



Sistema di sorveglianza Passi
ASL 5 “Spezzino”
Focus Screening mammografico
2008-2011



Autori

Roberta Baldi, Ester Bazzali, Laura Castiglioni, Adriana Colombo, Floriana Pensa, Elisa Raggio
Asl 5 Spezzino - Dipartimento di Prevenzione, SSD Epidemiologia

Con la collaborazione del Gruppo Tecnico Regionale del Sistema di sorveglianza PASSI

<i>Referente regionale</i>	Roberto Carloni	ARS Liguria, Area Epidemiologia e Prevenzione
<i>Coordinatore regionale</i>	Claudio Culotta	ASL 3 Genovese, Dipartimento di Prevenzione, Epidemiologia
<i>Coordinatori aziendali</i>		
ASL 1 Imperiese	Marco Picasso	Dipartimento di Prevenzione
ASL 2 Savonese	Roberto Carloni	ARS Liguria, Area Epidemiologia e Prevenzione
ASL 3 Genovese	Rosamaria Cecconi	Dipartimento di Prevenzione, Epidemiologia
ASL 4 Chiavarese	Maura Ferrari Bravo	Dipartimento di Prevenzione
ASL 5 Spezzino	Roberta Baldi	Dipartimento di Prevenzione, Epidemiologia
<i>Collaboratori</i>		
	Raffaella Castiglia	ASL 3 Genovese, Dipartimento di Prevenzione, Epidemiologia
	Alice Caielli	ASL 3 Genovese, Dipartimento di Prevenzione, Epidemiologia

Con la collaborazione del Gruppo di lavoro ASL 5 Screening mammografico

Floriana Pensa, Francesco Maddalo, Pinuccia Branca, De Nobili Paolo, Ilan Rosenberg, DeMichelis Fabio, Matteo Tartarini

Si ringraziano:

- ***i Direttori Generali e i Direttori Sanitari delle ASL Liguri per il sostegno decisionale al sistema di sorveglianza Passi***
- ***i Medici di Medicina Generale per la preziosa collaborazione fornita***
- ***il Gruppo Tecnico Nazionale del Sistema di sorveglianza PASSI per il continuo supporto***
- ***gli intervistatori di tutte le cinque ASL per l'infaticabile lavoro svolto***

Immagini di copertina tratte da Osservatorio Nazionale Screening: http://ons.stage-zadig.it/sites/default/files/allegati/screening_mammella_0.pdf#overlay-context=content/i-numeri-degli-screening

Un ringraziamento particolare a tutte le persone intervistate, che ci hanno generosamente dedicato tempo e attenzione

Indice

A colpo d'occhio: il ricorso allo screening mammografico tra le donne di 50-69 – Periodo 2008-11	Pag.	4
I vantaggi dello screening mammografico e raccomandazioni	Pag.	5
Fatti e cifre sullo screening mammografico	Pag.	6
• Il punto di vista di Passi	Pag.	6
• il punto di vista dei programmi di screening	Pag.	11
Conclusioni	Pag.	15
Cos'è PASSI e note metodologiche	Pag.	17
Bibliografia	Pag.	16

A colpo d'occhio: il ricorso allo screening mammografico tra le donne di 50-69 anni

Il punto di vista di PASSI – Periodo 2008-11¹

Screening mammografico	ASL 5 (%)	Liguria (%)	Italia* (%)
Donne che hanno eseguito una mammografia negli ultimi due anni	76	75	69
✓ screening organizzato	49	39	50
✓ prevenzione individuale	27	36	19
Periodicità esecuzione mammografia			
✓ negli ultimi 12 mesi	52	47	41
✓ negli ultimi due anni	24	27	29
Promozione della mammografia			
✓ Lettera	73	46	71
✓ Campagna informativa	88	73	38
✓ Consiglio	70	72	60
Motivi della mancata esecuzione mammografia			
✓ Pensa di non averne bisogno	27	24	36
✓ Nessun consiglio	17	9	10
✓ Paura risultati esame/esame fastidioso/imbarazzo	11	14	19
✓ Pigrizia/mancanza di tempo	10	19	13
✓ Difficoltà contatti con ASL/non ricevuta convocazione	10	7	9
✓ Altro	25	27	13

*Pool delle ASL italiane partecipanti alla sorveglianza Passi (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia)

Il punto di vista dell'Osservatorio Nazionale Screening (Survey GisMa) – Periodo 2008-10²⁻⁵

Indicatori	ASL 5*	Liguria*	Italia**	Standard GisMa***
Estensione degli inviti (%)	83.3	37	69.5	-----.
Adesione all'invito corretta (%)	75.0	54.5	59.7	≥60
Tasso di richiamo (%)				
• primi esami	13.3	8.8	7.7	<7
• esami successivi	7.1	5.7	4.7	<5
Detection rate totale tumori(‰)				
• primi esami	7.5	4.6	5.3	-----
• esami successivi	3.5	3.8	4.7	-----
Rapporto biopsie benigne/maligne				
• primi esami	0.36	0.5	0.25	≤1:1
• esami successivi	0.13	0.15	0.12	≤0.5:1

* si riporta la media del periodo 2008-10

**Gli indicatori si riferiscono all'anno 2009, ultimo anno disponibile

*** Standard accettabili Gruppo Italiano Screening Mammografico²

I vantaggi dello screening mammografico e raccomandazioni

Il tumore della mammella è, tra le donne, la neoplasia di gran lunga più frequente, pari nel 2010 (ultimo dato disponibile) a oltre il 40% di tutti i tumori maligni che colpiscono il sesso femminile. Si stima che nel nostro Paese ogni anno siano diagnosticati oltre 39.000 casi di tumore della mammella, con un'incidenza pari a 133 nuovi casi ogni 100.000 donne⁶.

