Numero donne invitate – inviti inesitati - Corretta: numero donne che effettuano una mammografia di screening / Numero donne invitate – inviti inesitati – donne escluse dopo invito</p> <p>5. Ritardo negli inviti – stima retrospettiva - Numero di persone invitate nel 2020 prima di T₀ / Numero di persone invitate nello stesso periodo nel 2019*</p> <p>6. Ritardo negli inviti – stima prospettica - Numero inviti da effettuare entro T₁ per coprire la popolazione target annuale / Numero inviti effettuati nello stesso periodo nel 2019*</p> <p>7. Riduzione donne esaminate – stima retrospettiva Numero di persone esaminate nel 2020 prima di T₀ / Numero di persone esaminate nello stesso periodo nel 2019</p> <p>8. Recupero donne esaminate – stima prospettica Numero persone da esaminare entro T₁ per eguagliare la popolazione esaminata nell'anno 2019* / Popolazione esaminata nello stesso periodo nell'anno 2019*</p> <p>9. Velocità di ripartenza - Numero inviti nel mese / Numero inviti nello stesso mese nel 2019* - Numero donne esaminate nel mese / Numero esaminate nello stesso mese nel 2019*</p> <p>10. Rispetto dell'intervallo di round Numero donne reinvitate entro l'intervallo di round da protocollo, elastico, o oltre / Totale donne invitate nel periodo in esame</p>
	Efficienza	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Massimizzare l'utilizzo degli slot concessi dagli enti erogatori 	<p>11. Capacità di erogazione alla ripartenza Numero massima di sedute disponibili al giorno (o a settimana) alla ripartenza / Numero massima sedute disponibili al giorno (o a settimana) nello stesso mese dell'anno precedente</p> <p>12. Tasso di perdita di efficienza delle sedute disponibili Numero esami NON erogati / Numero sedute disponibili e confronto con stesso mese anno precedente</p>
	Sicurezza	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Minimizzare il rischio infettivo correlato alla prestazione di screening 	<p>Non è identificato un indicatore quantitativo, ma si raccomanda che il coordinamento del programma prenda contatto con il servizio territorialmente competente per la gestione del fenomeno epidemico per ricevere notifiche tempestive su possibili esposizioni correlate al percorso di screening</p>
	Centralità della persona	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comunicare in modo trasparente le ragioni della sospensione e le modalità di ripartenza ✓ Garantire tempistiche di risposta e di trattamento adeguate 	<p>13. Disponibilità di informazioni su interruzione e ripartenza Numero programmi-sedi che hanno fornito informazioni su modalità ripresa / Totale programmi-sedi</p> <p>14. Rispetto dei tempi di attesa del percorso diagnostico-terapeutico - Intervallo tra la data di test e la data di invio della lettera di esito negativo - Intervallo tra data test e data di effettuazione dell'approfondimento - Intervallo tra la data test e la data dell'intervento</p>
	Appropriatezza	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Favorire il recupero del progresso all'interno del programma di screening limitando il ricorso alla stessa prestazione fuori dal programma e/o riconducendola entro il programma 	<p>15. Tasso di fuga verso il canale extra-screening Numero mammografie bilaterali di primo livello extra screening in fascia di età di screening in un certo periodo / Numero mammografie di primo livello extra screening nello stesso periodo nel 2019*</p>
	Equità	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evitare o contenere meccanismi di prioritizzazione degli inviti che accrescano le disuguaglianze 	<p>16. Tasso di occupazione degli slot con modalità di accesso volontario Numero slot dedicati ad accesso volontario nel periodo considerato / Totale slot periodo considerato</p>

* Si suggerisce di considerare come anno di confronto quello più vicino al volume di persone da invitare nel 2020, ad es. il 2018 potrebbe essere meglio del 2019 essendo la cadenza biennale, oppure una media tra 2018 e 2019

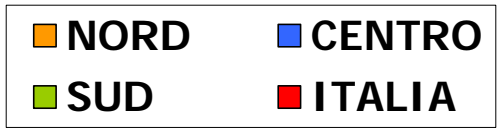
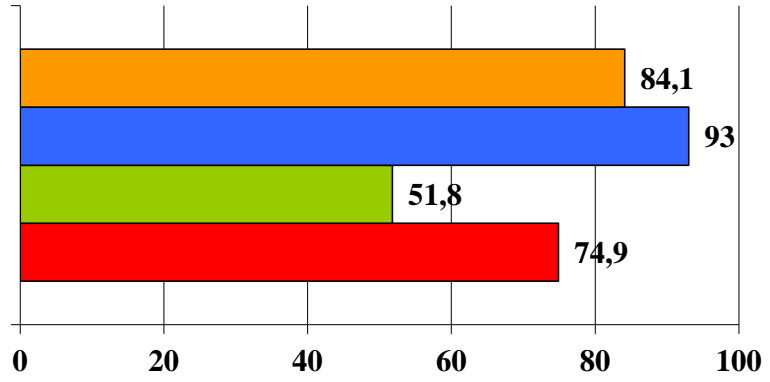
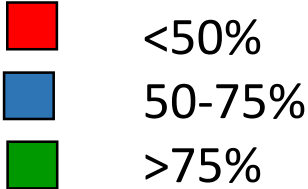
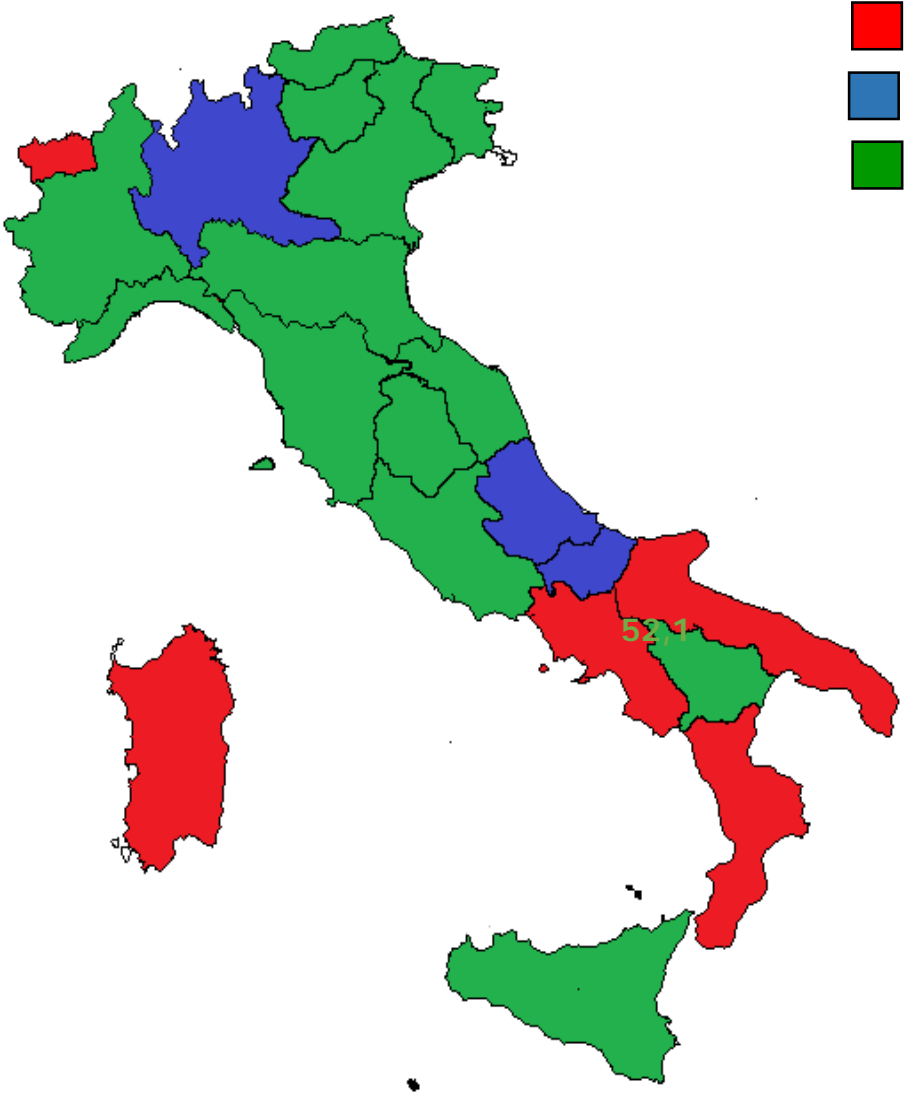
La partecipazione

