



GISMa:
a che punto è il dibattito nazionale?
Sintesi del convegno di Palermo 2011

WORKSHOP CONGIUNTO GISMa - AIRTUM - ONS



gis
ma
gruppoitaliano screening
mammografico

OSSERVATORIO
NAZIONALE
SCREENING



STIMARE I BENEFICI E GLI
EFFETTI COLLATERALI DEI
PROGRAMMI DI SCREENING
MAMMOGRAFICO

**I risultati del progetto IMPATTO e la
collaborazione
tra Servizi di screening e Registri Tumori**

Palermo 11 maggio 2011

WORKSHOP CONGIUNTO GISMa - AIRTUM - ONS



PROGRAMMA

- Introduzione ai lavori *S. Ferretti, L. Giordano, M. Zappa*
- 14.30 Perché è necessario valutare rischi e benefici dello screening. Dai Trial randomizzati alla pratica dei programmi di screening.
La nuova epidemiologia del tumore mammario *E. Paci*
- 14.45 Il Progetto IMPATTO, quali informazioni sull'epidemiologia del tumore prima e dopo l'avvio dei programmi di screening *D. Puliti*
- 15.00 La valutazione di impatto del programma di screening mammografico di Torino *P. Armaroli*
- 15.15 Stadiazione dei tumori e andamenti nel tempo *S. Mancini*
- 15.30 Usare i dati dei Registri Tumori come strumento per valutare la sensibilità dei programmi e la copertura *S. Guzzinati*
- 15.45 Implicazioni del progetto IMPATTO per lo sviluppo della registrazione in Italia.
Copertura, qualità, nuove sfide *S. Ferretti*
- 16.00 Valutazioni comparative SDO Registri: vantaggi e svantaggi *S. Rosso*
- 16.15 **Tavola Rotonda**
Registri Tumori e Programmi di screening: una rete per migliorare la clinica e la sorveglianza del tumore della mammella
Moderatore: *F. Vitale*
Intervengono i rappresentanti dei programmi di screening italiani e dei registri tumori
- 17.15 Discussione e sintesi finale *A. Federici*
- 17.30 Compilazione dei questionari ECM e chiusura dei lavori



ORIENTARSI IN SALUTE E SANITÀ



IL CASO DELLO SCREENING MAMMOGRAFICO

**Un progetto in collaborazione tra
PartecipaSalute,
GISMa e Associazione Serena a Palermo
Onlus**

Palermo 11 maggio 2011



PROGRAMMA

- 9.00 Presentazione dell'iniziativa e dei partecipanti
P. Mosconi, L. Giordano, C. Amato
- 10.00 Il metodo della ricerca clinica: dalle fasi degli studi alle revisioni sistematiche. Discussione
P. Mosconi
- 12.00 Tutto quello che avreste voluto sapere sullo screening mammografico: risultati attesi, mammografi vecchi e nuovi, età delle partecipanti, falsi positivi e negativi, sovradiagnosi. Discussione
L. Giordano
- 13.30 *Pausa Pranzo*
- 14.30 Lavoro di gruppo: quali informazioni dare e avere sullo screening mammografico
Introducono: *A.M. Fahrlander, M. Petrella*
- 15.30 Orientarsi per avere informazioni di qualità. Discussione
R. Satolli
- 16.30 Dibattito tra i partecipanti: "Cosa può fare l'associazionismo organizzato per permettere scelte consapevoli tra le donne"
Moderano: *C. Amato, M. Petrella*
- 18.00 Valutazione percorso e consegna diploma

Questa giornata è pensata come un percorso di formazione & informazione dedicato ai rappresentanti di associazioni di cittadini e pazienti. Il percorso è articolato in modo da far acquisire alle associazioni che operano sul territorio e tra le donne una maggiore consapevolezza del proprio ruolo auspicando ad una sempre maggior collaborazione con il mondo medico-scientifico e le strutture sanitarie locali.

Programma del convegno 12-13 maggio 2011

SESSIONI

- I. I numeri dello screening mammografico: gli indicatori di attività e l'impatto
- II. Le differenze sociali nello screening e nella diagnosi del ca mammario
- III. Valutazione degli esiti estetici nel trattamento conservativo
- IV. Risonanza magnetica e screening: stadiazione preparatoria e implicazioni organizzative

Programma del convegno 12-13 maggio 2011

APPROFONDIMENTI TEMATICI

L'Italia divisa degli screening: riflessione congiunta tra professionisti, associazioni e cittadini

L'attività di screening mammografico nel sud Italia e nelle Isole: risultati, criticità e strategie

Tavola rotonda: Le Breast Unit e i processi di accreditamento e certificazione



SESSIONE I.

I numeri dello screening mammografico: gli indicatori di attività e l'impatto

Moderatore: *S. Scondotto*

Dai dati disponibili

La Survey GISMa - [D. Giorgi](#)

La Survey SQTm - [F. Pietribiasi](#)

Valutazioni di impatto - *E. Paci*

Dagli abstract pervenuti, Commenti - *N. Segnan*

Sintesi finale - *S. Scondotto*



Survey screening mammografico

Anno 2009

Giorgi Daniela

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

Ventura Leonardo

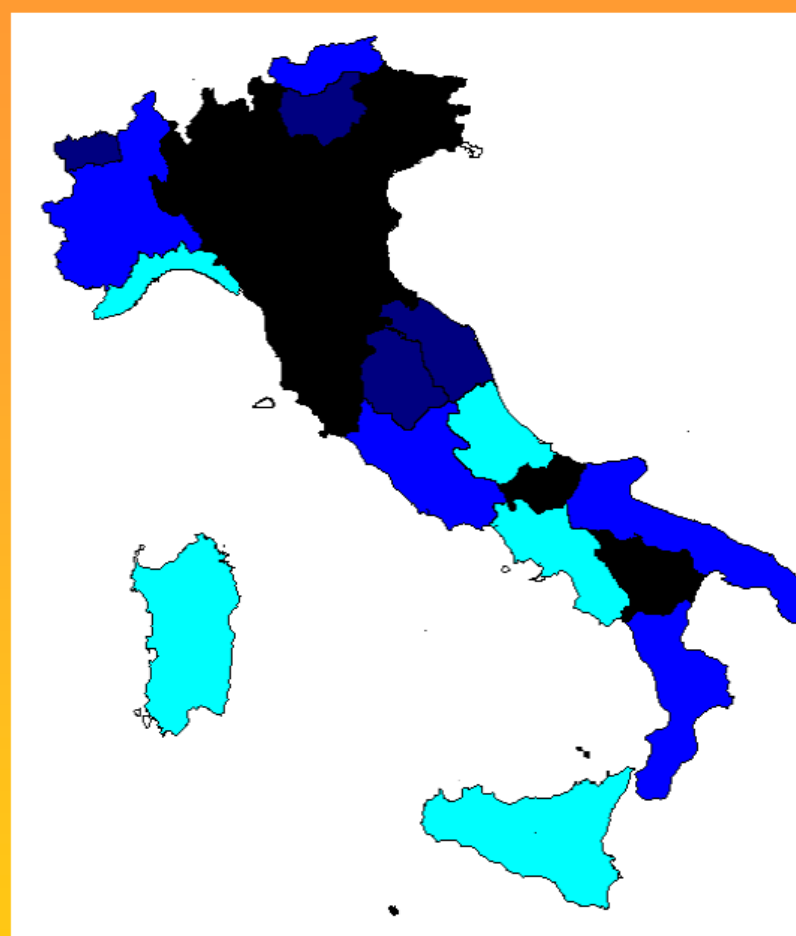
Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO) - Firenze