Grazie alla diagnosi precoce e all'efficacia delle cure la sopravvivenza delle donne affette da tumore della mammella è migliorata sensibilmente; la mortalità per cancro alla mammella si è ridotta notevolmente e un numero sempre crescente di pazienti sopravvive a 5 anni dalla diagnosi: la sopravvivenza stimata a 5 anni è pari all'87%⁷.

Per la diagnosi precoce delle neoplasie mammarie è raccomandata l'esecuzione di una mammografia ogni 2 anni nelle donne della fascia d'età 50-69 anni. Lo screening mammografico consente interventi meno invasivi e riduce del 25% la mortalità da tumore mammario (beneficio a livello di comunità); a livello individuale, la riduzione di mortalità nelle donne che hanno eseguito lo screening mammografico è intorno al 45% (Progetto IMPATTO, 2008)⁸⁻⁹.

Nel 2010 in Italia i programmi di screening mammografico, basati su un invito attivo da parte del SSN e su un percorso diagnostico-terapeutico definito e gratuito, sono risultati estesi a circa il 70% della popolazione target; l'estensione dei programmi organizzati è ormai ampia nelle regioni del Nord e del Centro, mentre è ancora limitata nel Sud (dati ONS)³⁻⁴.

Nella ASL 5 il programma di screening mammografico è stato avviato nel 2002 e coinvolge quasi 15.000 donne di 50-69 anni all'anno.

- E' dimostrato che lo screening organizzato per la prevenzione del cancro della mammella con la mammografia ogni due anni riduce la mortalità del 25%.
- Le evidenze scientifiche dimostrano che i vantaggi dello screening sono massimi se si esegue il test ogni due anni nella fascia d'età compresa tra i 50 e 69 anni.
- Eseguire l'esame per la diagnosi precoce all'interno di programmi organizzati, garantisce una migliore qualità dell'intero processo, un minore spreco di risorse e minori disuguaglianze nell'accesso.
- In Liguria, come in molte altre Regioni, il programma organizzato invita le donne tra 50 e 69 anni ad effettuare la mammografia ogni due anni.
- Le donne invitate eseguono l'esame gratuitamente e in caso di positività al test sono inserite in un percorso di approfondimento diagnostico e di eventuale cura.

Fatti e cifre sullo screening mammografico

Il punto di vista di Passi

In un programma di screening la **copertura** è definita come la proporzione di soggetti che hanno effettuato almeno un test di screening con la periodicità raccomandata. La copertura considera sia i test eseguiti nell'ambito del programma sia quelli spontanei ed è importante distinguere la copertura dall'adesione all'invito, cioè dalla proporzione di soggetti invitati che accetta di eseguire il test.

Infatti è la copertura, più che l'adesione all'invito, l'elemento che condiziona l'impatto sulla mortalità della patologia tumorale in oggetto.

Per questo motivo i programmi di screening mammografico si sono posti l'obiettivo di reperire fonti informative sulla copertura delle loro popolazioni bersaglio allo scopo di programmare eventualmente in modo più mirato la propria attività^{1, 3-4}.

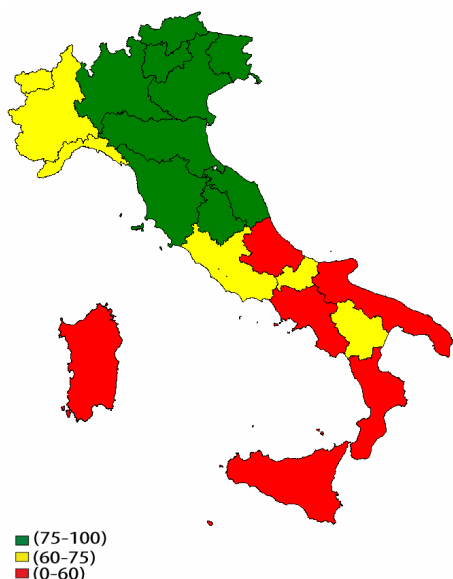
Tra gli strumenti d'indagine utili a questo scopo vi è il sistema Passi (vedi pag. 15) che rileva, chiedendolo direttamente alle donne di 50-69 anni, se e quando è stata effettuata una mammografia fornendo stime di copertura della popolazione target. Inoltre Passi stima la quota degli esami eseguiti all'interno dei programmi organizzati e di quelli fatti al di fuori mediante un indicatore *proxy* sull'aver sostenuto o meno il costo dell'esame.

Si considerano all'interno dei programmi organizzati le mammografie fatte in accordo alle raccomandazioni e con costo a totale carico della Asl, mentre rientrano in programmi di prevenzione individuale quelle mammografie per le quali le donne hanno pagato l'intero costo o il costo del ticket. Questo metodo di stima non è esente da errori, infatti una quota variabile di persone non paga grazie a motivi di esenzione o ai sensi della Legge Finanziaria del 2001. Di conseguenza è ragionevole supporre che i livelli di copertura dello screening organizzato siano sovrastimati.