Item	Descrizione
Denominazione	4. Adesione all'invito
Scopo	L'adesione è uno dei parametri fondamentali per valutare l'impatto e l'efficienza del programma nel ridurre la mortalità. Il tasso di adesione ha un effetto diretto e proporzionale sul risultato finale. Le modificazioni di tipo organizzativo legate all'emergenza covid, così come i suoi possibili impatti psicologici sulle donne rispetto alla disponibilità di aderire all'invito, possono determinare una modifica dell'adesione rispetto a quella abituale per il programma
Livello operativo di riferimento	L'indicatore può essere calcolato a livello regionale, di singolo programma oppure di ambito territoriale
Dati necessari e fonti dei dati	Gestionale o DWH Screening
Formula di calcolo	<p>Adesione grezza: Numero donne che effettuano una mammografia di screening / Numero donne invitate – inviti inesitati (in percentuale)</p> <p>Adesione corretta: Numero donne che effettuano una mammografia di screening / Numero donne invitate – inviti inesitati – donne escluse dopo invito (in percentuale)</p> <p>Considerare come donne invitate sia che quelle invitate per posta, sia contattate telefonicamente o per altre vie.</p> <p>Per i programmi che mantengono la modalità di invito con appuntamento prefissato, si considera come data di riferimento quella indicata sulla lettera di invito e si calcola la proporzione di donne che effettuano la mammografia nell'intervallo di tempo considerato per la rilevazione (1-2-3 mesi) sul totale di quelle invitate fino a 1-2-3 mesi prima. Il confronto con l'anno precedente è possibile ricalcolando allo stesso modo l'adesione tra le donne invitate nello stesso periodo (aderenti entro 1-2-3 mesi dalla data dell'appuntamento prefissato).</p> <p>Per i programmi che non prevedono più l'offerta di un appuntamento prefissato, si può calcolare la proporzione di rispondenti entro 2 mesi dalla data di invio delle lettere di invito (o del contatto, se effettuato con altre modalità, come mail o sms). Il denominatore è rappresentato dalle donne contattate o invitate con invito a fissare un appuntamento da fissare/confermare. In questo caso il confronto con l'anno precedente può essere fatto ricalcolando l'adesione tra le donne invitate nello stesso periodo, considerando le aderenti entro 1 mese dalla data dell'appuntamento prefissato (considerando che la consegna della lettera di invito richiede normalmente 1 mese).</p>
Stratificazione	Eventualmente per fasce di età, tipologia di invito (già aderenti, mai aderenti, etc.), ma per periodi molto brevi può oscillare casualmente. Possibile anche stratificare per modalità invito, se i numeri lo permettono
Periodicità della rilevazione	A differenza della rilevazione dell'adesione per finalità valutative, per cui si prevede un arco temporale solitamente pari all'anno, per la finalità di calcolo dell'indicatore in epoca covid si suggerisce una rilevazione mensile-trimestrale. Nel caso in cui non fosse possibile avere a disposizione i dati degli inviti inesitati si suggerisce di calcolare comunque l'indicatore senza gli inesitati e di utilizzare la stessa formula per il confronto con le rilevazioni nei mesi successivi e precedenti al covid
Letture dell'indicatore	Il calcolo dell'adesione con frequenza elevata e su aree territoriali di dimensioni inferiori al programma sono misure utili per tenere sotto controllo la propensione della popolazione ad aderire al programma e l'atteso di adesione per la programmazione delle sedute nei mesi successivi. Il confronto del dato complessivo post-COVID del 2020 con il dato relativo allo stesso periodo del 2019 calcolato all'epoca della raccolta dati per la survey ONS, seppure tardivo, rimane comunque la misura più valida dell'impatto complessivo del covid sull'adesione.

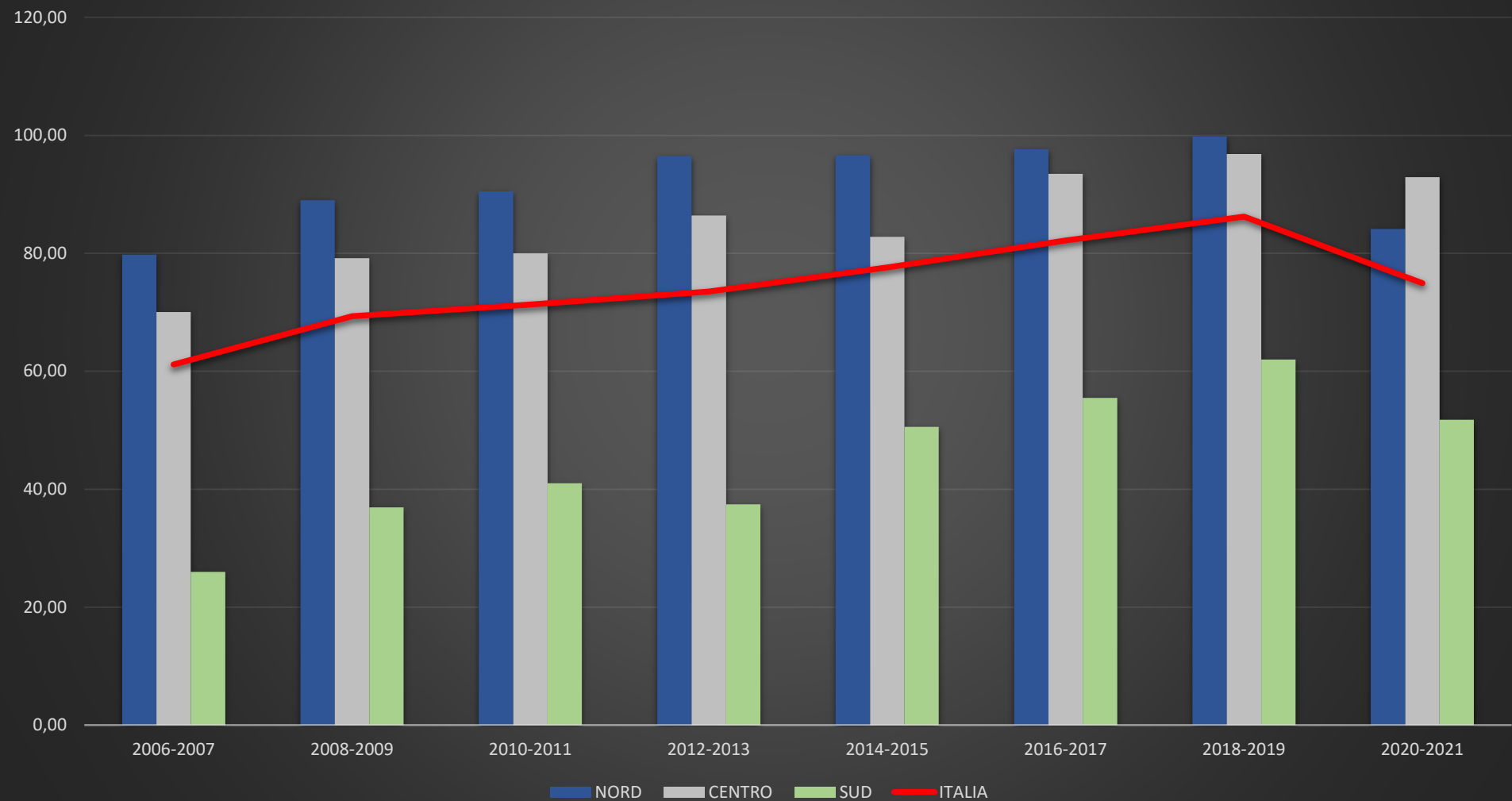
I dati più recenti ...



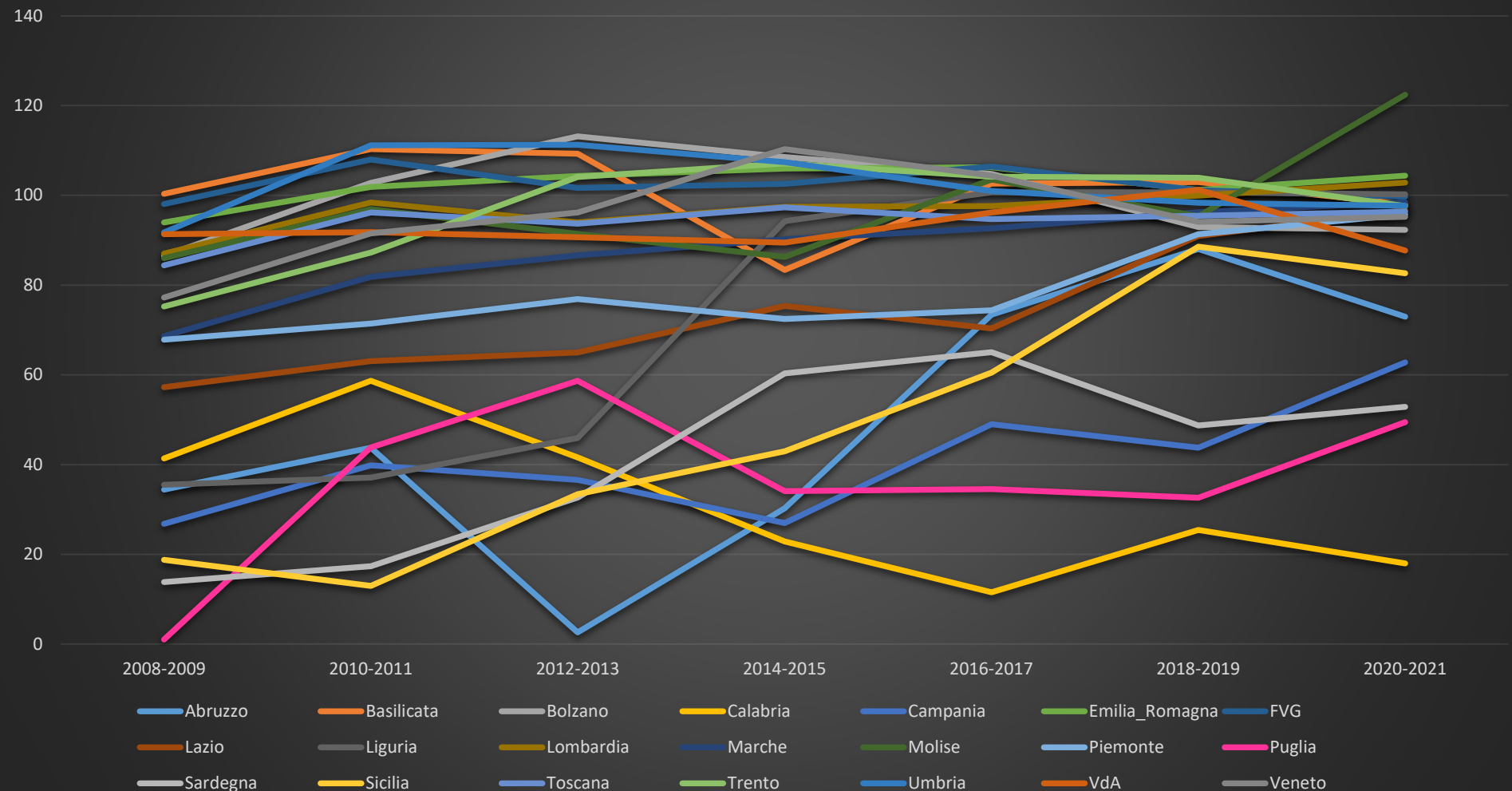
Copertura da inviti dei programmi di screening mammografico: 2021-2022