Estensione scr mammografico - attività 2009



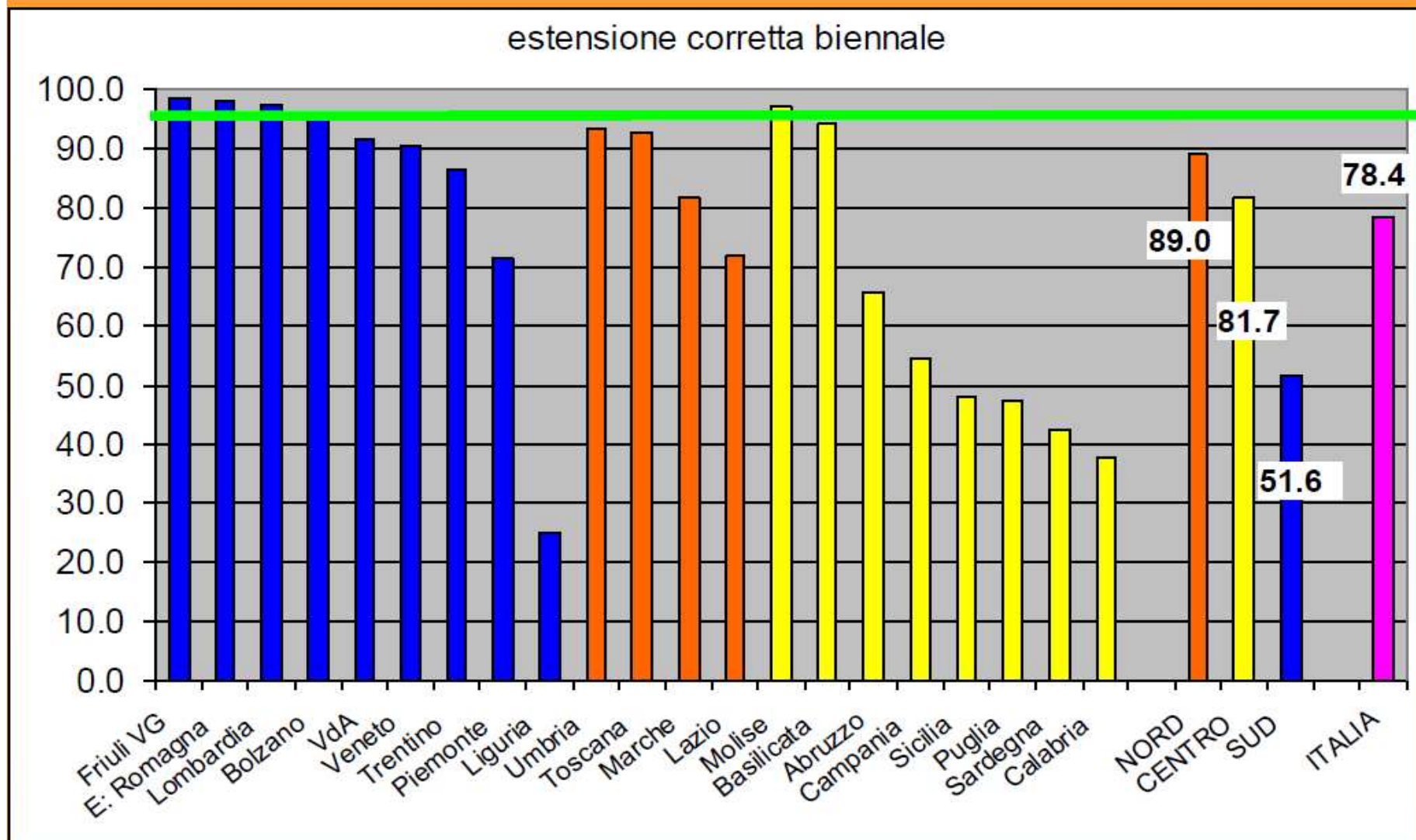
Est. teorica
Italia 93,8%

| | |
|----------|--|
| < 50% | |
| 50 - 74% | |
| 75 - 94% | |
| > 94% | |



Est. corretta
Italia 69,5%

Estensione corretta biennale 2008-2009

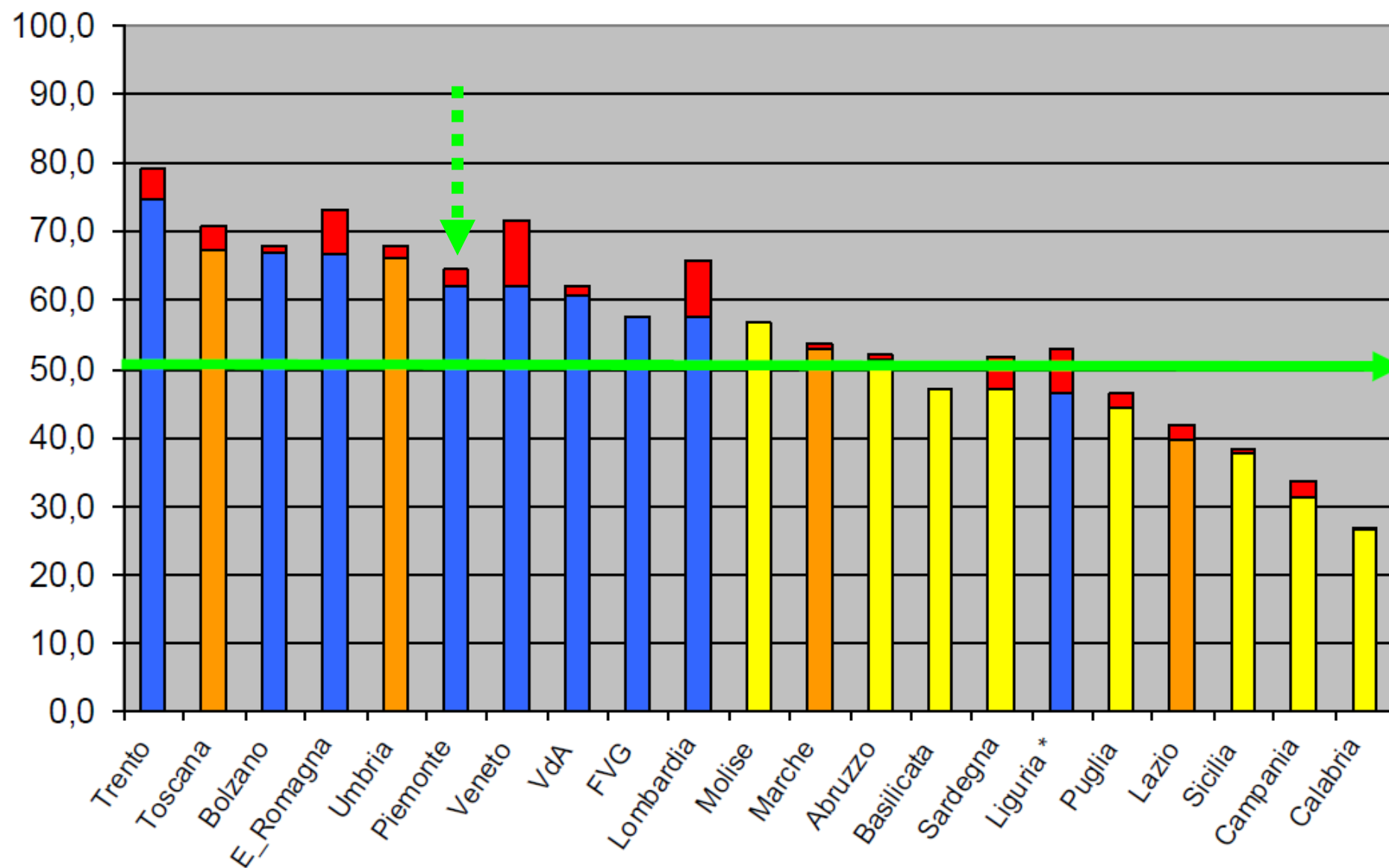


Anno 2008 72.7%



Italia 55,3%

Anno 2009 – adesione grezza e corretta (%) per regione



Popolazione bersaglio italiana annuale ISTAT età 50-69:

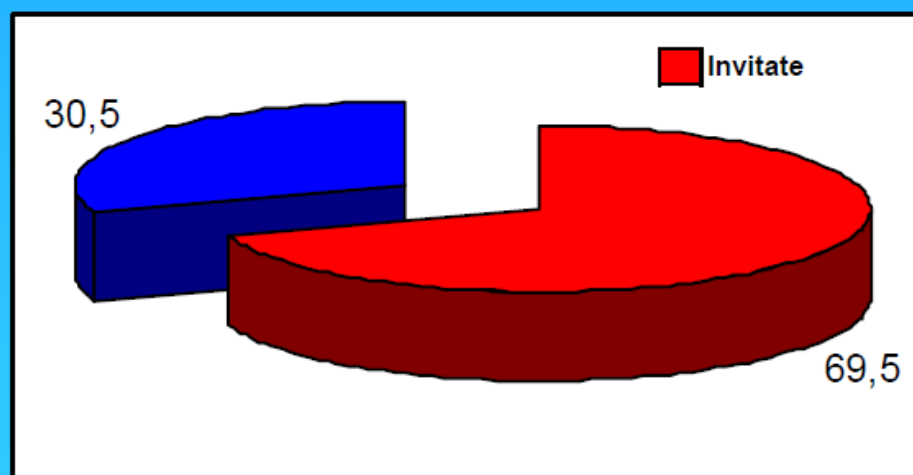
3.736.613

2009

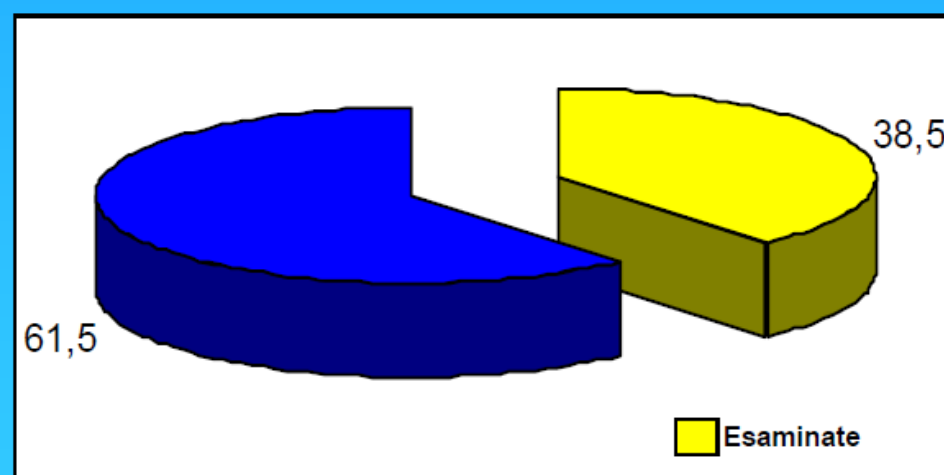
Donne invitate: 2.521.841
Inviti inesitati: 42.006
Escl. Prima di invito: 169.206
Estensione corretta: 69.5%