Nei paragrafi che seguono sono riportati i principali risultati, desunti dal sistema Passi, relativi ad aspetti che riguardano il grado di copertura dello screening, la sua distribuzione geografica e temporale, ecc.

Quante donne eseguono la mammografia per la diagnosi precoce dei tumori della mammella in accordo alle linee guida?

Mammografia eseguita negli ultimi due anni
 Donne 50-69 anni - - Pool di ASL 2008-11
 Totale: 69.8% (IC95%: 69.1%-70.5%)



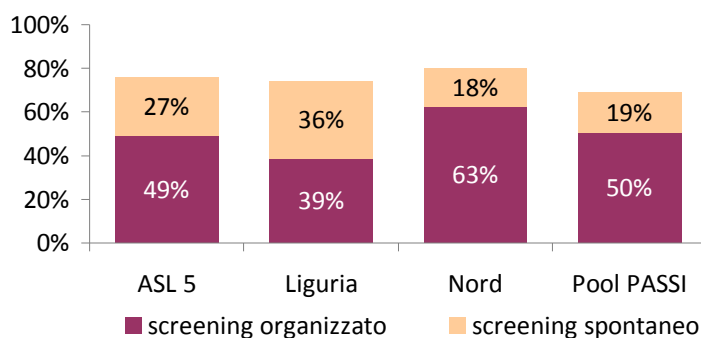
In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- ▶ Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, quasi il 70% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver eseguito una Mammografia preventiva negli ultimi 2 anni, con un evidente gradiente territoriale a svantaggio delle regioni meridionali.
- ▶ La Liguria, pur avendo una copertura complessiva del 74%, presenta valori inferiori alla media delle regioni del Nord (80%).
- ▶ Si stima che nell'ASL 5 tre donne su quattro (76%) si sottopongono alla mammografia preventiva con la periodicità raccomandata mentre una donna su quattro non è coperta da questa forma di prevenzione.

Quanto è diffuso il ricorso ai programmi organizzati?

- ▶ Anche se, come detto, nell'ASL 5 il 76% delle donne 50-69enni esegue la mammografia, lo screening spontaneo è piuttosto diffuso e interessa circa una donna su quattro (27%). Inoltre è possibile che la quota di screening organizzato sia sovrastimata per i motivi descritti a pag. 6.

Ricorso allo screening organizzato - Donne 50-69enni
 Pool di ASL 2008-11

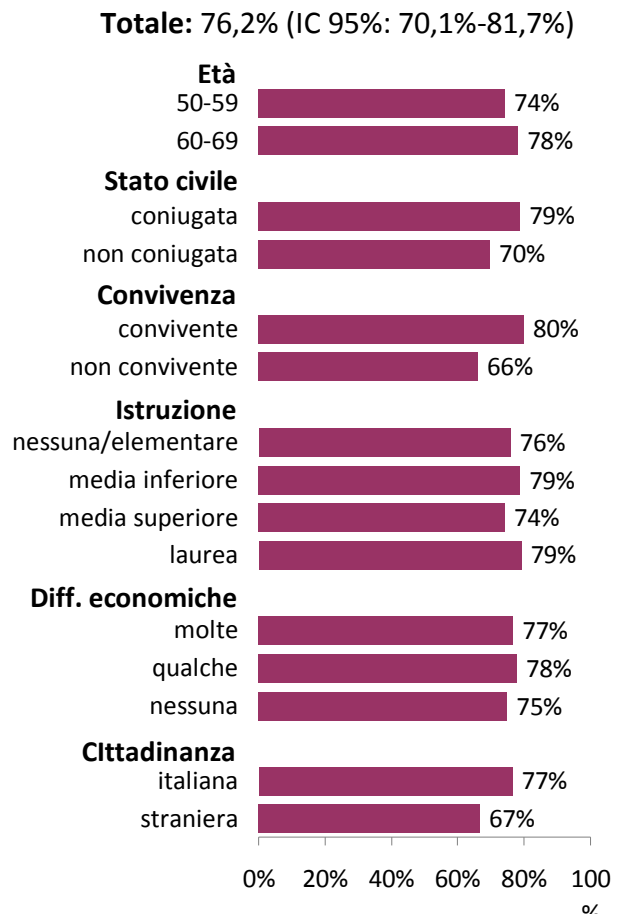


- ▶ La quota di donne che fa prevenzione individuale varia notevolmente fra le Regioni: riguarda solo il 5% delle donne residenti in Basilicata e ben il 36% delle donne liguri.
- ▶ Nel periodo 2008-11 a livello italiano è risultato che il 50% della popolazione target femminile aderisce ai programmi offerti dalle Aziende sanitarie locali, ma a questa percentuale di donne si aggiunge il 19% di donne che si sottopone a mammografia preventiva su iniziativa personale, in un regime di screening spontaneo.

In quali gruppi di donne è più frequente l'effettuazione della mammografia in accordo alle raccomandazioni internazionali?