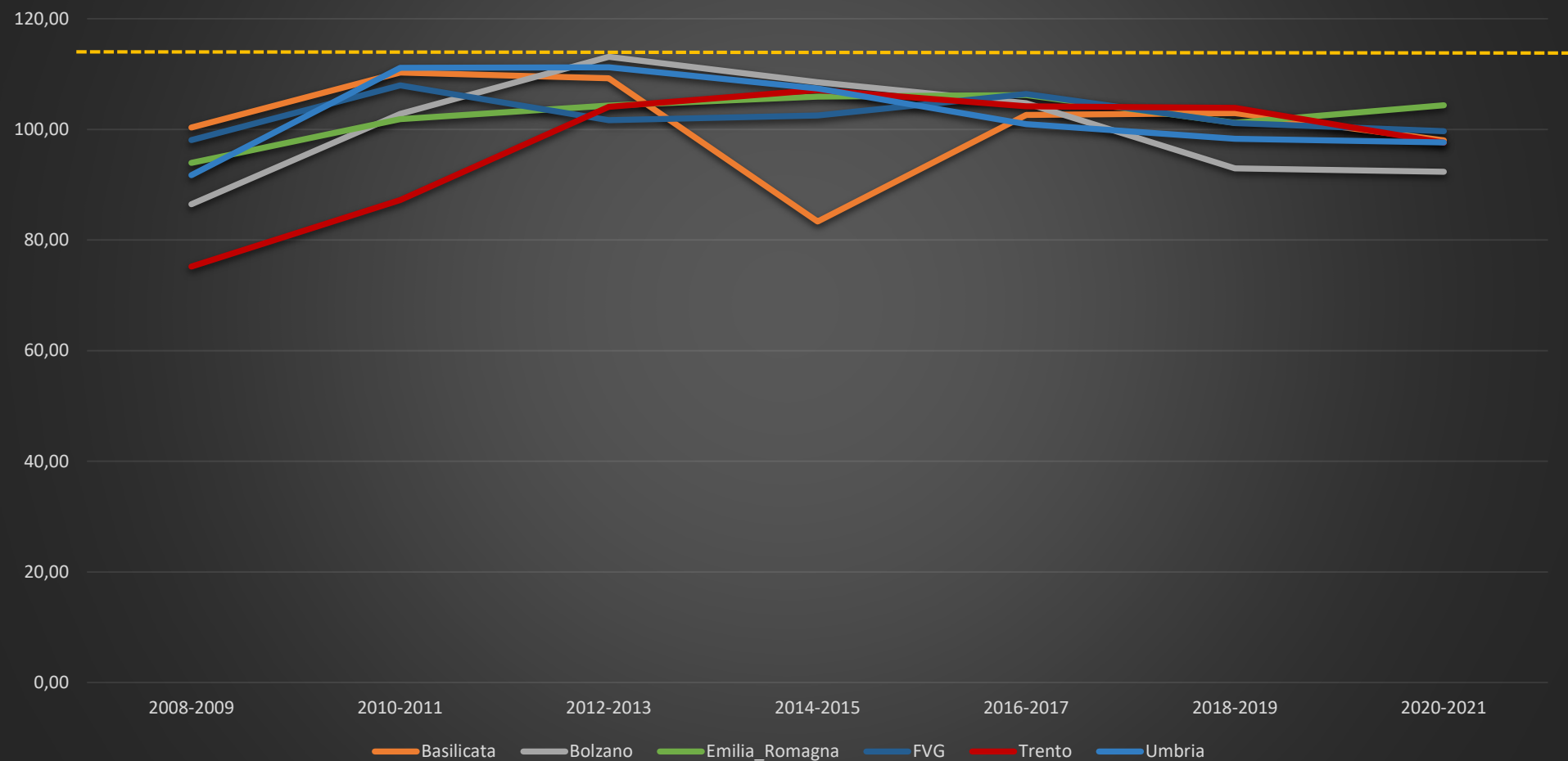
Copertura da inviti per macroaree-bienni (50-69 anni)



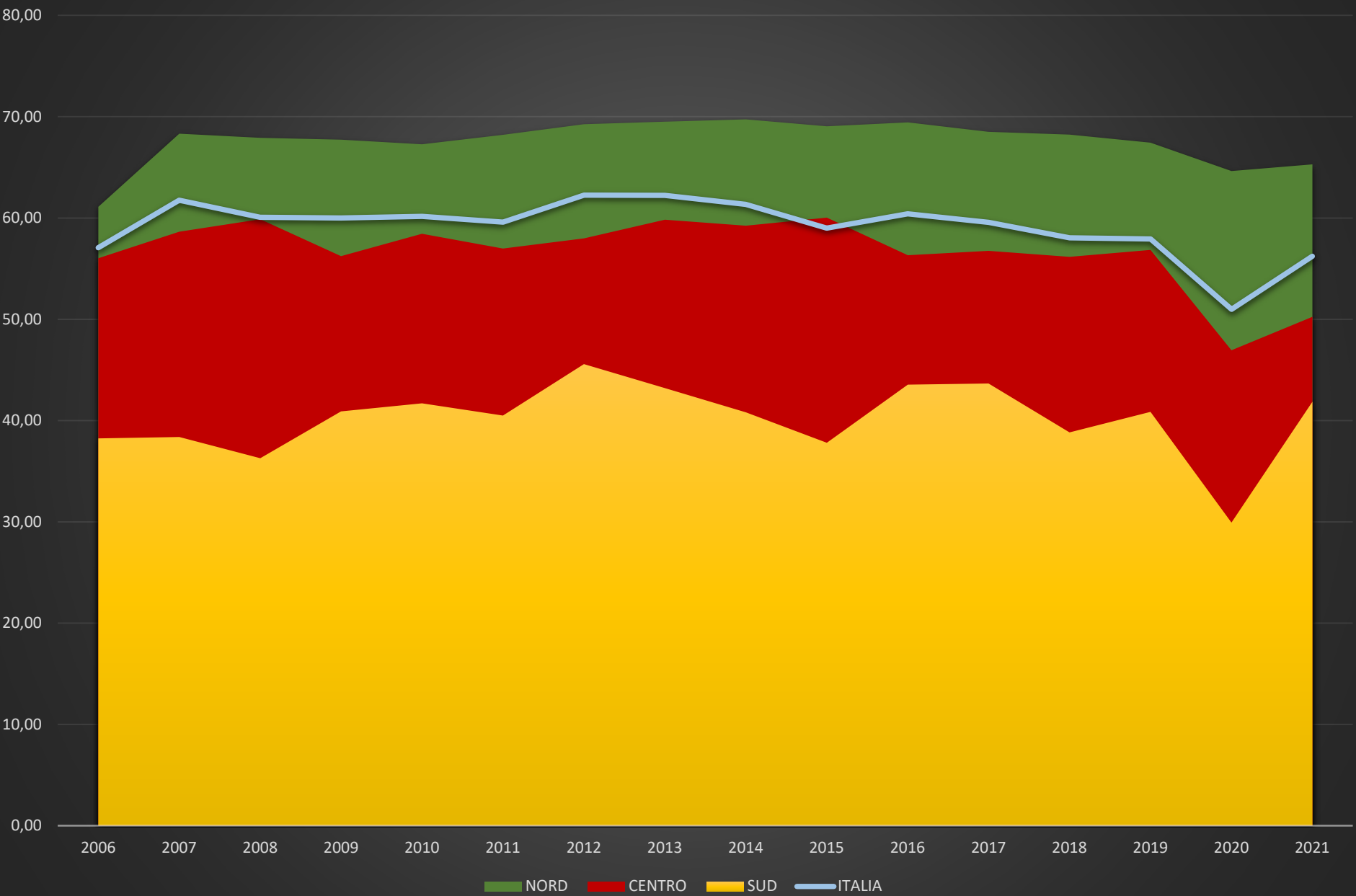
Copertura da inviti per regione – bienni (50-69 anni)



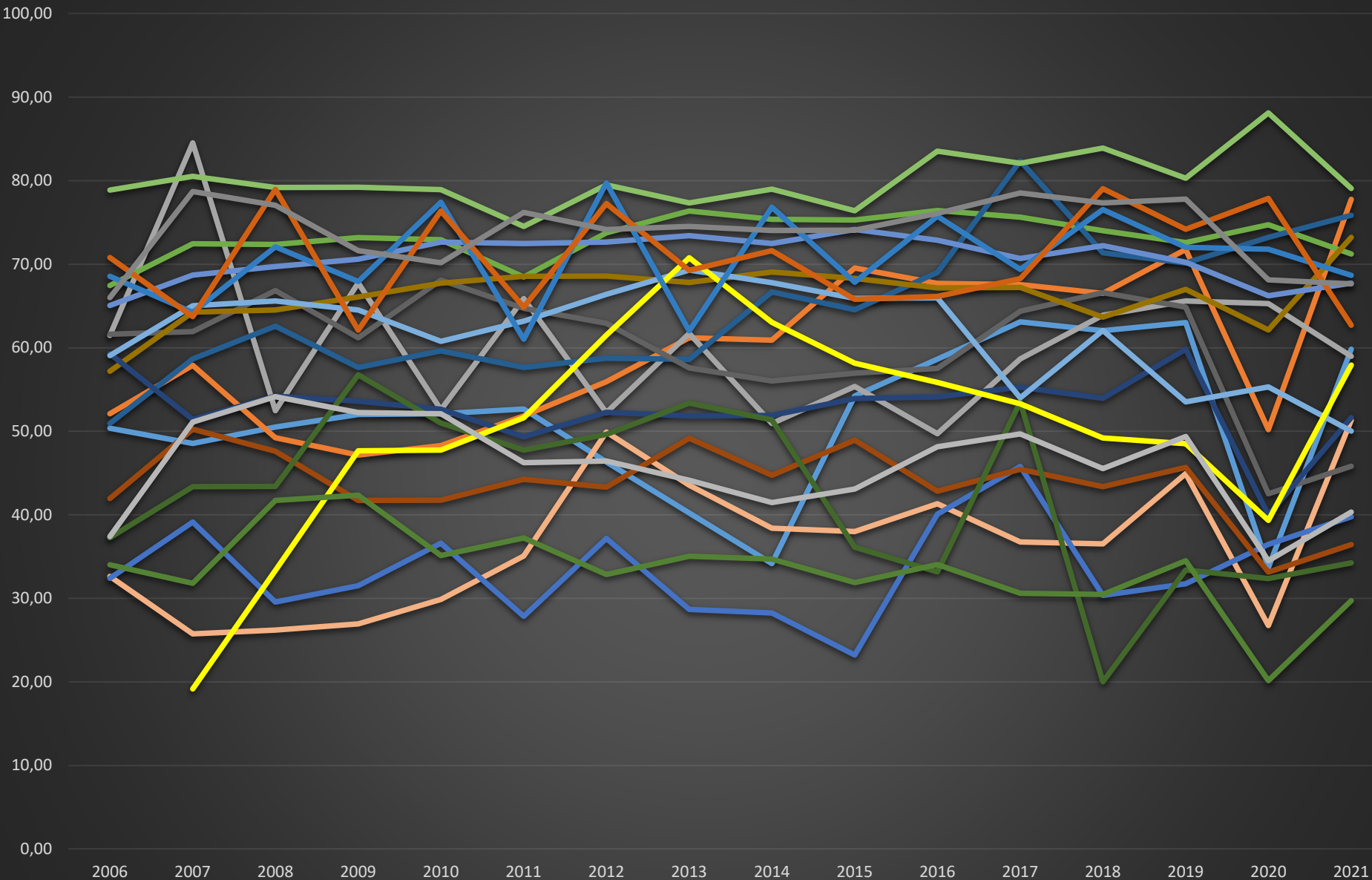
Copertura da inviti per regione – bienni (50-69 anni)