2009

Donne esaminate: 1.374.252



Anno 2008 69.2%



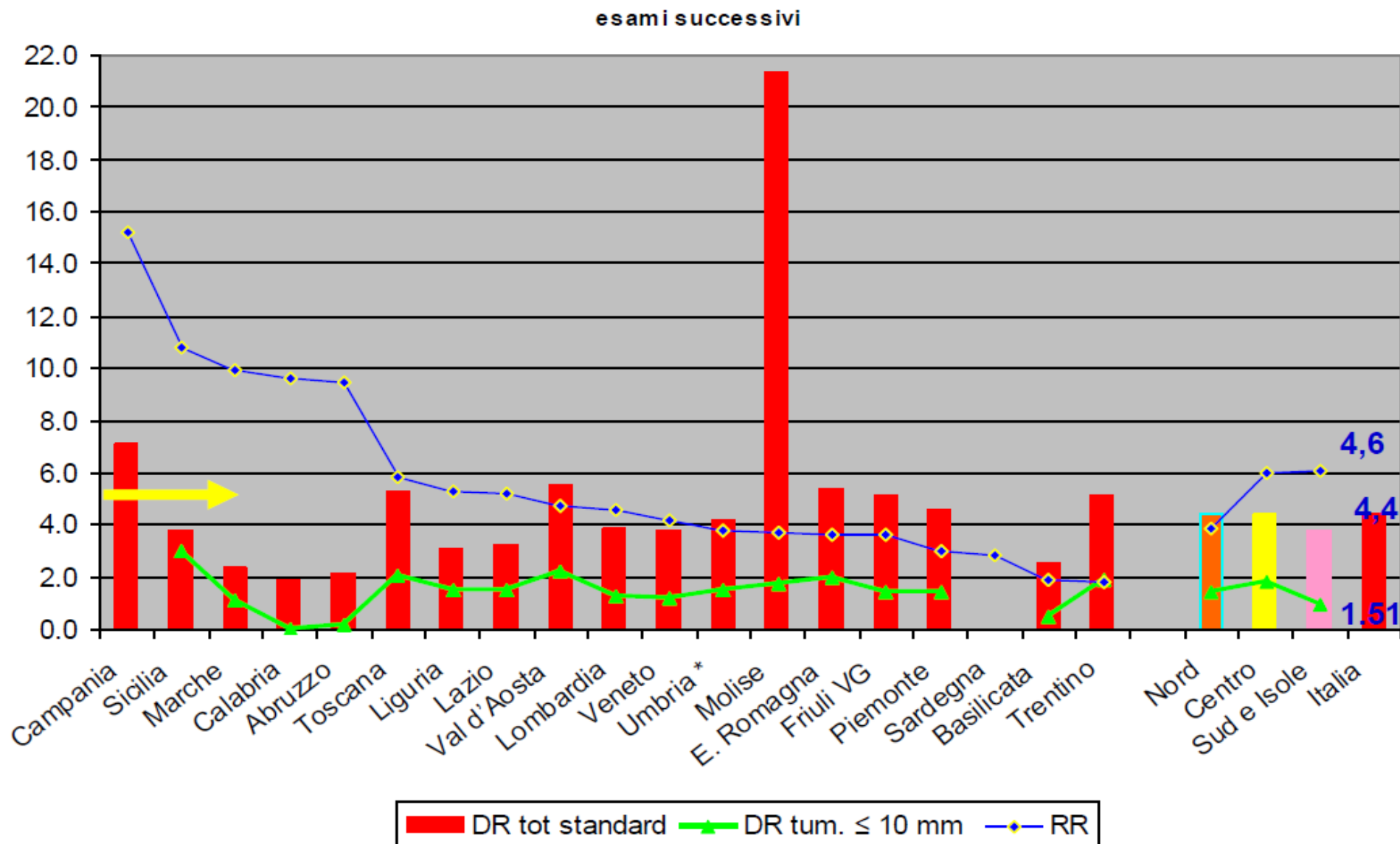
Anno 2008 37.1%

| | |
|-------------------------------|------------------|
| Totale donne esaminate | 1.336.221 |
|-------------------------------|------------------|

| | |
|--------------------|------------------------|
| Primi esami | 333.957 (25,0%) |
|--------------------|------------------------|

| | |
|-------------------------|--------------------------|
| Esami successivi | 1.002.264 (75,0%) |
|-------------------------|--------------------------|

RR (%), DR totale stand. (x 1000), DR tumori ≤ 10 mm (x 1000) – Esami successivi - 2009



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

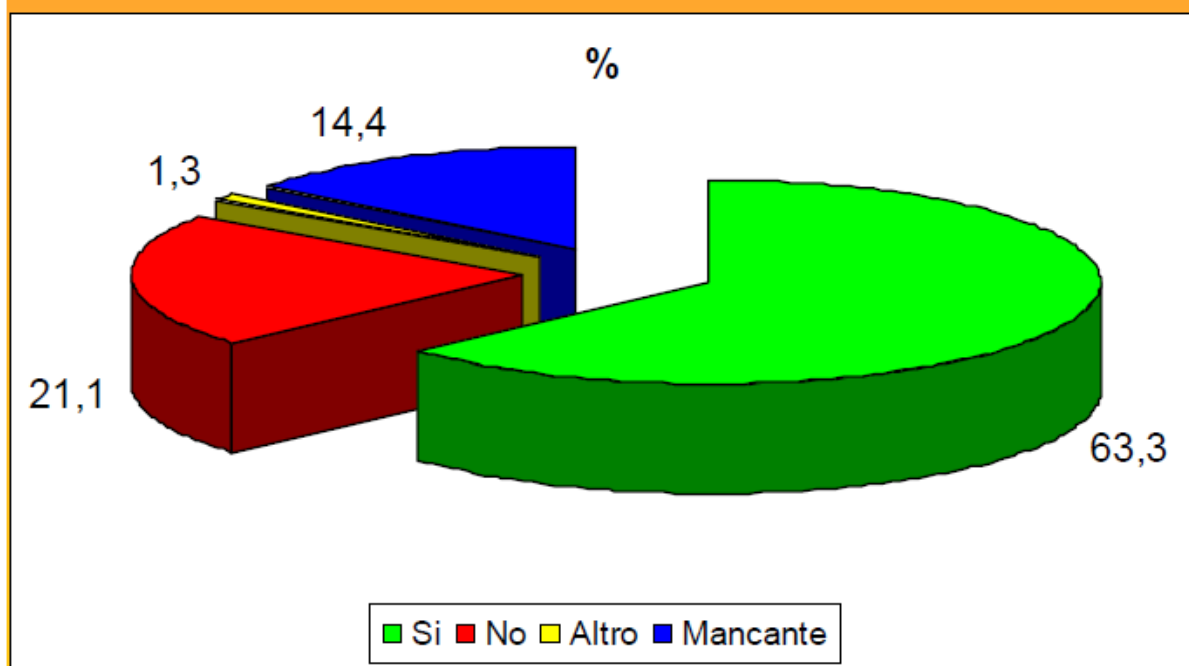
Documento Ministero Salute sui CI, 2008

Definizione⁹

Si intende per CI, sulla base delle Linee Guida Europee (European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis Fourth Edition; 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.

Indagine sui CI: 95 rispondenti

Ad oggi, sono stati mai cercati i CI ?

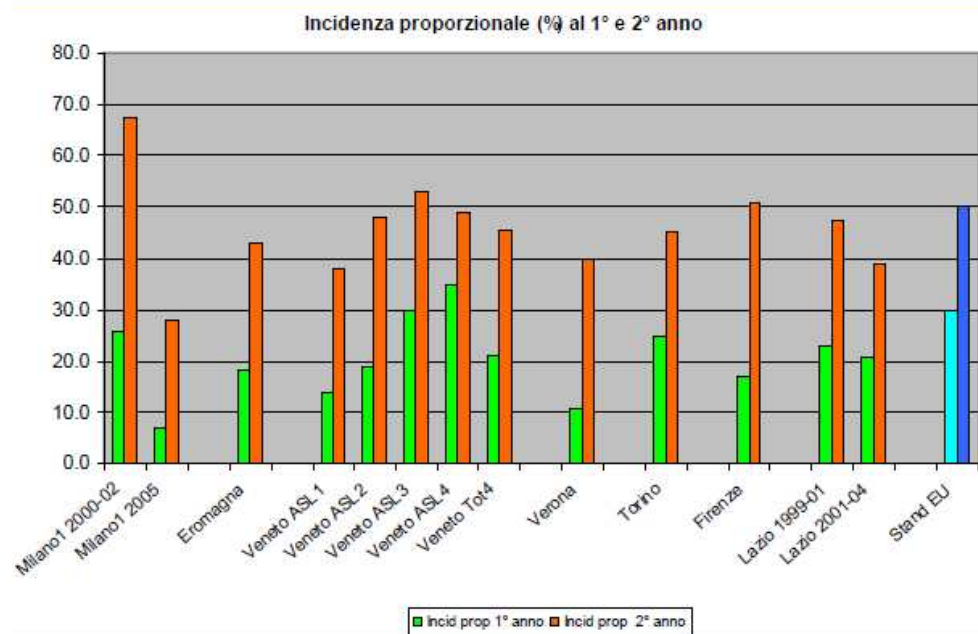


| | Num. | % |
|--------|------|-------|
| Si | 67 | 70,5 |
| No | 26 | 27,4 |
| Altro | 2 | 2,1 |
| Totale | 95 | 100,0 |