- ▶ L'esecuzione della mammografia preventiva ogni due anni è risultata significativamente più frequente tra le donne che convivono stabilmente rispetto a quelle che vivono da sole.
- ▶ Non sembrano emergere differenze rilevanti per gli altri fattori socioeconomici considerati.
- ▶ Pur essendo di particolare interesse, le differenze per cittadinanza non sono attendibili a causa della limitata numerosità campionaria.
- ▶ Nell'ASL 5 nel periodo 2008-11 l'età media alla prima mammografia preventiva è risultata pari a 47 anni. Inoltre nella fascia pre-screening (40-49 anni), il 73% delle donne ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva almeno una volta nella vita.

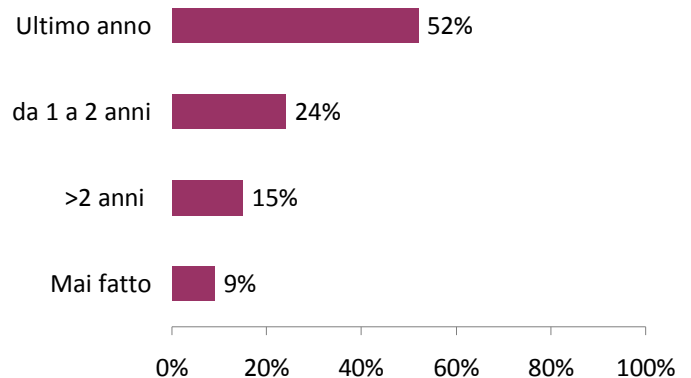
Mammografia e caratteristiche sociodemografiche
Donne 50-69 anni - ASL 5 2008-11



Periodicità di esecuzione della mammografia preventiva

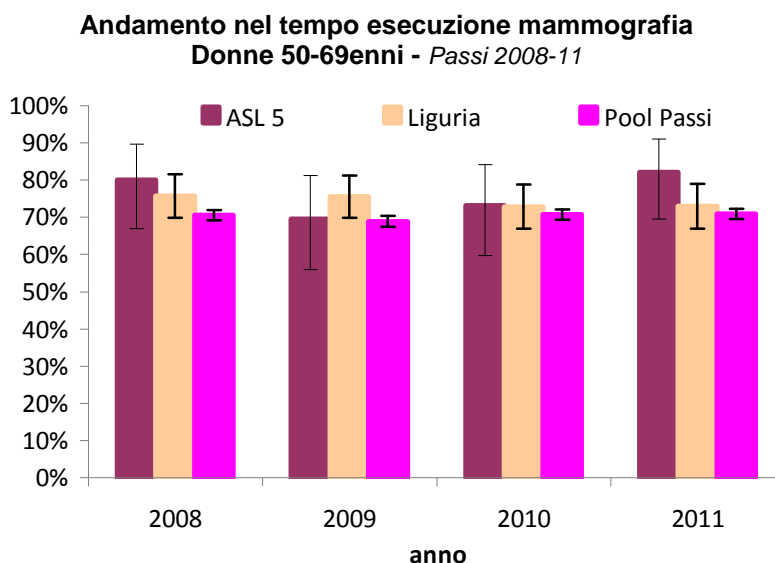
- ▶ L'esecuzione della mammografia è raccomandata con cadenza biennale.
- ▶ Circa la metà delle donne 50-69enni (52%) ha riferito di aver eseguito la mammografia nell'ultimo anno e questo risultato suggerisce una buona adesione alla periodicità raccomandata.
- ▶ Tuttavia quasi 1 donna su 4 ha eseguito la mammografia preventiva da più di due anni o non l'ha mai fatta.

Periodicità di esecuzione della mammografia
Donne 50-69enni - ASL 5 2008-11



Andamento temporale dell'esecuzione della mammografia nell'ASL 5, in Liguria e in Italia

- ▶ Nel periodo 2008-2011 la quota di donne 50-69enni che ha eseguito lo screening mammografico secondo le raccomandazioni è rimasta sostanzialmente stabile sia nel pool delle ASL italiane, sia in Liguria sia, infine, nella nostra ASL.



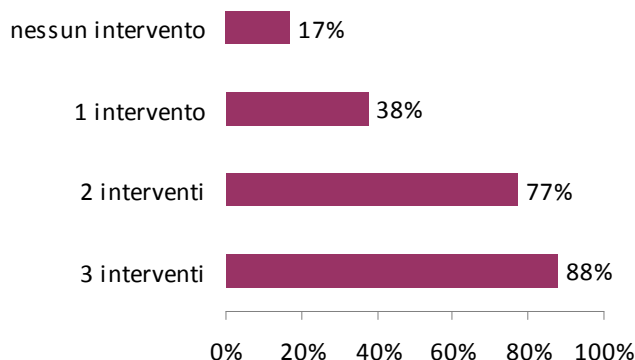
La promozione dello screening mammografico e l'efficacia degli interventi di promozione

Tutti i programmi di screening organizzati sono accompagnati da interventi che sostengono la partecipazione delle donne. Spesso, oltre a ricevere la lettera di invito, le donne ricevono anche consigli da parte dei sanitari e in molte casi entrambi gli interventi sono uniti a campagne informative. Si stima che nella nostra ASL nel periodo 2008-11 quasi tutte le donne 50-69enni siano state raggiunte da almeno un intervento di promozione.