Partecipazione – macroaree 50-69 anni

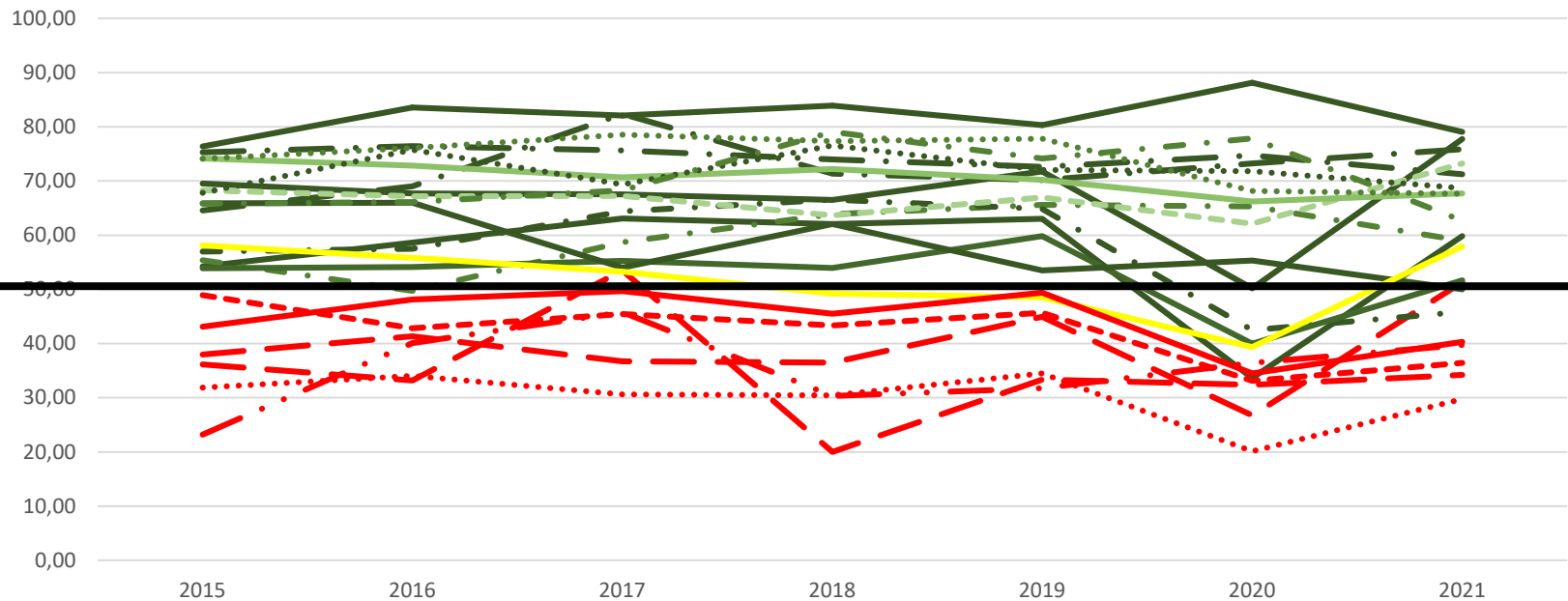


Partecipazione - Regioni

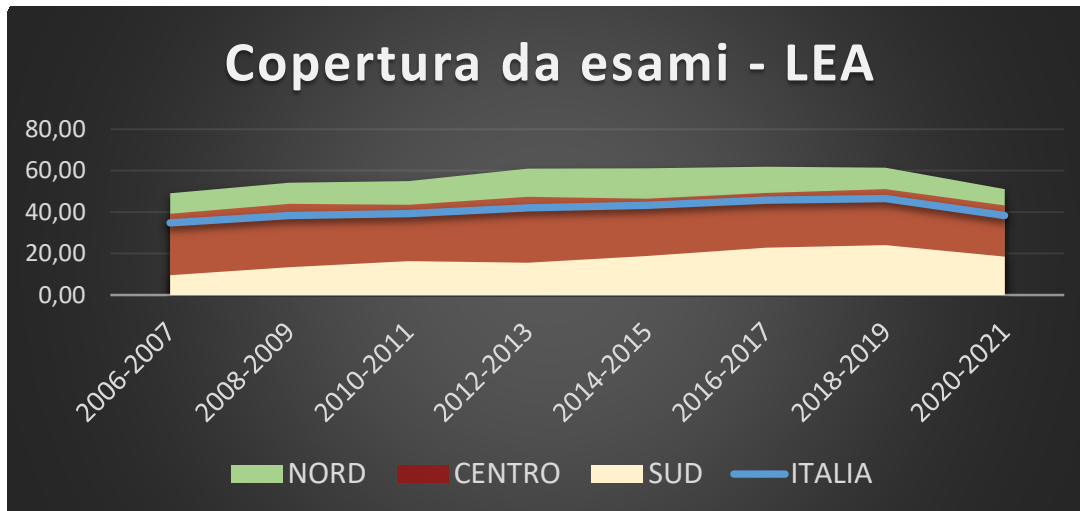
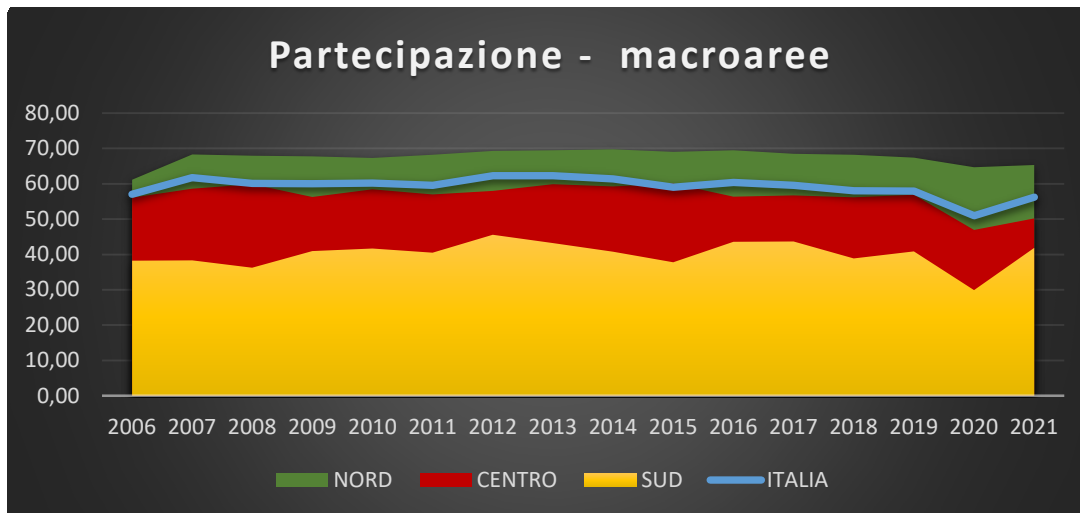
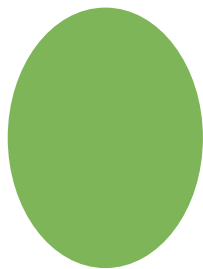


- | | | | | | | |
|------------|--------------|-------------|------------|------------|------------------|----------|
| — Abruzzo | — Basilicata | — Bolzano | — Calabria | — Campania | — Emilia_Romagna | — FVG |
| — Lazio | — Liguria | — Lombardia | — Marche | — Molise | — Piemonte | — Puglia |
| — Sardegna | — Sicilia | — Toscana | — Trento | — Umbria | — VdA | — Veneto |

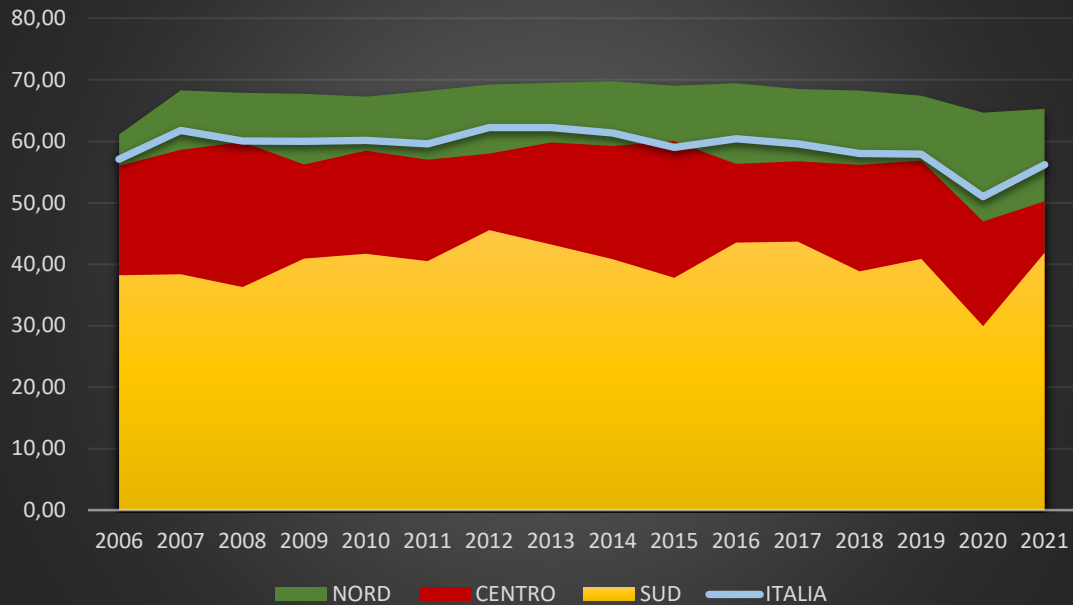
adesioni per regioni (2015-2021)