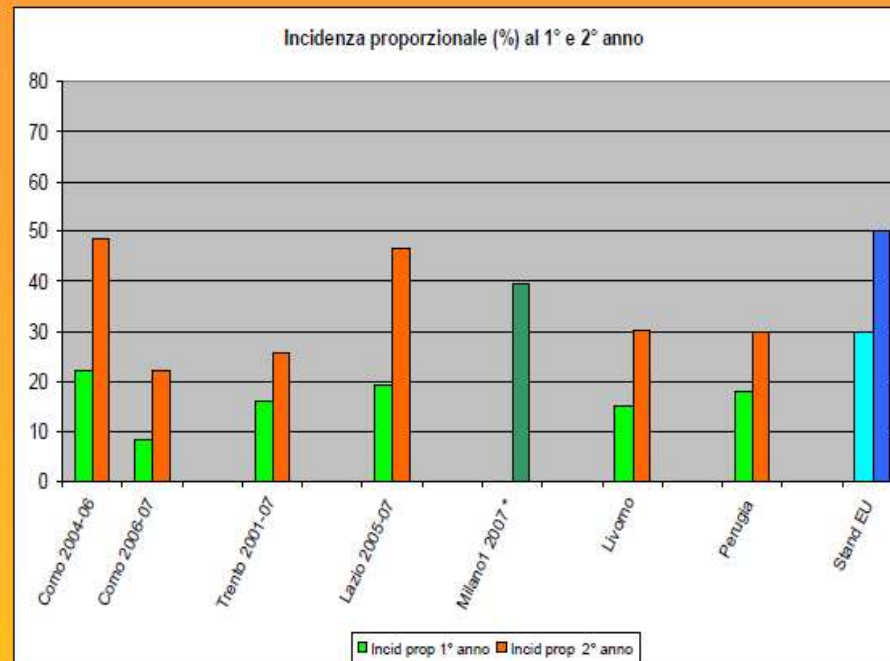
Altro: si, in modo non sistematico

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

Risultati incidenza proporzionale per anno (1 e 2)



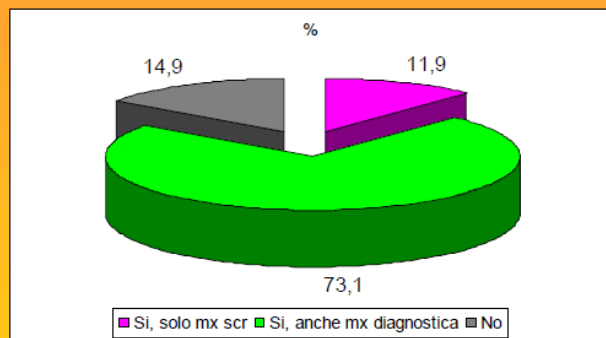
Risultati pubblicati su riviste



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 ?



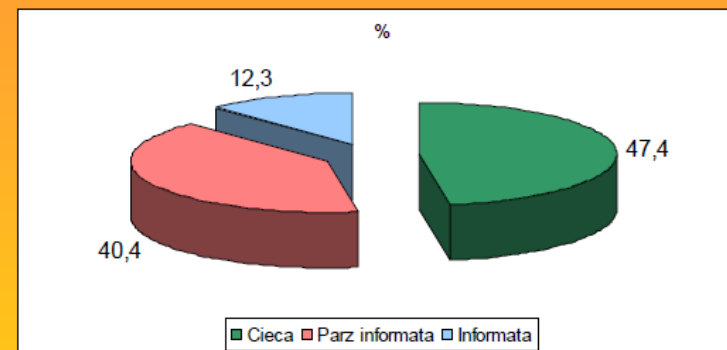
| | % | Num |
|--------------------------|------|-----------|
| Si, solo mx scr | 11,9 | 8 |
| Si, anche mx diagnostica | 73,1 | 49 |
| No | 14,9 | 10 |
| Totale | | 67 |

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 ?

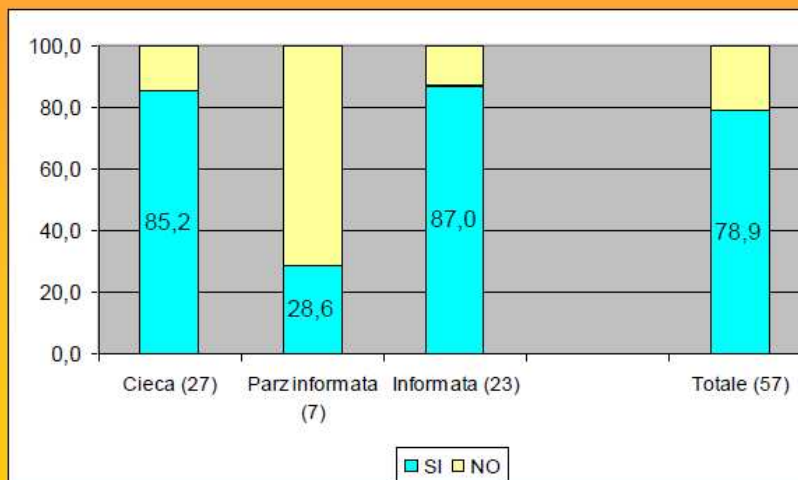


Calcolato sui programmi che hanno dichiarato di aver fatto la revisione radiologica

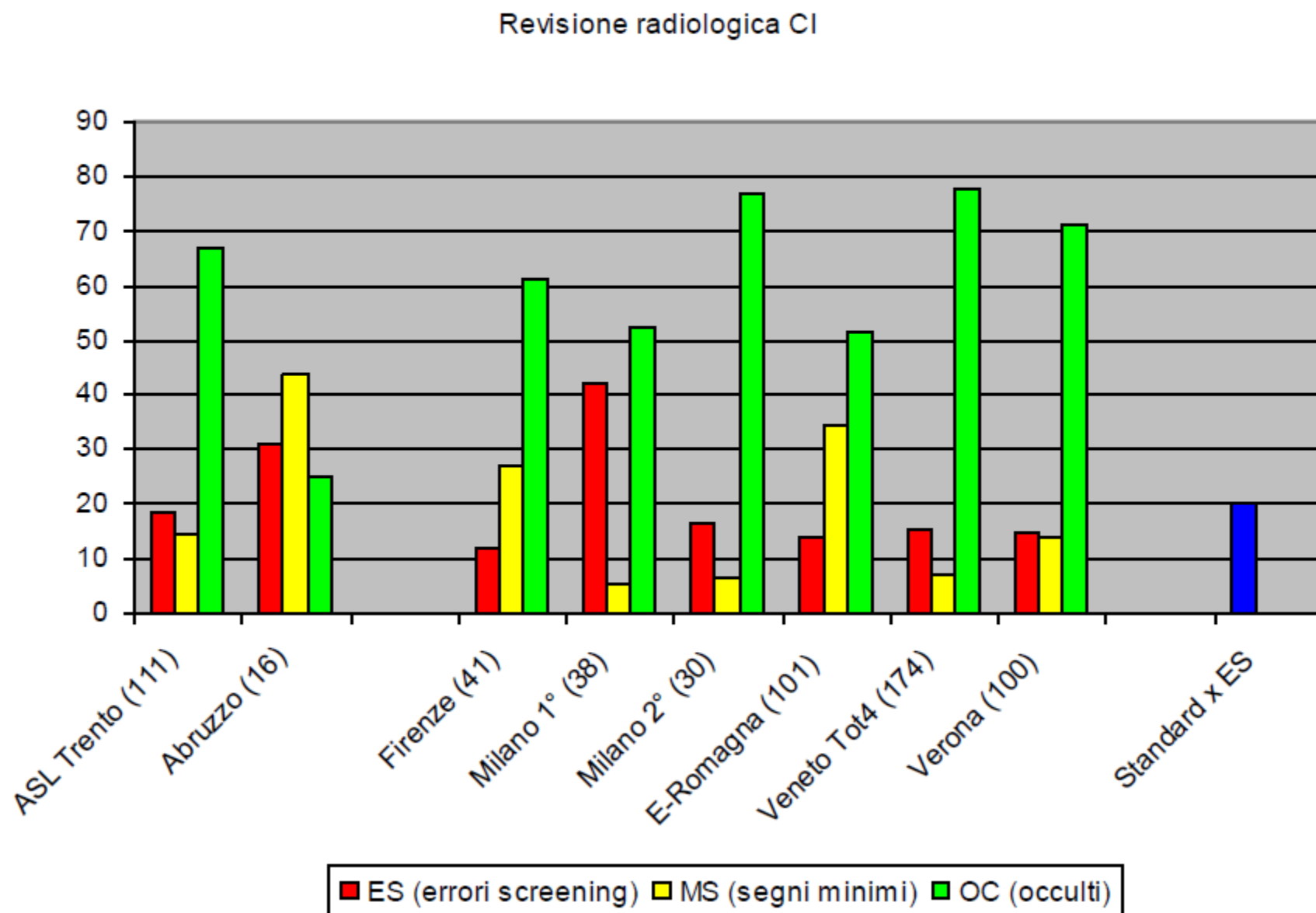
| | % | Num |
|----------------|------|-----------|
| Cieca | 47,4 | 27 |
| Parz informata | 40,4 | 23 |
| Informata | 12,3 | 7 |
| Totale | | 57 |