- ▶ I risultati mostrano che l'efficacia della promozione dello screening cresce all'aumentare del numero di input ricevuti.
- ▶ Solo il 17% delle donne che non sono raggiunte da alcun intervento si sottopone alla mammografia, ma la percentuale di adesione allo screening sale all'88% tra le donne che ricevono tre input (lettera, consiglio e campagna).

Efficacia degli interventi di promozione dello screening

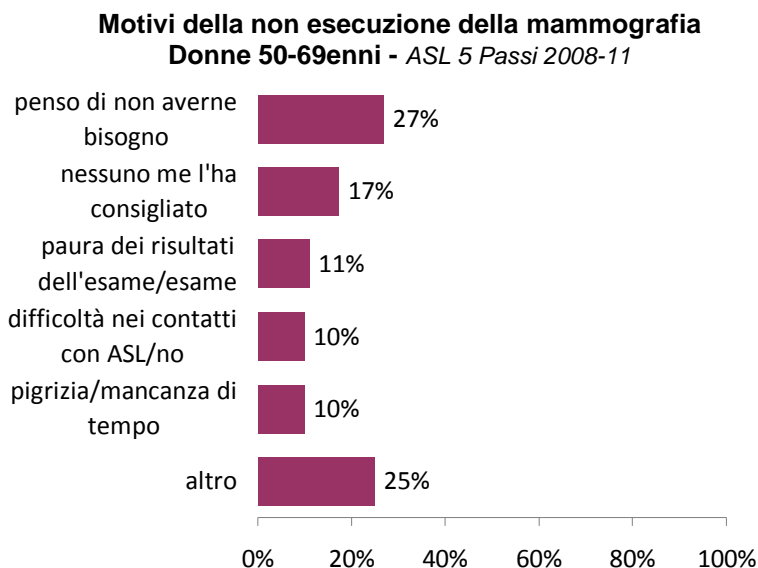
ASL 5 Passi 2008-11



I motivi della mancata esecuzione della diagnosi precoce

Come detto precedentemente circa una donna su quattro tra 50 e 69 anni non mai fatto una mammografia preventiva o la fatta da oltre due anni.

- ▶ Le motivazioni fornite per la mancata esecuzione del test sono molteplici.
- ▶ In un quarto dei casi (27%) le donne pensano di non averne bisogno, una ragione che potrebbe essere interpretata come una errata percezione del rischio.



* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo" (2%);

- ▶ Una percentuale non trascurabile di donne riferisce di non aver ricevuto consigli in merito (17%). La paura dell'esame o dei suoi risultati è poco frequente (11%) così come le difficoltà a prenotare l'esame o la mancata convocazione (10%).

Il punto di vista dei programmi di screening

Per il monitoraggio e la valutazione dell'attività dei programmi di Screening il Gruppo Italiano Screening Mammografico (GisMa) utilizza tre tipi di indicatori² :

- 1.** Indicatori strutturali, logistico organizzativi, funzionali
A questo gruppo appartengono quei parametri che riflettono i dati organizzativi e funzionali che entrano a far parte del processo di screening e sono espressione della qualità percepita dall'utenza. Gli indicatori in questione riguardano l'estensione degli inviti, l'adesione al programma, i tempi d'attesa, il periodismo degli inviti, ecc.
- 2.** Indicatori di processo clinico diagnostico
In questo gruppo troviamo quei parametri che pur senza contribuire in modo diretto all'obiettivo finale di riduzione della mortalità, permettono un'analisi dettagliata delle caratteristiche strumentali e di procedura nonché delle singole tappe del processo diagnostico/strumentale che costituisce la base del processo di screening, come il tasso di approfondimento diagnostico totale, il tasso di richiamo ecc.
- 3.** Indicatori precoci di impatto
L'obiettivo di un programma di screening è ridurre la mortalità e/o le conseguenze causate dalla malattia oggetto del programma nella popolazione che si sottopone al test. La valutazione di tale efficacia richiede tempo: nel caso del tumore della mammella è stato valutato che i primi benefici possono essere osservati non prima di 8-10 anni dall'inizio del programma. E' dunque indispensabile avere indicatori precoci di impatto la cui valutazione e il loro confronto con gli standard di riferimento permette infatti di capire se i risultati ottenuti sono coerenti con la riduzione di mortalità attesa. Appartengono a questo gruppo indicatori come il tasso d'identificazione (Detection Rate) dei carcinomi, la proporzione di tumori invasivi ≤ 10 mm, ecc.

Per ogni indicatore sono forniti: una definizione rigorosa e i dati necessari per costruirlo, il significato e la rilevanza e gli standard di riferimento. Questi ultimi sono formulati in base ai dati di letteratura e ai risultati ottenuti dai primi programmi italiani, ma in alcuni casi non è stato possibile identificarli in maniera adeguata.

Organizzazione del programma di screening mammografico in Liguria e nell'ASL 5

In Liguria lo screening mammografico fu avviato in via sperimentale nel 2000 nella ASL3 Genovese, coinvolgendo circa 15.000 delle oltre 50.000 donne residenti di età compresa tra 50 e 59 anni.

A partire dal luglio 2002 il programma fu progressivamente esteso a tutte le donne residenti in Liguria nate tra il 1943 ed il 1952 e dal 2004 fu stabilito di estendere lo screening all'intera fascia di età prevista dalla normativa nazionale (nate tra il 1936 ed il 1955 per un totale di circa 230.000 donne).