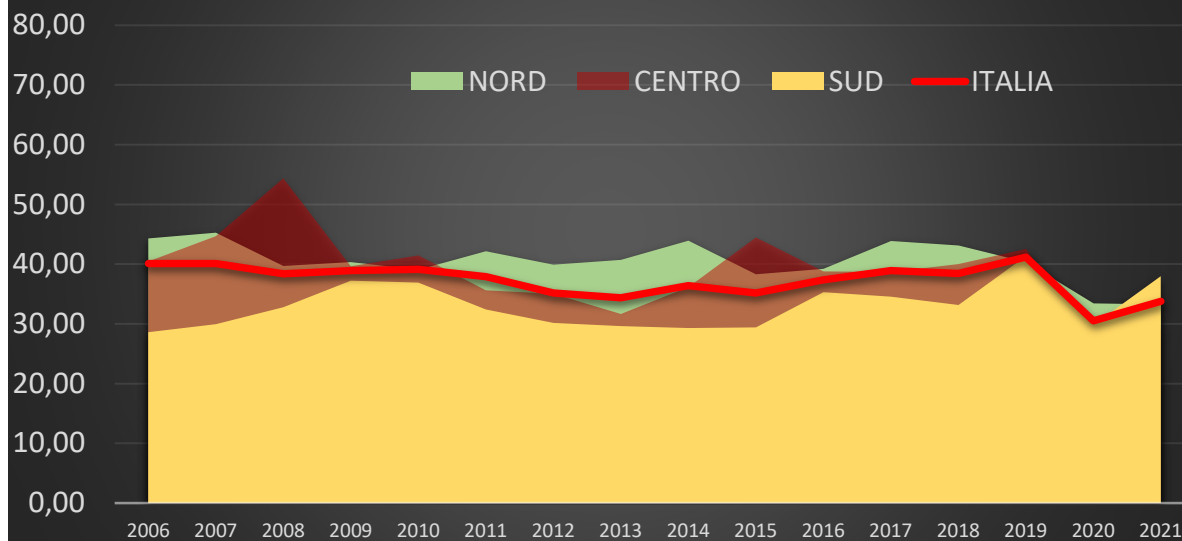
- | | | | | | |
|----------------|----------------|----------------|-----------------|----------------|----------------------|
| —•— Abruzzo | —•— Basilicata | —•••• Bolzano | —•••• Calabria | —•••• Campania | —•••• Emilia_Romagna |
| —•••• FVG | - - - Lazio | —•••• Liguria | —•••• Lombardia | —•••• Marche | —•••• Molise |
| —•••• Piemonte | — Puglia | —•••• Sardegna | ••••• Sicilia | —•••• Toscana | —•••• Trento |
| ••••• Umbria | —•••• VdA | ••••• Veneto | | | |



Partecipazione - macroaree



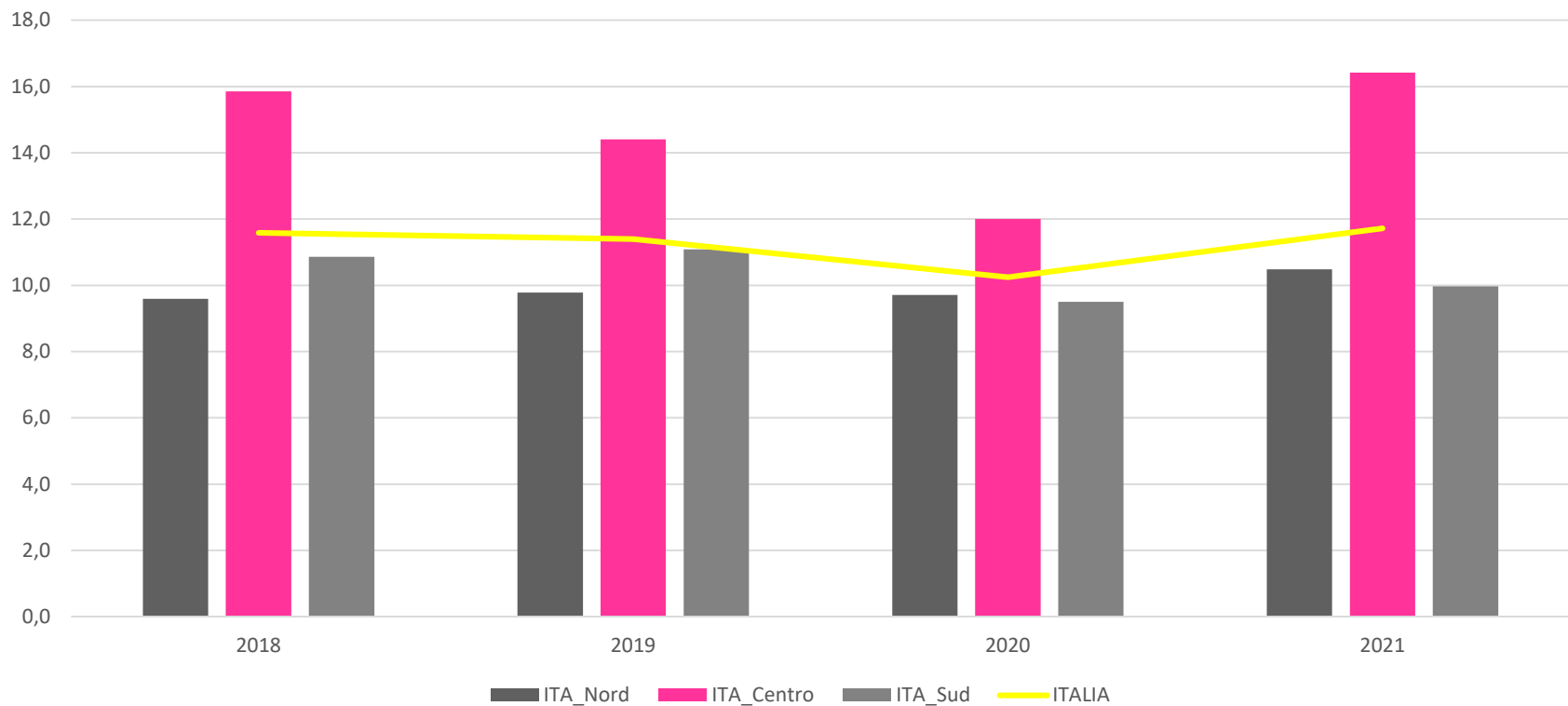
Partecipazione - macroaree - primo invito



I richiami per
approfondimento



RR primi esami (50-69 anni)



Regione	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Abruzzo	11.94	10.36	10.86	10.46	20.59	37.25	12.44	9.93	11.62	9.54	11.78	10.30	13.81	13.43	10.31	9.03
Basilicata	13.21	13.05	8.79	4.28	6.61	19.45		19.43	14.92	10.75	15.96	15.53	14.58	14.46	5.48	23.14
Bolzano	0.00	0.00	0.00	0.00	8.32	7.10	8.47	8.31	7.00	6.73	7.33	7.23	3.27	4.69	7.03	6.42
Calabria	11.17	13.70	9.55	6.67	10.07	10.09	9.79	11.19		8.95	5.42		6.46	6.91	7.60	12.51
Campania	12.24	8.67	9.18	50.07	7.12	11.94	4.49	3.66	8.77	8.85	7.79	7.97	12.99	13.51	11.21	10.51
Emilia_Romagn a	8.73	9.11	8.35	7.56	8.92	8.75	9.65	7.47	12.17	10.88	11.36	13.12	13.22	14.77	14.31	13.20
FVG	7.87	6.60	7.84	10.01	12.14	12.22	18.21	13.82	13.05	15.53	16.53	19.45	16.23	15.72	18.40	16.63
Lazio	5.34	5.54	7.06	7.25	6.88	5.15	10.29	12.38	10.72	6.99	11.87	12.11	16.20	16.02	19.12	20.13
Liguria	6.71	8.12	7.93	7.23	11.22	12.71	9.00	8.07	10.28	7.63	8.23	8.04	8.09	7.80	6.98	9.82
Lombardia	8.66	8.19	8.12	8.89	9.17	8.51	9.30	9.54	10.29	10.26	11.39	10.67	10.31	10.70	9.53	10.47
Marche	11.07	7.64	11.38	9.74	8.84	10.40	19.35	15.44	14.11	24.58	19.77	22.20	22.46	23.32	23.47	26.89
Molise		0.00	4.90	5.63	3.52		3.35	6.61	11.47	9.26	6.89	7.88	10.76		6.55	8.45
Piemonte	6.09	6.25	7.60	6.27	5.67	6.35	6.81	8.22	8.81	8.00	10.30	10.64	9.34	10.25	12.20	10.84
Puglia		5.27	3.90	5.93							10.62	15.08	15.28	18.13	14.15	11.82
Sardegna	6.29	6.50	5.57	9.42	8.70	9.14	8.96	9.04	7.06	6.75	7.44	7.99	6.25	9.59	8.49	9.31
Sicilia	2.64	6.64	9.67	11.40	3.64	2.69	8.19	6.77	5.58	7.27	7.55	7.76	8.06	6.98	7.89	11.19
Toscana	9.20	9.21	10.50	12.58	12.76	13.47	11.99	13.09	13.85	13.95	14.76	14.87	15.36	13.86	14.55	15.70
Trento	9.58	7.94	6.46	5.17	6.43	8.07	8.49	8.69	6.77	4.17	3.69	4.64	4.32	4.28	7.07	4.92
Umbria	7.95	6.90	4.49	5.30	4.13	8.52	8.23	12.50	16.23	16.13	17.07	17.09	13.60	17.02	16.88	18.84
VdA	10.17	10.36	11.44	8.87	10.50	8.50	9.25	9.25	9.09	11.30	8.58	6.73	8.06	11.15	7.84	
Veneto	6.87	8.13	9.49	10.60	8.75	10.26	8.64	9.90	10.45	10.84	10.78	10.15	9.92	10.49	10.62	11.31
ITA_Nord	6.6	6.6	6.6	7.2	8.0	8.4	8.6	8.7	9.8	9.3	10.1	9.8	9.6	9.8	9.7	10.5
ITA_Centro	5.8	5.8	6.7	7.8	8.2	6.7	10.4	12.4	11.6	10.0	13.1	11.7	15.9	14.4	12.0	16.4
ITA_Sud	6.1	6.7	3.0	2.7	6.5	8.2	7.0	6.4	6.2	7.0	6.6	9.2	10.9	11.1	9.5	10.0
ITALIA	6.3	6.4	5.8	6.0	7.9	7.9	8.8	9.2	9.4	8.7	9.8	10.2	11.6	11.4	10.2	11.7