Indagine sui CI

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



Revisione radiologica cancro di intervallo



gis
ma
gruppo italiano screening
mammografico



CONVEGNO
NAZIONALE
GISMa 2011

Survey SQTM

Francesca Pietribiasi

**Anatomia Patologica
A.S.L. TO 5 PIEMONTE**

Gruppo survey sqtm

Numero di casi per Regione

| | |
|------|----------------|
| 57 | Valle d'Aosta |
| 1310 | Piemonte |
| 1129 | Emilia Romagna |
| 207 | Firenze |
| 481 | Lazio |
| 17 | Sassari |
| 439 | Milano |
| 3640 | |



Dati: SQTM Screening Italia 2009

((ID_PERS1<>'LOMBARDIA') OR (ID_PERS1 IS NULL))) AND ((ID_PERS1<>'SARDEGNA' × 3184/3640 lesioni

[S2] CHIRURGIA - No congelatore in cancri fino a 1 cm

Regione

× ID_PERS1 Regione



S2 No congelatore in cancri fino a 1 cm

411 / 496 = **82.9%** × 159 miss. (24.3%)



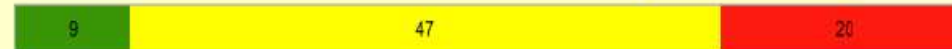
× Emilia Romagna

193 / 230 = **83.9%** × 64 miss. (21.8%)



× Lazio

9 / 29 = **31%** × 47 miss. (61.8%)



← Piemonte

145 / 168 = **86.3%** × 42 miss. (20%)



× Toscana

51 / 54 = **94.4%** × 5 miss. (8.5%)



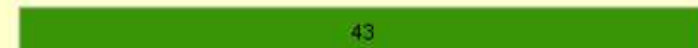
× Val d'Aosta

13 / 15 = **86.7%** × 1 miss. (6.3%)



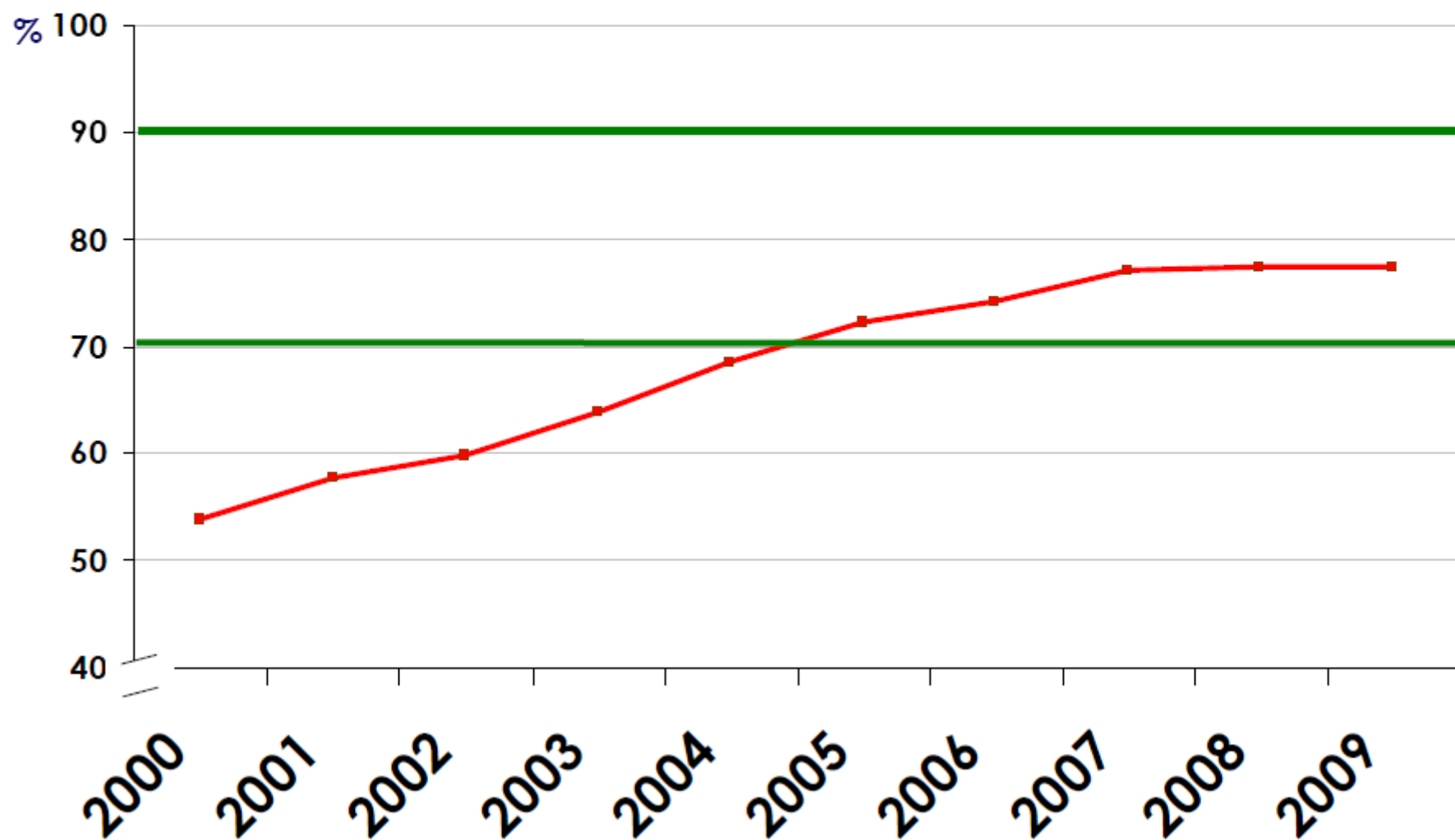
× Val d'Aosta

43 / 43 = **100%** ✓ 1 miss. (2.3%)



Diagnosi preoperatoria nei canceri (C5, B5)

Dati: SQTМ Screening Italia 2000-2009



Disuguaglianze di salute ed equity audit

Giuseppe Costa

Dip. Scienze Cliniche e Biologiche Università Torino

Servizio di Epidemiologia ASL TO3 Piemonte

Centro riferimento CCM e INMP

per i determinanti sociali di salute e salute in tutte le politiche

Palermo, 12 maggio 2011



Differenze sociali⁵ nella salute a Torino tra gli uomini negli anni 2000

| Titolo di studio | Incidenza infarto ¹ | Prevalenza diabete ² | Letalità in malati di tumore colon ³ | Mortalità ⁴ |
|------------------|--------------------------------|---------------------------------|---|------------------------|
| Alto | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Medio | 1.18 | 1.22 | 1.21 | 1.18 |
| Basso | 1.54 | 1.54 | 1.33 | 1.34 |