Inizialmente furono attivati sei programmi (uno per ciascuna delle cinque ASL territoriali e uno presso l'IST), successivamente ridotti a cinque (uno per ogni ASL). Sebbene i programmi abbiano organizzato le proprie attività con modalità clinico-diagnostiche condivise da tutti gli operatori, ciascuna Azienda si è dotata di un proprio software gestionale e le differenti modalità gestionali hanno influenzato il livello di completezza dei dati registrati per il monitoraggio GisMa^{4, 10}.

Nel 2009 dei 5 programmi presenti in Liguria⁴:

- ▶ uno aveva un livello di completezza delle informazioni classificati come 0-2 (programmi che forniscono uno o più dei seguenti dati: popolazione bersaglio, donne invitate, donne rispondenti, donne richiamate per approfondimenti);
- ▶ due programmi erano nel livello 4 (programmi che, oltre ai dati del livello precedente, forniscono informazioni sul numero dei casi diagnosticati, sulle caratteristiche anatomopatologiche – TNM- dei casi, anche se in modo parziale);
- ▶ due programmi, tra cui quello della nostra ASL, raggiungevano il livello ottimale 5 (programmi che forniscono informazioni complete sulla casistica)

Nell'ASL 5 il programma di screening mammografico è stato avviato nel 2002 e dal giugno 2010 vede il coinvolgimento di varie strutture aziendali: la S.C. Igiene Pubblica (che cura gli aspetti organizzativi, la gestione dei dati e il monitoraggio del programma), la S.C. Radiologia, la S.S. Senologia del Dipartimento Oncologico, la S.C. Anatomia Patologica e la S.C. Chirurgia (che curano gli aspetti clinico-diagnostici e assistenziali).

La popolazione bersaglio, individuata tramite anagrafe sanitaria con il medesimo software gestionale dedicato a tutti gli screening oncologici, riceve una lettera di invito che descrivere le finalità dello screening. La lettera riporta inoltre i numeri delle segreterie telefoniche di senologia e igiene pubblica alle quali è possibile lasciare messaggi in un sistema email dotato di casella vocale per eventuali dubbi e richieste; gli operatori addetti possono consultare il sistema da qualunque postazione e fornire tempestivamente le risposte via telefono.

I referti negativi sono inviati per posta con modalità automatizzate; i dubbi mammografici e i referti positivi sono preceduti da una telefonata informativa degli operatori sanitari che fissano un nuovo appuntamento per eseguire l'approfondimento diagnostico.

I dati di attività vengono annualmente inviati al GISMa (Gruppo Italiano Screening Mammografico).

Estensione e partecipazione

Sebbene il programma di screening aziendale non abbia funzionato sempre regolarmente, l'**estensione** degli inviti alla popolazione bersaglio (oltre 29000 donne) si è mantenuta a ottimi livelli subendo un momentaneo rallentamento solo nel 2011, dovuto a una temporanea interruzione del programma tra il 2009 il 2010.

Nonostante ciò l'**adesione** al programma nell'intero periodo esaminato è stata piuttosto soddisfacente e ha spesso raggiunto o superato lo standard accettabile Gisma (60%) indicando un buon livello di partecipazione e di fiducia nel programma. Sono riportati di seguito i dati di attività del nostro programma di screening relativi all'ultimo biennio.

Indicatori di attività ASL 5

Anno 2010

Classe di età	Popolazione invitata	N° inviti inesitati (se noto)	Escluse dopo invito per MX recente	Escluse dopo invito per altro motivo	Totale escluse dopo invito	Pop. Rispondente	Adesione grezza(%)	Adesione corretta (%)
45-49							0,00	0,00
50-54	2318	70	303		373	1277	56,81	65,66
55-59	2519	74	193	2	269	1736	71,00	77,16
60-64	3052	30	296	9	335	2144	70,95	78,91
65-69	4419	29	374	3	406	2998	68,29	74,71
70-74							0,00	0,00
Totale 50-69 anni	12308	203	1166	14	1383	8155	67,37	74,65

Anno 2011

Classe di età	Popolazione invitata	N° inviti inesitati (se noto)	Escluse dopo invito per MX recente	Escluse dopo invito per altro motivo	Totale escluse dopo invito	Pop. Rispondente	Adesione grezza(%)	Adesione corretta (%)
45-49							0,00	0,00
50-54	2281	71	97	12	168	1024	46,33	48,74
55-59	2750	86	121	4	207	1418	53,23	55,85
60-64	3054	101	139	10	240	1773	60,04	63,23
65-69	2196	76	78	4	154	1335	62,97	65,51
70-74							0,00	0,00
Totale 50-69 anni	10281	334	435	30	769	5550	55,80	58,53

Totale biennio 2010-11

Classe di età	Popolazione invitata	N° inviti inesitati (se noto)	Escluse dopo invito per MX recente	Escluse dopo invito per altro motivo	Totale escluse dopo invito	Pop. Rispondente	Adesione grezza(%)	Adesione corretta (%)
Totale 50-69	22589	537	1601	44	2152	13705	61,58	66,59

Indicatori diagnostici e di impatto precoce

Il principale indicatore della specificità del primo livello dello screening, cioè la sua capacità di contenere il più possibile i risultati falsi positivi, è il **tasso di richiamo** per approfondimenti diagnostici (numero di donne richiamate per ulteriori approfondimenti sul totale delle donne sottoposte alla mammografia).