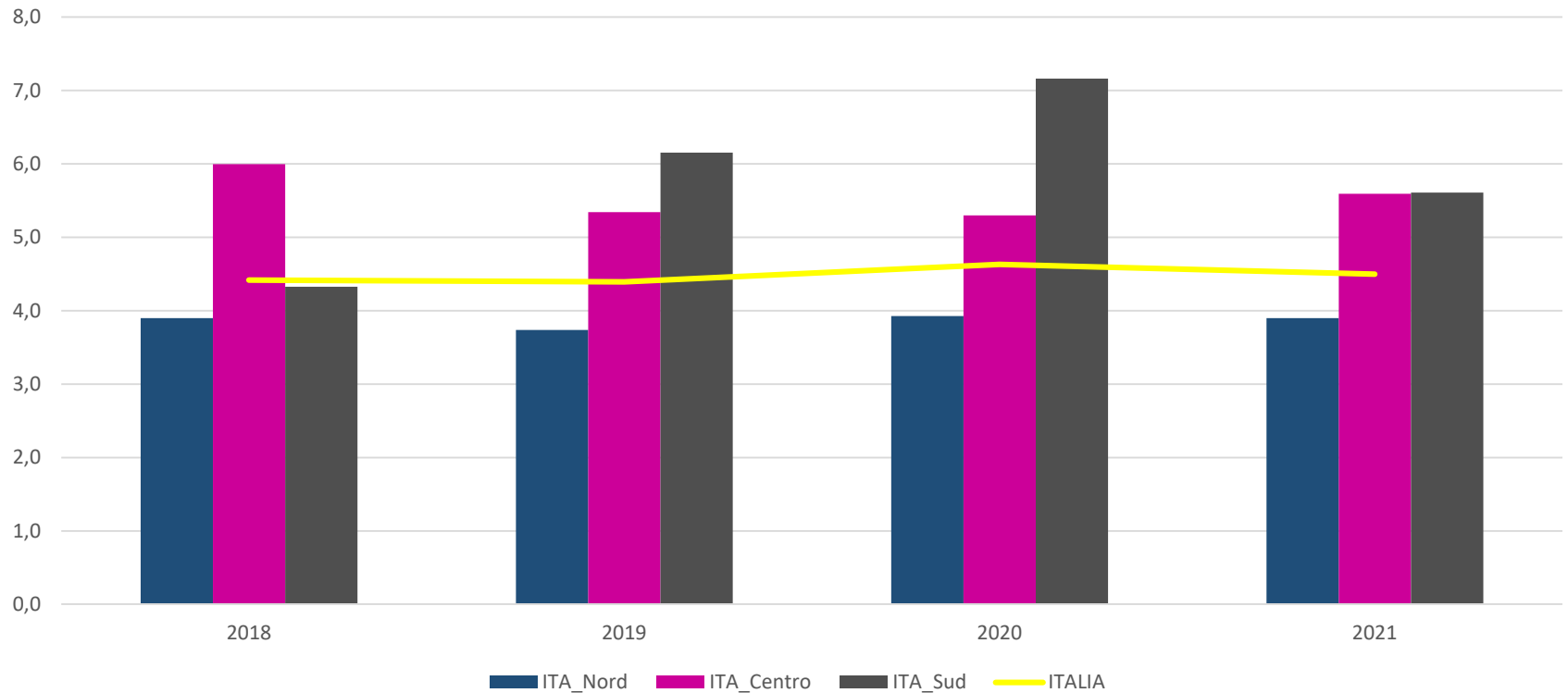
Primi esami: RR >= 7%

Regione	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Abruzzo	11.94	10.36	10.86	10.46	20.59	37.25	12.44	9.93	11.62	9.54	11.78	10.30	13.81	13.43	10.31	9.03
Basilicata	13.21	13.05	8.79	4.28	6.61	19.45		19.43	14.92	10.75	15.96	15.53	14.58	14.46	5.48	23.14
Bolzano	0.00	0.00	0.00	0.00	8.32	7.10	8.47	8.31	7.00	6.73	7.33	7.23	3.27	4.69	7.03	6.42
Calabria	11.17	13.70	9.55	6.67	10.07	10.09	9.79	11.19		8.95	5.42		6.46	6.91	7.60	12.51
Campania	12.24	8.67	9.18	50.07	7.12	11.94	4.49	3.66	8.77	8.85	7.79	7.97	12.99	13.51	11.21	10.51
Emilia_Romagna	8.73	9.11	8.35	7.56	8.92	8.75	9.65	7.47	12.17	10.88	11.36	13.12	13.22	14.77	14.31	13.20
FVG	7.87	6.60	7.84	10.01	12.14	12.22	18.21	13.82	13.05	15.53	16.53	19.45	16.23	15.72	18.40	16.63
Lazio	5.34	5.54	7.06	7.25	6.88	5.15	10.29	12.38	10.72	6.99	11.87	12.11	16.20	16.02	19.12	20.13
Liguria	6.71	8.12	7.93	7.23	11.22	12.71	9.00	8.07	10.28	7.63	8.23	8.04	8.09	7.80	6.98	9.82
Lombardia	8.66	8.19	8.12	8.89	9.17	8.51	9.30	9.54	10.29	10.26	11.39	10.67	10.31	10.70	9.53	10.47
Marche	11.07	7.64	11.38	9.74	8.84	10.40	19.35	15.44	14.11	24.58	19.77	22.20	22.46	23.32	23.47	26.89
Molise		0.00	4.90	5.63	3.52		3.35	6.61	11.47	9.26	6.89	7.88	10.76		6.55	8.45
Piemonte	6.09	6.25	7.60	6.27	5.67	6.35	6.81	8.22	8.81	8.00	10.30	10.64	9.34	10.25	12.20	10.84
Puglia		5.27	3.90	5.93							10.62	15.08	15.28	18.13	14.15	11.82
Sardegna	6.29	6.50	5.57	9.42	8.70	9.14	8.96	9.04	7.06	6.75	7.44	7.99	6.25	9.59	8.49	9.31
Sicilia	2.64	6.64	9.67	11.40	3.64	2.69	8.19	6.77	5.58	7.27	7.55	7.76	8.06	6.98	7.89	11.19
Toscana	9.20	9.21	10.50	12.58	12.76	13.47	11.99	13.09	13.85	13.95	14.76	14.87	15.36	13.86	14.55	15.70
Trento	9.58	7.94	6.46	5.17	6.43	8.07	8.49	8.69	6.77	4.17	3.69	4.64	4.32	4.28	7.07	4.92
Umbria	7.95	6.90	4.49	5.30	4.13	8.52	8.23	12.50	16.23	16.13	17.07	17.09	13.60	17.02	16.88	18.84
VdA	10.17	10.36	11.44	8.87	10.50	8.50	9.25	9.25	9.09	11.30	8.58	6.73	8.06	11.15	7.84	
Veneto	6.87	8.13	9.49	10.60	8.75	10.26	8.64	9.90	10.45	10.84	10.78	10.15	9.92	10.49	10.62	11.31
ITA_Nord	6.6	6.6	6.6	7.2	8.0	8.4	8.6	8.7	9.8	9.3	10.1	9.8	9.6	9.8	9.7	10.5
ITA_Centro	5.8	5.8	6.7	7.8	8.2	6.7	10.4	12.4	11.6	10.0	13.1	11.7	15.9	14.4	12.0	16.4
ITA_Sud	6.1	6.7	3.0	2.7	6.5	8.2	7.0	6.4	6.2	7.0	6.6	9.2	10.9	11.1	9.5	10.0
ITALIA	6.3	6.4	5.8	6.0	7.9	7.9	8.8	9.2	9.4	8.7	9.8	10.2	11.6	11.4	10.2	11.7

Primi esami: RR >= 7%

Primi esami: RR >= 10%

RR: esami successivi (50-69 anni)