Disuguaglianze in tutte le dimensioni di salute

¹ aggiustato per

² aggiustato per

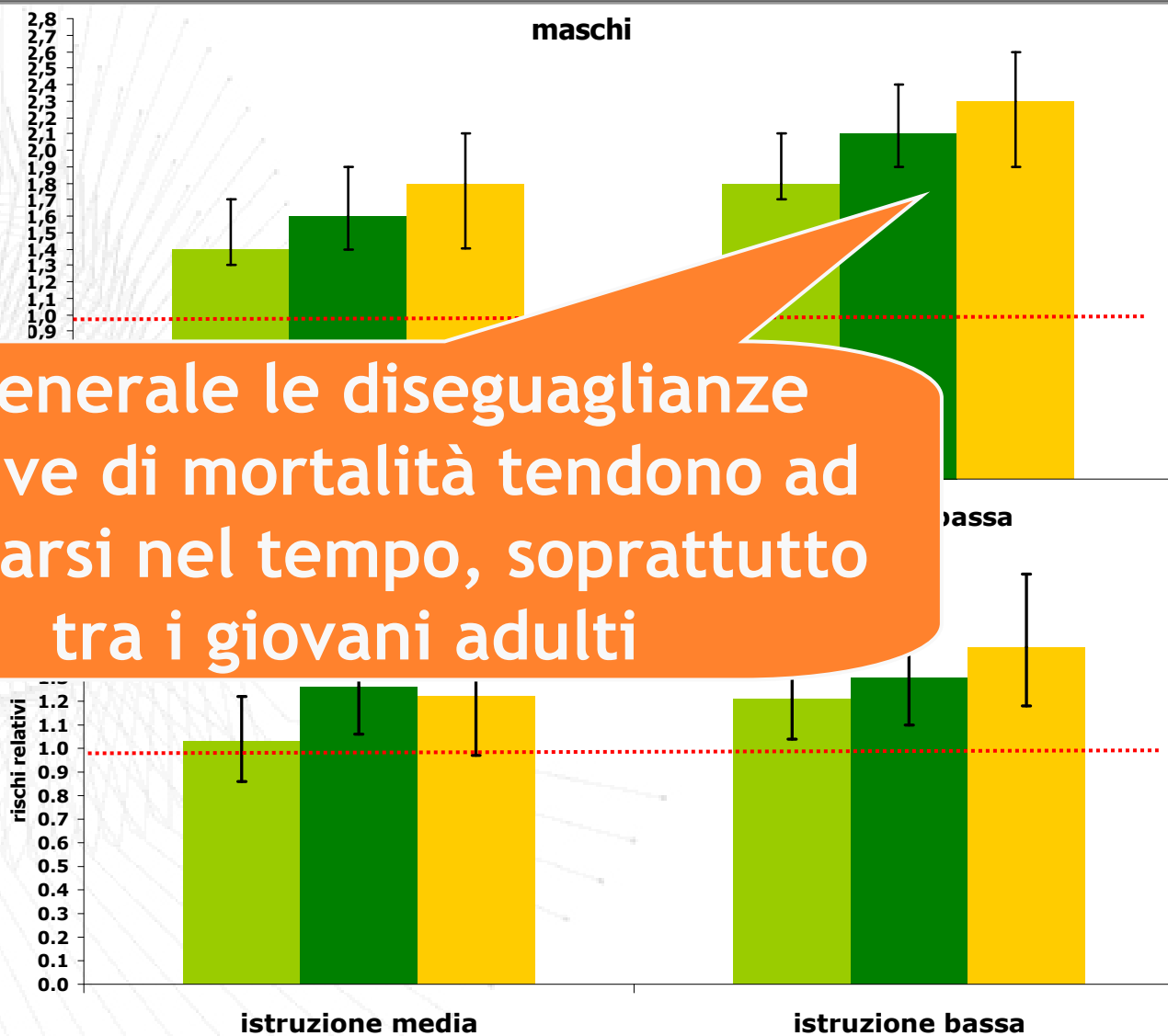
³ aggiustato per

⁴ aggiustato per età,

(2004)

⁵ tutte le differenze sono statisticamente significative ($p < 0,005$)

Mortalità (20-54 anni) per tutte le cause secondo il titolo di studio



Variazione% della mortalità 1991-2005 tra gli uomini adulti (30-59 anni) che hanno migliorato il livello di istruzione tra il 1981 e il 1991

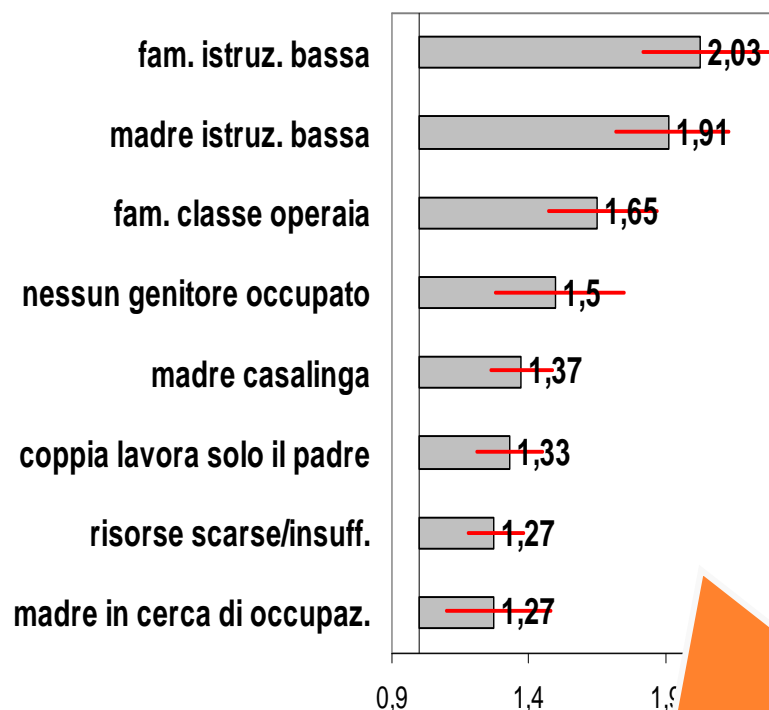
Titolo al 1981

| | nessuno | elementare | media | maturità |
|--------|---------|------------|-------|----------|
| uomini | -24.5 | -19.6 | -15.6 | -10.6 |

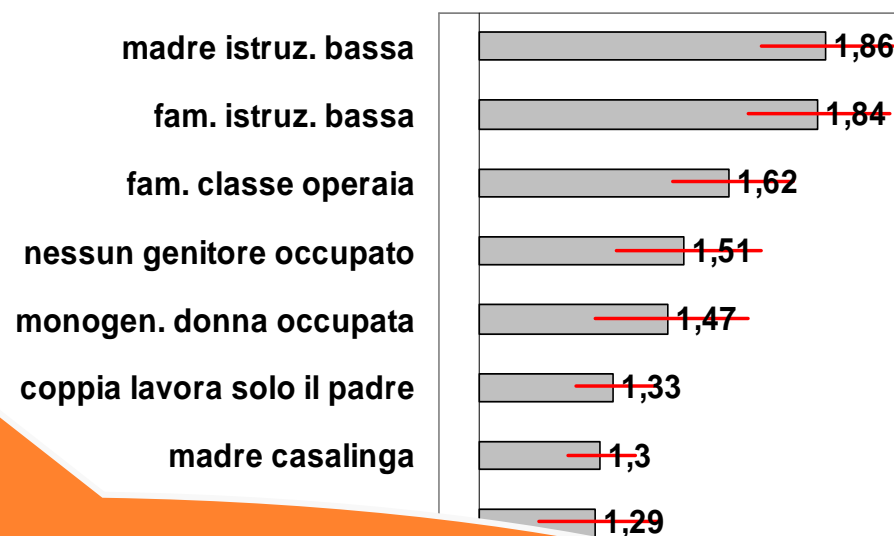
Il miglioramento nel livello di istruzione dell'adulto ("150 ore") è associato ad un miglioramento della mortalità

No esercizio fisico intensivo/regolare

FIGLI < 18 ANNI



FIGLIE < 18 ANNI



Buona parte degli stili di vita
insalubri presentano una
distribuzione sociale a sfavore dei
ceti più svantaggiati

Esposizione a traffico di tipo pesante: passaggio frequente nella strada di residenza, per istruzione dei genitori (Studio Sidria2)

Istruzione genitori

**% bambini esposti
(IC 95%)**

**Questioni di disparità
anche nei rischi
ambientali**

18 (16-20)

19 (17-21)

22 (20-24)

Scuola elementare

27 (23-30)

Differenze per istruzione in diversi indicatori di qualità dell'assistenza sanitaria a Torino

Le persone meno istruite sono più vulnerabili all'inappropriatezza

| in lel | Coronarografia in infarto acuto | Rivascolarizzaz. In infarto acuto | Ricoveri a per condizioni trattabili a livello ambulatoriale |
|-----------|------------------------------------|--------------------------------------|--|
| | 1 | 1 | 1 |
| | 0.93 (0.85 - 1.02) | 0.93 (0.85 - 1.02) | 1.12 (1.03-1.22) |
| | 0.83 (0.76 - 0.90) | 0.83 (0.76 - 0.91) | 1.19 (1.10-1.29) |

Differenze per istruzione in diversi indicatori di qualità dell'assistenza sanitaria a Torino

Le persone meno istruite incontrano limitazioni di accesso a procedure efficaci ed appropriate

| | Coronarografia in infarto acuto | Rivascolarizzaz. In infarto acuto | Ricoveri a per condizioni trattabili a livello ambulatoriale |
|-----|---------------------------------|-----------------------------------|--|
| | 1 | 1 | 1 |
| 40) | 0.93 (0.86 – 1.02) | 0.93 (0.85 – 1.02) | 1.12 (1.03-1.22) |
| | 0.83 (0.76 – 0.90) | 0.83 (0.76 – 0.91) | 1.19 (1.10-1.29) |

Differenze per istruzione in diversi indicatori di qualità dell'assistenza sanitaria a Torino

| Istruzione | Mortalità in cancro del colon | Coronarografia in infarto acuto | Rivascolarizzaz. In infarto acuto | Ricoveri a per condizioni trattabili a livello ambulatoriale |
|------------|-------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|--|
| Alta | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Media | 1.21 (1.05 - 1.40) | 0.93 (0.86 - 1.02) | 0.93 (0.85 - 1.02) | 1.12 (1.03-1.22) |
| Bassa | 1.33 (1.16 - 1.51) | 0.83 (0.75 - 0.92) | 0.83 | 1.19 |

Le persone meno istruite presentano esiti delle cure più sfavorevoli

% donne asintomatiche 50-69 con almeno una mammografia

| | mammografia | | |
|-------------------|------------------|-----------|-----------|
| | donne 50-69 anni | | |
| | 1999-2000 | 2004-2005 | % aumento |
| istruzione | | | |
| maturità e laurea | 70,0 | 79,3 | 13,3 |
| media inf. | 66,7 | 73,6 | 10,3 |
| elementare | 51,8 | 65,5 | 26,4 |
| | | 71,0 | 22,2 |