Nel periodo 2010-11 nella nostra ASL questo indicatore presenta valori elevati probabilmente dovuti all'alta percentuale di inviti alle donne 50-54enni, fascia d'età in cui è più alto il rischio di richiamo per dubbio mammografico.

Il **rapporto benigni/maligni** (rapporto tra le donne con una diagnosi istologica di tipo benigno e quelle con una diagnosi istologica di tipo maligno tra le pazienti sottoposte a trattamento chirurgico) è invece un ottimo indicatore della specificità diagnostica del programma dopo la fase di approfondimento e serve per monitorare il sovratrattamento, uno dei possibili effetti negativi dello screening. Per questo indicatore, nel periodo esaminato, il programma dell'ASL 5 presenta valori piuttosto contenuti e sempre collocati nella fascia desiderabile GisMa.

Infine il **tasso di identificazione totale** (numero di carcinomi diagnosticati per 1000 donne esaminate), è uno dei principali indicatori di sensibilità diagnostica.

Per l'analisi di questo parametro nella nostra ASL, trattandosi di un programma di screening con un volume di attività contenuto, è preferibile considerare la media di periodo che nell'intervallo 2008-10 mostra un valore in linea con il dato ligure e con quello italiano.

Indicatore [^]	2008	2009	2010	2011	Standard GisMa*
Tasso di richiamo (%)					
• <i>primi esami</i>	8.6	2.3	28.9	12.5	<7
• <i>esami successivi</i>	6.7	6.3	8.3	7.1	<5
Rapporto biopsie benigne/maligne					
• <i>primi esami</i>	0.76	0	0.33	1	≤1:1
• <i>esami successivi</i>	0	0.11	0.27	0.47	≤0.5:1
Detection rate totale tumori(‰)					
• <i>primi esami</i>	6.05	2.81	13.66	1.73	-----
• <i>esami successivi</i>	1.07	4.39	5.11	3.42	-----

[^] per definizioni e standard si fa riferimento al manuale GisMa²

Conclusioni

I risultati del sistema di sorveglianza Passi stimano che il grado di copertura della popolazione femminile tra 50 e 69 anni sia piuttosto buono: tre donne su quattro in questa fascia d'età si sottopongono a una mammografia preventiva ogni due anni. Tuttavia i medesimi risultati, coerenti con quelli derivanti dal monitoraggio del programma di screening organizzato, evidenziano che solo una donna su due, della popolazione femminile bersaglio, effettua la mammografia all'interno del programma organizzato.

Diverse evidenze mostrano che lo screening organizzato, oltre ad essere caratterizzato da una migliore qualità dell'intero processo organizzativo, diagnostico e terapeutico³⁻⁴, è in grado di contrastare le disuguaglianze nell'accesso alla diagnosi precoce^{1,9}.

Nelle realtà in cui i programmi di screening mammografico sono più efficienti e da più tempo consolidati, i determinanti socioeconomici del ricorso alla mammografia sembrano ridurre drasticamente il loro effetto, con percentuali di adesione allo screening delle donne culturalmente ed economicamente svantaggiate simili a quelli delle donne più istruite e senza difficoltà economiche^{3,9}.

Un altro risultato degno di attenzione è l'alta percentuale (73%) di donne nella fascia pre-screening (40-49 anni) che si sottopongono alla mammografia.

Riguardo all'estensione dello screening alle donne prima di 50 anni, nel documento conclusivo di una recente conferenza di consenso promossa da Regione Liguria, ARS, e IRCCS San Martino-IST, si stabilisce che l'allargamento delle fasce di età di accesso allo screening è ipotizzabile dopo aver raggiunto prioritariamente un protezione ottimale per le donne tra 50 e 69 anni¹¹.

Questi risultati ed evidenze stimolano a sostenere e potenziare il programma di screening mammografico perseguendo l'obiettivo fondamentale di incrementare l'estensione e favorire l'adesione con i mezzi che si sono dimostrati efficaci: la lettera di invito, il consiglio, possibilmente strutturato, del personale sanitario e le campagne informative.

Che cos'è PASSI e note metodologiche

PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) è un sistema di sorveglianza della popolazione adulta, coordinato dall'Istituto superiore di sanità e dalle Regioni su mandato del Ministero della Salute, con i seguenti **obiettivi**:

- stimare frequenza ed evoluzione dei fattori di rischio comportamentali;
- stimare la diffusione delle misure di prevenzione.

Un campione di residenti di **18-69 anni**, estratto con metodo casuale stratificato dalle anagrafi sanitarie, viene intervistato da personale delle Asl, specificamente formato, tramite un questionario standardizzato che contiene: un nucleo fisso, per i principali fattori di rischio comportamentali ed interventi preventivi, moduli opzionali (in uso solo in alcune regioni), e moduli aggiuntivi (in caso di eventuali emergenze).

Predefiniti criteri di esclusione stabiliscono i casi in cui è necessario procedere alla sostituzione delle persone campionate con dei rimpiazzati. I dati rilevati sono trasmessi in forma protetta e registrati in un archivio unico nazionale.