Regione	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Abruzzo	2.15	1.28	9.54	9.54	8.84	5.69			4.68	6.75	6.27	5.37	4.57	4.53	5.10	6.62
Basilicata	4.71	5.50	3.93	1.87	2.17	7.07		5.34	5.68	3.63	4.16	5.05	4.51	4.44	5.77	5.07
Bolzano	0.00	0.00	0.00	0.00	4.21	3.57	3.58	3.57	3.65	4.03	3.91	3.68	2.79	2.83	3.95	4.69
Calabria			9.05	9.61	8.57	9.91	7.05	6.08	3.29		7.78			25.36	3.12	10.17
Campania	5.63	2.73	12.20	40.66	8.79	10.46	5.23	5.80	5.65	3.75	9.15	7.25	9.77	15.04	12.98	10.65
Emilia_Romagna	3.52	3.47	3.65	3.55	3.45	3.76	3.96	4.04	4.22	4.39	4.24	4.67	4.07	4.37	4.31	3.80
FVG			3.10	3.56	3.98	4.36	5.95	5.15	5.15	5.18	5.92	5.92	4.66	4.15	4.58	4.72
Lazio	4.73	3.17	3.63	5.15	4.22	5.02	5.08	5.24	5.87	4.96	5.86	6.40	6.85	6.24	7.60	8.01
Liguria	6.76	6.05	6.57	5.42	5.09	6.50	5.47	5.39	5.41	5.48	4.33	4.91	4.43	3.75	4.26	5.38
Lombardia	4.36	4.47	4.34	4.55	4.95	4.49	4.61	4.54	4.60	4.45	4.65	4.22	4.34	4.29	4.45	4.53
Marche	7.54	7.34	7.18	9.87	9.61	8.42	8.86	9.74	8.34	7.52	6.87	5.81	6.03	7.06	6.65	6.39
Molise		5.56	2.75	2.61	2.43		2.76	2.43	3.21	6.51	6.96	5.01	5.43		4.82	3.76
Piemonte	3.72	3.60	3.63	3.04	3.25	3.20	3.46	3.43	3.44	3.62	3.79	4.15	4.51	3.95	4.78	4.53
Puglia					5.98	5.43	5.82	9.10	9.65	8.86	5.26	4.83	5.70	7.61	5.37	4.86
Sardegna				2.75	2.69	4.44	6.44	5.32	3.48	4.31	4.95	5.04	3.93	4.85	5.31	4.97
Sicilia		9.41	7.77	10.76	2.25	0.64	9.93	2.19	2.77	2.37	2.67	5.58	3.20	3.31	5.75	3.79
Toscana	5.28	5.01	5.23	5.76	5.76	6.29	5.99	5.99	5.48	5.97	5.71	6.06	6.37	6.36	6.37	5.91
Trento	4.25	3.51	2.23	1.80	2.70	3.36	3.00	3.53	2.62	2.32	2.00	1.76	1.67	1.62	3.56	2.29
Umbria	5.50	4.89	3.12	3.79	2.82	3.30	3.14	5.58	5.58	5.49	5.48	6.07	5.47	5.64	5.40	5.91
VdA	6.18	6.22	4.65	4.69	3.98	4.43	5.30	4.14	4.23	4.89	4.48	3.47	8.67	3.61	14.24	
Veneto	3.04	3.60	11.68	10.87	4.05	4.26	3.79	3.88	3.83	4.31	4.33	4.29	4.43	4.40	4.17	4.23
ITA_Nord	3.2	3.3	3.2	3.5	3.6	3.9	3.9	3.9	4.0	4.0	4.0	4.0	3.9	3.7	3.9	3.9
ITA_Centro	3.7	4.1	3.6	4.4	4.6	5.1	5.1	5.8	5.6	5.5	5.3	5.0	6.0	5.3	5.3	5.6
ITA_Sud	2.0	1.3	5.8	6.2	1.5	2.4	2.4	2.3	2.4	1.9	2.6	4.6	4.3	6.2	7.2	5.6
ITALIA	3.2	3.3	3.5	3.8	3.6	4.0	4.1	4.2	4.1	4.1	4.1	4.3	4.4	4.4	4.6	4.5

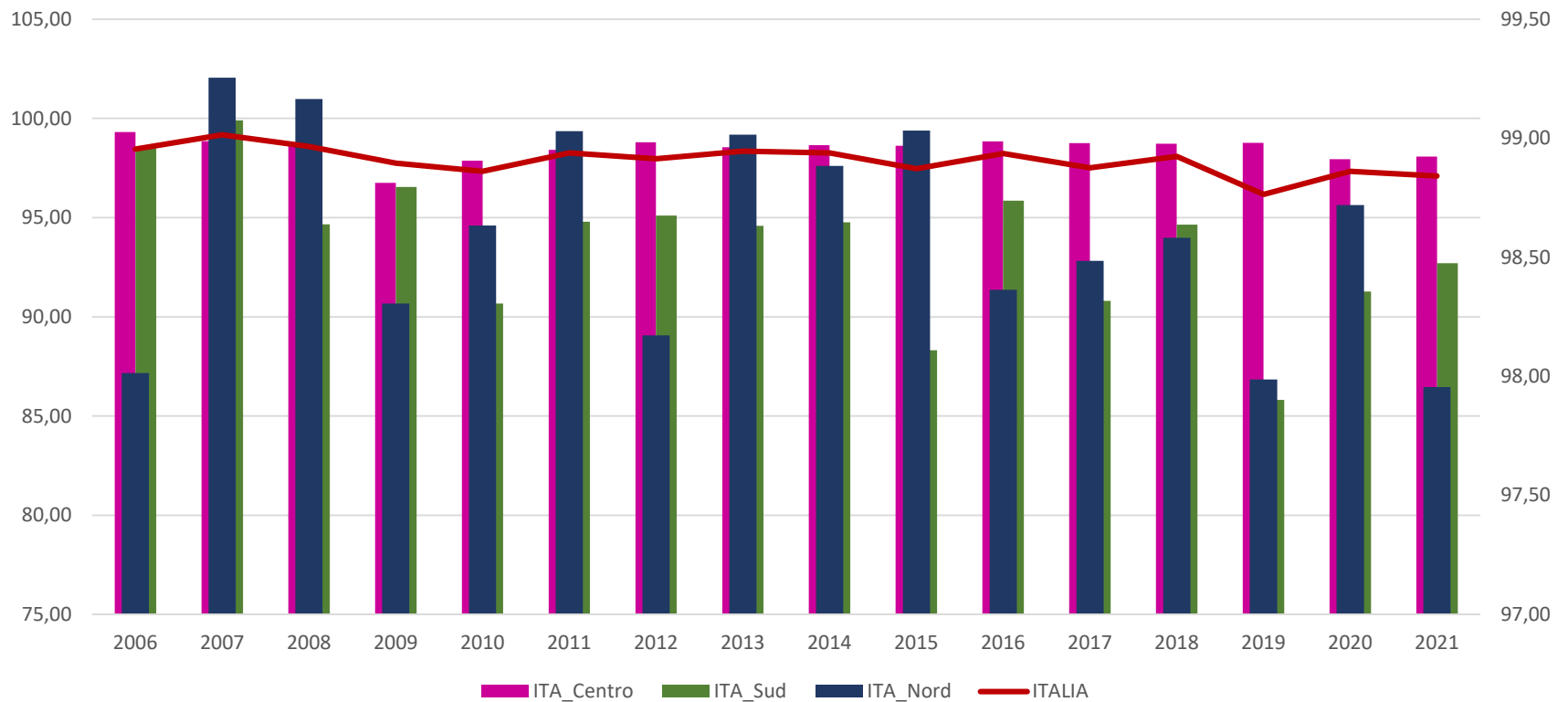
Esami successivi: RR >= 5%

Regione	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Abruzzo	2.15	1.28	9.54	9.54	8.84	5.69			4.68	6.75	6.27	5.37	4.57	4.53	5.10	6.62
Basilicata	4.71	5.50	3.93	1.87	2.17	7.07		5.34	5.68	3.63	4.16	5.05	4.51	4.44	5.77	5.07
Bolzano	0.00	0.00	0.00	0.00	4.21	3.57	3.58	3.57	3.65	4.03	3.91	3.68	2.79	2.83	3.95	4.69
Calabria			9.05	9.61	8.57	9.91	7.05	6.08	3.29		7.78			25.36	3.12	10.17
Campania	5.63	2.73	12.20	40.66	8.79	10.46	5.23	5.80	5.65	3.75	9.15	7.25	9.77	15.04	12.98	10.65
Emilia_Romagna	3.52	3.47	3.65	3.55	3.45	3.76	3.96	4.04	4.22	4.39	4.24	4.67	4.07	4.37	4.31	3.80
FVG			3.10	3.56	3.98	4.36	5.95	5.15	5.15	5.18	5.92	5.92	4.66	4.15	4.58	4.72
Lazio	4.73	3.17	3.63	5.15	4.22	5.02	5.08	5.24	5.87	4.96	5.86	6.40	6.85	6.24	7.60	8.01
Liguria	6.76	6.05	6.57	5.42	5.09	6.50	5.47	5.39	5.41	5.48	4.33	4.91	4.43	3.75	4.26	5.38
Lombardia	4.36	4.47	4.34	4.55	4.95	4.49	4.61	4.54	4.60	4.45	4.65	4.22	4.34	4.29	4.45	4.53
Marche	7.54	7.34	7.18	9.87	9.61	8.42	8.86	9.74	8.34	7.52	6.87	5.81	6.03	7.06	6.65	6.39
Molise		5.56	2.75	2.61	2.43		2.76	2.43	3.21	6.51	6.96	5.01	5.43		4.82	3.76
Piemonte	3.72	3.60	3.63	3.04	3.25	3.20	3.46	3.43	3.44	3.62	3.79	4.15	4.51	3.95	4.78	4.53
Puglia					5.98	5.43	5.82	9.10	9.65	8.86	5.26	4.83	5.70	7.61	5.37	4.86
Sardegna				2.75	2.69	4.44	6.44	5.32	3.48	4.31	4.95	5.04	3.93	4.85	5.31	4.97
Sicilia		9.41	7.77	10.76	2.25	0.64	9.93	2.19	2.77	2.37	2.67	5.58	3.20	3.31	5.75	3.79
Toscana	5.28	5.01	5.23	5.76	5.76	6.29	5.99	5.99	5.48	5.97	5.71	6.06	6.37	6.36	6.37	5.91
Trento	4.25	3.51	2.23	1.80	2.70	3.36	3.00	3.53	2.62	2.32	2.00	1.76	1.67	1.62	3.56	2.29
Umbria	5.50	4.89	3.12	3.79	2.82	3.30	3.14	5.58	5.58	5.49	5.48	6.07	5.47	5.64	5.40	5.91
VdA	6.18	6.22	4.65	4.69	3.98	4.43	5.30	4.14	4.23	4.89	4.48	3.47	8.67	3.61	14.24	
Veneto	3.04	3.60	11.68	10.87	4.05	4.26	3.79	3.88	3.83	4.31	4.33	4.29	4.43	4.40	4.17	4.23
ITA_Nord	3.2	3.3	3.2	3.5	3.6	3.9	3.9	3.9	4.0	4.0	4.0	4.0	3.9	3.7	3.9	3.9
ITA_Centro	3.7	4.1	3.6	4.4	4.6	5.1	5.1	5.8	5.6	5.5	5.3	5.0	6.0	5.3	5.3	5.6
ITA_Sud	2.0	1.3	5.8	6.2	1.5	2.4	2.4	2.3	2.4	1.9	2.6	4.6	4.3	6.2	7.2	5.6
ITALIA	3.2	3.3	3.5	3.8	3.6	4.0	4.1	4.2	4.1	4.1	4.1	4.3	4.4	4.4	4.6	4.5

Esami successivi: RR >= 5%

Esami successivi: RR >= 7%

Esami successivi: adesioni all'approfondimento



A surreal landscape featuring rolling, grassy hills under a bright blue sky with scattered white clouds. A tall, dark ladder stands vertically on the left side of the frame, extending from the ground to the top of the image. The overall scene is bright and open, suggesting a vast, unexplored space.