**La medicina d'iniziativa
è in grado di ridurre le
diseguaglianze di
accesso**

Perché l'*equity audit* nei percorsi

- ❖ In linea di principio i percorsi assistenziali sono un mezzo per affrontare le disuguaglianze e assicurare un equo accesso alle cure, perché si tratta di regole e procedure di comportamento organizzativo e clinico guidate solo dal bisogno e non dalla posizione sociale...
- ❖ In effetti pochi percorsi assistenziali hanno incorporato la posizione sociale nei relativi strumenti di sviluppo
- ❖ Tuttavia se il percorso assistenziale è guidato da prove scientifiche e da analisi organizzative che mascherano l'impatto della posizione sociale, allora le disuguaglianze esistenti possono anche essere rinforzate

Programma Integrato in Oncologia (P.I.O.). Interventi per ridurre le disuguaglianze nell'accesso allo screening, incrementare la partecipazione nella popolazione generale ed in sottogruppi specifici:

La fidelizzazione allo screening mammografico: primi risultati

IL GRUPPO DI LAVORO

Torino – L. Giordano, A. Caprioglio (CPO Piemonte)

Roma – A.Barca, S.Farchi, D.Baiocchi, E.Lapucci (ASP Lazio) M.L.Mangia (ASL RM/B)

Veneto – C. Fedato (Istituto Oncologico Veneto) M.Chinellato, N. Raccanello (Regione Veneto)

Firenze – D.Puliti, P. Falini, M.Zappa (ISPO)

Bologna – N.Collina, P.Baldazzi, L.Pizzi (AUSL di Bologna)

Perugia – M.Petrella, G. Vallesi (ASL n.2 dell'Umbria)

Fonte dei dati:

archivi regionali del PS mammografico (comuni di Firenze e Torino, la ASL/RMB di Roma, Bologna e ASL/2 di Perugia e 5 ASL della regione Veneto)

Selezione:

Donne con tre inviti successivi, età 49 e i 65 anni, e con esito negativo su tutti gli inviti

Analisi statistica:

modello logistico - *det. individuali* - Età, St. civile, Cittadinanza e Indicatore di pos. socio-economica sez. di censimento/comune di residenza (PSE);

aggiustamento per info di *Accessibilità* e di *Percorso*

Modelli separati per centro e per indicatore

Età

Le donne di età più giovane sembrano fidelizzarsi maggiormente se confrontate con quelle che non hanno mai aderito

Meno chiara è la tendenza quando le fidelizzate si confrontano con le donne che hanno aderito al primo dei tre inviti considerati

Cittadinanza/luogo di nascita

Le donne di cittadinanza straniera o nate all'estero si fidelizzano meno qualsiasi popolazione di confronto si prenda

Stato civile

Le non coniugate si fidelizzano meno qualsiasi popolazione di confronto si prenda, ad eccezione di Roma, dove le “nubili” si comportano come le coniugate

Posizione socio-economica

Le donne residenti in aree molto deprivate tendono a fidelizzarsi meno delle donne residenti in aree privilegiate. Tale risultato a Roma vale solo se la popolazione di confronto è quella che non aderisce mai.

occorre approfondire questi primi risultati attraverso ulteriori analisi:

- ✓ E' possibile che tra i fattori individuali esistano interazioni che devono essere testate
- ✓ andrebbero aggiunte e studiate le informazioni relative all'accessibilità e al percorso di screening, e andrebbe valutata la loro relazione con la fidelizzazione
- ✓ inoltre, sarebbe interessante inserire informazioni relative alla partecipazione ad altre azioni di prevenzione come lo screening citologico

Equità nel percorso assistenziale del tumore della mammella

T. Spadea¹, N. Zengarini¹, A. Ponti², M. Tomatis², D. Casella², G. Costa^{1,3}

1. S.C.a D.U. Epidemiologia, ASL TO3 Piemonte

2. Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica (C.P.O) Piemonte

3. Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia, Università di Torino

OBIETTIVO GENERALE

Identificare aree critiche nell'organizzazione del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale (PDTA) del tumore della mammella che necessitino di specifici interventi di contrasto alle diseguaglianze sociali

OBIETTIVO SPECIFICO

Analisi delle diseguaglianze sociali nella qualità della diagnosi e del trattamento in termini di tempestività ed appropriatezza

Lo studio si basa su **record-linkage** individuale tra fonti informative correnti, amministrative e sanitarie

- ❑ **ARCHIVIO SULLA QUALITA DELLA DIAGNOSI E DELLA TERAPIA DEL TUMORE DELLA MAMMELLA (SQTM)**
 - ✓ casi diagnosticati allo screening e intervallo tra il 1/1/1995 e il 31/12/2008
 - ✓ residenti nella città di Torino
 - ✓ età 50-70 anni alla diagnosi

- ❑ **STUDIO LONGITUDINALE TORINESE (SLT)**
 - ✓ anagrafe storica comunale (residenti a Torino in un qualsiasi momento dal 1971 ad oggi)
 - ✓ informazioni socio-demografiche censuarie:
 - Titolo di studio → risorse culturali
 - Condizione occupazionale → risorse economiche / rete sociale
 - Qualità dell'abitazione → risorse materiali accumulate

Intervento entro 4 settimane dalla prescrizione

Rischio relativo di insuccesso

RISULTATI

| | N | % insucc | RR ¹ IC 95% | RR ² IC 95% |
|---------------------------------|-------|-------------|---------------------------|---------------------------|
| Periodo | | | | |
| 1995-2002 (pre linee guida) | 1,523 | 54.4 | 1 | 1 |
| 2003-2008 (post linee guida) | 1,421 | 64.0 | 1.17 (1.10-1.24) | 1.15 (1.08-1.22) |
| T | | | | |
| IS | 533 | 68.9 | 1 | 1 |
| Imic\IB | 913 | 58.4 | 0.84 (0.77-0.91) | 0.84 (0.78-0.92) |
| IC | 1,039 | 57.1 | 0.82 (0.76-0.89) | 0.81 (0.75-0.88) |
| IIIIIIV | 415 | 53.3 | 0.77 (0.69-0.86) | 0.79 (0.71-0.88) |
| Screening | | | | |
| Screening detected | 2,613 | 59.7 | 1 | 1 |
| Intervallo | 331 | 54.4 | 0.92 (0.83-1.02) | 0.96 (0.87-1.07) |
| Reperto | | | | |
| Riferimento screening | 1,247 | 57.2 | 1 | 1 |
| Altro | 1,540 | 62.9 | 1.10 (1.03-1.17) | 1.09 (1.03-1.17) |
| Istruzione | | | | |
| Alta | 637 | 52.9 | 1 | 1 |
| Media | 1,106 | 58.8 | 1.11 (1.01-1.21) | 1.07 (0.98-1.17) |
| Bassa | 1,161 | 62.5 | 1.16 (1.07-1.27) | 1.11 (1.01-1.22) |
| Condizione Occupazionale | | | | |
| Occupata | 675 | 55.4 | 1 | 1 |
| Non Occupata | 1,093 | 60.6 | 1.07 (0.98-1.16) | 1.03 (0.94-1.13) |
| Ritirata dal lavoro | 1,136 | 59.6 | 1.04 (0.95-1.13) | 1.04 (0.95-1.14) |
| Tipologia Abitativa | | | | |
| Agiata | 1,212 | 55.9 | 1 | 1 |
| Media | 1,145 | 62.0 | 1.10 (1.03-1.18) | 1.06 (0.99-1.14) |
| Disagiata | 494 | 59.7 | 1.07 (0.98-1.16) | 1.00 (0.92-1.10) |

¹ RR da modelli indipendenti con le variabili prese singolarmente e aggiustate solo per età

² RR dal modello in cui tutte le variabili sono aggiustate reciprocamente e per età

Ricostruzione immediata

Rischio relativo di insuccesso

RISULTATI

| | N | % insucc | RR ¹ IC 95% | RR ² IC 95% |
|---------------------------------|-----|-------------|---------------------------|---------------------------|
| Periodo | | | | |
| 1995-2002 (pre linee guida) | 306 | 72.6 | 1 | 1 |
| 2003-2008 (post linee guida) | 205 | 62.4 | 0.83 (0.73-0.94) | 0.92 (0.80-1.06) |
| T | | | | |
| IS | 70 | 44.3 | 1 | 1 |
| Imic\IB | 100 | 65 | 1.44 (1.08-1.92) | 1.36 (1.01-1.83) |
| IC | 146 | 71.2 | 1.56 (1.19-2.05) | 1.47 (1.11-1.96) |
| II\III\IV | 177 | 75.7 | 1.68 (1.29-2.19) | 1.58 (1.21-2.08) |
| Screening | | | | |
| Screening detected | 380 | 67.9 | 1 | 1 |
| Intervallo | 131 | 70.2 | 1.05 (0.93-1.20) | 1.02 (0.90-1.17) |
| Reperto | | | | |
| Riferimento screening | 213 | 70.4 | 1 | 1 |
| Altro | 266 | 67.3 | 0.94 (0.84-1.06) | 0.98 (0.87-1.11) |
| Istruzione | | | | |
| Alta | 133 | 57.9 | 1 | 1 |
| Media | 181 | 68.5 | 1.16 (0.97-1.37) | 1.10 (0.91-1.34) |
| Bassa | 189 | 76.7 | 1.25 (1.06-1.46) | 1.23 (1.02-1.47) |
| Condizione Occupazionale | | | | |
| Occupata | 109 | 51.4 | 1 | 1 |
| Non Occupata | 190 | 75.8 | 1.36 (1.11-1.67) | 1.23 (0.98-1.53) |
| Ritirata dal lavoro | 204 | 71.6 | 1.23 (1.00-1.52) | 1.15 (0.91-1.44) |
| Tipologia Abitativa | | | | |
| Agiata | 230 | 68.7 | 1 | 1 |
| Media | 176 | 70.5 | 1.03 (0.91-1.17) | 0.96 (0.84-1.10) |
| Disagiata | 85 | 63.5 | 0.91 (0.76-1.09) | 0.83 (0.68-1.01) |

¹ RR da modelli indipendenti con le variabili prese singolarmente e aggiustate solo per età

² RR dal modello in cui tutte le variabili sono aggiustate reciprocamente e per età



SESSIONE III.