Il sistema di sorveglianza ha i seguenti punti di forza:

- è rappresentativo della popolazione in studio
- fornisce tempestive informazioni sulle dinamiche dei fenomeni di interesse per la salute pubblica
- dà indicazioni per stabilire priorità nei programmi di salute
- fornisce elementi per la valutazione dei programmi o interventi messi in atto.
- offre un dettaglio di informazione fino al livello di Azienda Sanitaria Locale.

Tutte le 21 Regioni/Province Autonome hanno aderito al progetto. In Liguria tutte le ASL partecipano con un campione di rappresentatività aziendale stratificato per sesso e fasce d'età (circa 25 interviste al mese per ogni Asl). Nell'ASL 5 Spezzino dal 2008 al 2011 sono state effettuate 1100 interviste a persone tra 18 e 69 anni, il tasso di risposta¹ è risultato del 91%, il tasso di sostituzione² del 9% e quello di rifiuto³ dell'8%. I valori di questi indicatori evidenziano un'ottima qualità della rilevazione. L'analisi delle informazioni raccolte è stata effettuata utilizzando il software EpiInfo 3.5, con metodi statistico-epidemiologici tali da fornire, il dato di prevalenza della variabile analizzata e i limiti entro cui quel valore oscilla (IC 95%).

Per maggiori informazioni, visita : www.epicentro.iss.it/passi e <http://www.asl5.liguria.it/Home/PASSI.aspx> .

¹ Tasso di risposta = numero di interviste / (numero di interviste + rifiuti + non reperibili)

² Tasso di sostituzione = (rifiuti + non reperibili) / (numero di interviste + rifiuti + non reperibili)

³ Tasso di rifiuto = numero di rifiuti / (numero di interviste + rifiuti + non reperibili)

Bibliografia

1. Rapporto Nazionale Passi 2011: lo screening mammografico. (<http://www.epicentro.iss.it/passi/rapporto2011/ScreeningMammografico.asp>; ultimo accesso 10/10/12)
2. Osservatorio Nazionale Screening. Indicatori e standard per la valutazione di processo dei programmi di screening del cancro della mammella (<http://win.gisma.it/pubblicazioni/documenti/ManualeIndicatori.pdf> ; ultimo accesso 10/10/12)
3. Osservatorio Nazionale Screening. I programmi di Screening in Italia – Rapporto breve 2011 (http://ons.stage-zadiq.it/sites/default/files/allegati/screening_mammella_0.pdf#overlay-context=content/i-numeri-degli-screening; ultimo accesso 10/10/12)
4. Osservatorio Nazionale Screening. Nono Rapporto – 2011 (http://ons.stage-zadiq.it/sites/default/files/allegati/IX_rapporto_Ons.pdf#overlay-context=content/i-numeri-degli-screening; ultimo accesso 4/10/12)
5. Osservatorio Nazionale Screening gli screening sul campo (<http://www.osservatorionazionale screening.it/sites/default/files/allegati/Liguria%202010.pdf> ultimo accesso 10/10/12)
6. Banca dati dei tumori in Italia. (http://www.tumori.net/it3/banca_dati/query.php; ultimo accesso 11/10/12)
7. Rapporto AIRTUM 2011 – La sopravvivenza dei pazienti oncologici in Italia (http://www.registri-tumori.it/PDF/AIRTUM2011/001_067_sopr_2011.pdf ; ultimo accesso 10/10/12)
8. Ministero della salute – Centro nazionale per il Controllo delle Malattie. Le evidenze scientifiche nello screening mammografico (http://www.ccm-network.it/screening/evidenze_mammella; ultimo accesso 10/10/12)
9. Osservatorio Nazionale Screening. Come cambia l'epidemiologia del tumore della mammella in Italia: i risultati del progetto IMPATTO dei programmi di screening mammografico Pacini editore, 2011 (<http://www.registri-tumori.it/cms/files/impatto.pdf> ; ultimo accesso 11/10/12)
10. Regione Liguria. Piano Regionale Screening Oncologici 2005-07 (http://www.liguriainformasalute.it/sanita/ep/risorse%20comuni/pdf/Piano_Oncologia.pdf; ultimo accesso 10/10/12)
11. Conferenza di consenso. E' opportuno differenziare le procedure di screening per il carcinoma della mammella sulla base di specifici fattori di rischio? Genova 30/5/12 Documento definitivo di consenso (<http://www.osservatorionazionale screening.it/sites/default/files/allegati/Conferenza%20di%20Consenso%20screening%20mammografico%20-%20documento%20definitivo.pdf>; ultimo accesso 10/10/12)

Redazione e impaginazione a cura di:

Roberta Baldi ed Elisa Raggio
Asl 5 Spezzino - Dipartimento di Prevenzione, SSD Epidemiologia
Stampa in proprio a cura del Centro Stampa ASL 5 Spezzino

Agosto 2012

Copia del volume può essere richiesta a:

Roberta Baldi
ASL 5 Spezzino
Via del Forno, 4 – 19100 La Spezia
roberta.baldi@asl5.liguria.it

Copia del questionario PASSI può essere richiesta a:

Ester Bazzali
ASL 5 Spezzino
Via del Forno, 4 – 19100 La Spezia
ester.bazzali@asl5.liguria.it







Regione Liguria