Il futuro?

EXAMINATION COVERAGE 2019



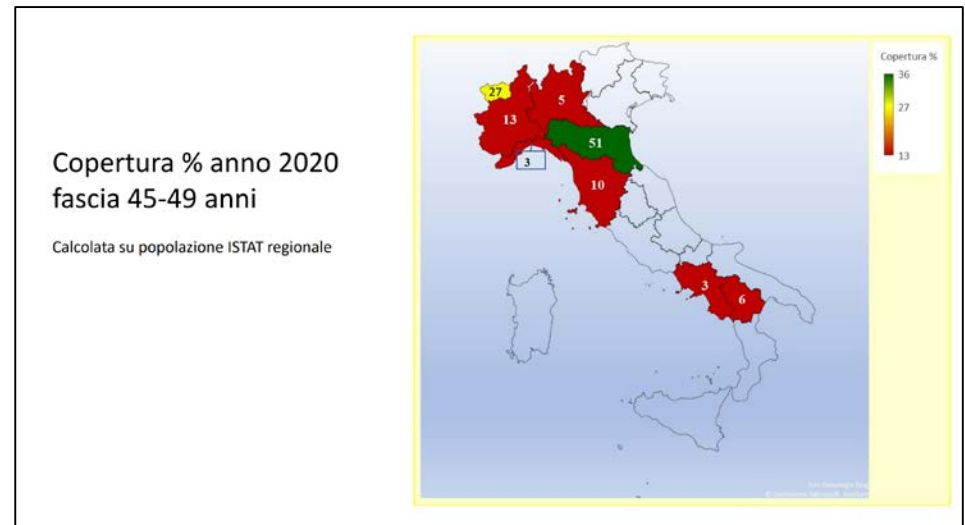
Regions/programmes including women 45-49 years (2020)

Regioni

- Basilicata
- Emilia-Romagna
- Lombardia
- Piemonte (adesione spontanea e poi invito attivo)
- Valle d'Aosta (adesione spontanea e poi invito attivo)

Programmi

- Caserta Napoli 1 biennale
- Napoli 2 intervallo 12-18 mesi qui calcolato annuale
- Napoli 3 intervallo non specificato qui calcolato biennale
- La Spezia Firenze, Grosseto, Livorno, Lucca, Massa Carrara, Pistoia, Siena, Viareggio (8 di 12)



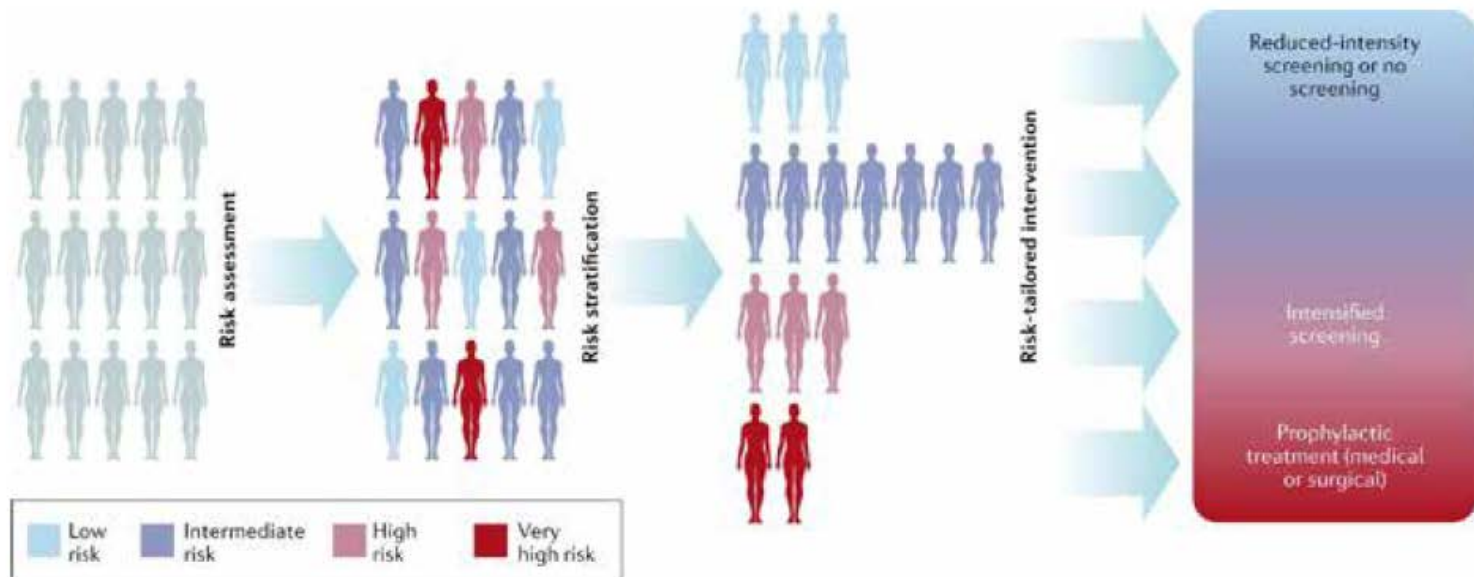


Figure 2. Risk stratification strategies for breast cancer (Pashayan et al., 2020)

RISK STRATIFICATION

Personalized screening: an opportunity to be taken?

Yes, it is timely and appropriate to take the opportunity to experiment with this approach

Caveat:

Field of research

Accurate evaluation of outcomes

Cost-effectiveness assessment

Assessment of feasibility at the level of organized population screening (e.g., when is individual risk assessed? what organizational arrangements does it involve? what and how many staff resources?)

Assessment of the psychological impact of risk communication

The issue of breast density

The issue of breast density

Heterogeneous classification (BIRADS/Wolfe, % dense breast).

Subjectivity of interpretation

Real technical problem

Improvement of measurement through the use of quantitative and semiquantitative density calculation algorithms

Le 'conclusioni' nel tempo

GISMA 2013
Conclusioni
EQUITA' estensione
SUD tempi di attesa
servizi senza un piano
geografico
CRISI ECONOMICA
effetti al SUD

GISMA 2014
Conclusione
Similitudine
alcune
richiami per
raccolta
informazioni
...)

GISMA 2015
Possibilità
struttura
regioni

GISMA 2016
Conclusioni... quelle del 2013
• Estensione e adesione buoni livelli
programmi con livelli troppo bassi
• Tassi di richiamo globali adeguati
alcune realtà livelli critici di
• Indicatori diagnostici buoni
avanzati (ancora troppi
difficoltà organizzative
approfondimenti •

GISMA 2017
Da apprezzare l'incremento di estensione ed
adesione rispetto al biennio precedente,
anche se non ancora a livelli accettabili in
alcune realtà regionali
- Permane la difficoltà di alcune regioni
garantire continuità nel servizio e nel
flusso informativo
- Gli indicatori delineano un Sud a 2 marce..

GISMA 2018
Conclusioni
• In futuro, è auspicabile che le Breast Unit
contribuiscono sempre di più al monitoraggio
della qualità dei casi SD e non:
• Inserimento dati in SQTM
• Oppure tramite l'alimentazione del tracciato
di SQTM attraverso data linkage con i flussi
sanitari correnti (cartella clinica informatizzata
o altri software)
• Importante è inserire provenienza caso
formato
• Fondamentale dotarsi personale dedicato e

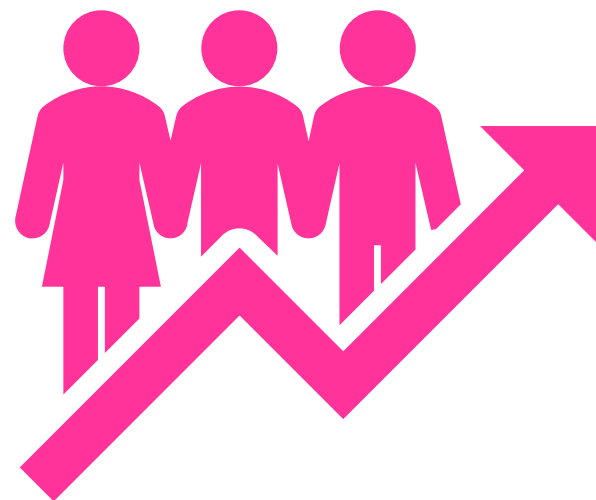
GISMA 2019
• PERDITA DATI: Dati diagnostici e di approfondimento non
mi permette di rendere conto e di 'rendere conto' di quanto e come sto lavorando


A screening programme **is not just a single test** (essential but not sufficient element...) but a **process** and a pathway which include diagnosis and treatment



La sfida continua

- Continuare a lavorare insieme per ridurre le disuguaglianze tra le regioni italiane
- Aumentare la partecipazione attraverso uno sforzo collettivo che coinvolga i decisori politici, gli organizzatori dei programmi, le associazioni di volontariato, le società scientifiche
- Sperimentare nuove strategie (screening as a research platform...)
- La survey rimane ed è uno strumento fondamentale per monitorare i programmi di screening...a quando il DWH nazionale e la raccolta di dati individuali?
- Facilitare l'uso appropriato dei dati, nel rispetto della legge sulla privacy, coinvolgendo i coordinamenti regionali, i registry tumori e le breast units.
- **Rinforzare il legame con la parte clinica e le associazioni territoriali**





La survey come evento sentinella...

- Vanno attivate strategie di miglioramento
- Linee dedicate di analisi a livello di singolo programma, di regione o nazionale

A proposito
di
impronte....

Grazie per
l'attenzione!