Valutazione degli esiti estetici nel trattamento conservativo

Moderatori: *G. Catanuto, D. Terribile*

Inquadramento teorico - [M. P. Mano](#)

Dai dati disponibili - [L. Lozza](#), [F. Caruso](#)

Dagli abstract pervenuti, Commenti - [S. Folli](#)

Sintesi finale - [M. Taffurelli](#)



CONVEGNO
NAZIONALE
GISMa 2011

Valutazione degli esiti estetici nel trattamento conservativo

Inquadramento teorico

MARIA PIERA MANO



La scelta del trattamento rispettando i rischi oncologici deve essere meno mutilante possibile sul piano estetico e sul piano funzionale



La qualità del trattamento deve essere misurata con appositi indicatori



Gli indicatori misurano l'aderenza alle raccomandazioni



Gli indicatori misurano la adeguatezza del tipo di trattamento scelto



Gli indicatori misurano l'esito del trattamento in termini oncologici estetici e di complicanze



Non ci sono indicatori che diano le raccomandazioni per il tipo di Intervento conservativo della mammella

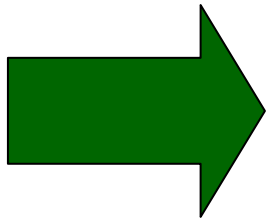
Non ci sono indicatori che valutino l'esito degli interventi conservativi

Occorre misurare:

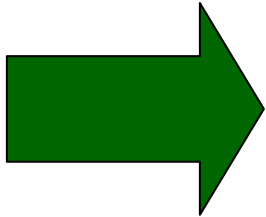
- l'adeguatezza di tessuto asportato**
- l'adeguatezza di asportazione della cute**
- la simmetria nelle dimensioni**
- la simmetria della sede complesso areola capezzolo**

In conclusione è importante che a livello nazionale ci si attivi per elaborare un documento di consenso e che nel monitoraggio della qualità venga inserita anche la valutazione degli esiti estetici

Valutazione degli esiti estetici



della radioterapia



del trattamento conservativo

ESITI ESTETICI DELLA RADIOTERAPIA.

EFFETTI COLLATERALI

ACUTI:
reazioni cutanee

TARDIVI:
latenza
reazioni cutanee
teleangectasie
Fibrosi
linfedema

REGIMI IPOFRAZIONATI

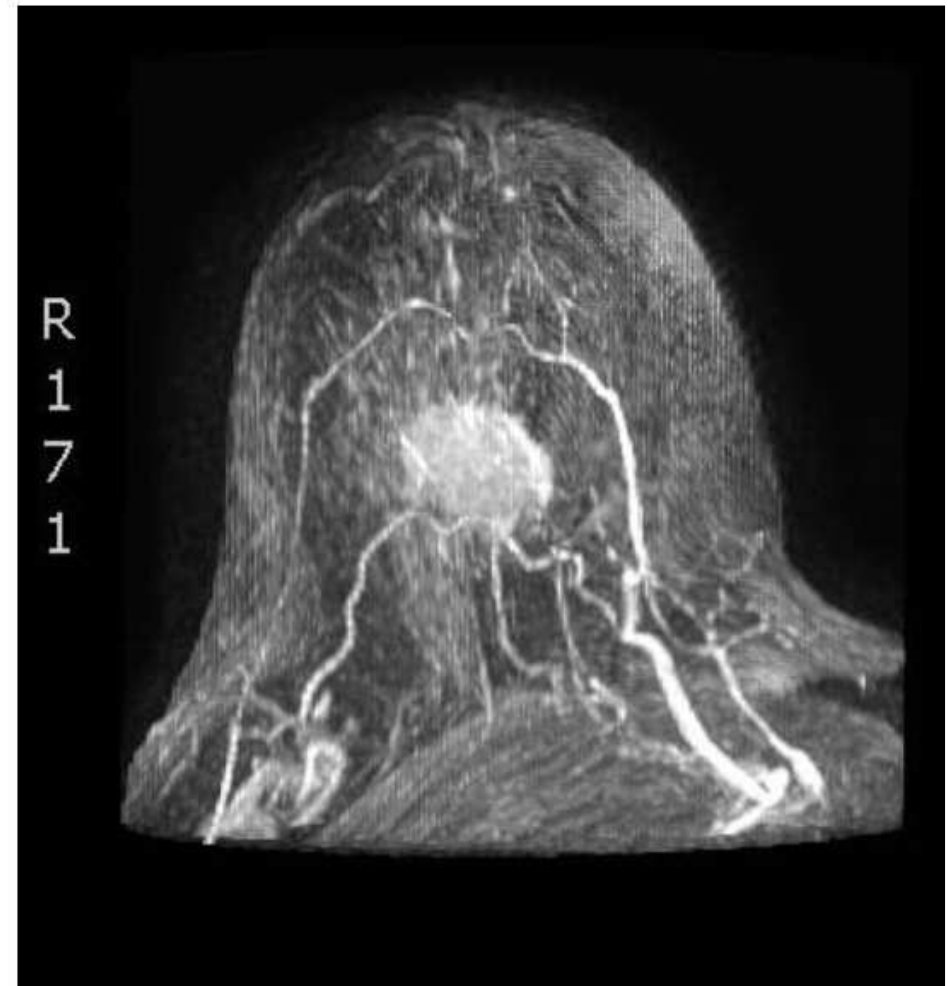
IL BOOST



Raccomandazioni

Fase preoperatoria

- *Consenso informato*
- *Accurata stadiazione del tumore e creazione del progetto operatorio*
- *Disegnare la paziente in ortostatismo*
- *Tipizzazione del tumore e RMN se si prevedono tecniche oncoplastiche*





Raccomandazioni

Fase intraoperatoria

- *Paziente in posizione seduta*
- *Campo operatorio a tutto torace*
- *Riparare sempre il difetto ghiandolare*
- *Controllo finale della simmetria*





Raccomandazioni

- *Documentazione fotografica preoperatoria del progetto operatorio post operatoria immediata e a distanza*
- *Discussione collegiale dei risultati non soddisfacenti*
- *Compilazione di questionari per la valutazione della soddisfazione delle pazienti*



Chirurgia Oncoplastica

Chi la deve eseguire????

Chi la sa fare!!!!!!

FORMAZIONE !!!!!: per giovani chirurghi
(indirizzi nelle Scuole di Specialità Chirurgiche)
o per chi si voglia dedicare o si dedica già alla
Chirurgia Senologica (Master)

La Chirurgia Oncoplastica richiede tempi operatori più lunghi, non sono tecniche semplici, occorrono oltre a chirurghi dedicati, spazi dedicati, risorse dedicate

Cosa deve saper fare oggi il Chirurgo Senologo?

Disponibilità delle risorse

Radicalità oncologica



Risultato cosmetico

Desideri della paziente



SESSIONE IV.

Risonanza magnetica e screening: stadiazione preparatoria e implicazioni organizzative

Moderatore: *A. Frigerio*

Inquadramento teorico - [P. Panizza](#)

Dai dati disponibili - [G. Saguatti](#)

Dagli abstract pervenuti, Commenti - *R. Ienzi*

Sintesi finale - *A. Frigerio*

Risonanza Magnetica La Risonanza Magnetica (RM) non è un'indagine proponibile ai fini dello screening, se non come completamento diagnostico di bilancio pre-operatorio per valutare l'esatta estensione di lesioni mal definibili e per escludere multifocalità e multicentricità. L'indagine ha un'elevata sensibilità (95-100% per i carcinomi infiltranti e 80% per i carcinomi in situ) ma una bassa specificità (80%)

Allo stato attuale, la RM mammaria è da considerarsi tecnica da impiegare solo a integrazione della mammografia e dell'ecografia. Le indicazioni principali sono :

- studio di donne a rischio genetico o elevato rischio familiare per carcinoma mammario: l'associazione della RM agli esami tradizionali permette, grazie all'angiogenesi, di identificare un discreto numero di tumori non altrimenti riconoscibili (tale contributo è particolarmente elevato nelle mammelle radiologicamente dense);
- valutazione di donne con protesi;
- valutazione di mammelle di difficile interpretazione alle tecniche tradizionali e discrepanza tra differenti approcci diagnostici;
- guida per prelievi cito/istologici di lesioni evidenziabili solo con RM;
- ricerca di carcinoma primitivo occulto quando gli esami tradizionali siano negativi;
- monitoraggio delle lesioni mammarie trattate con chemioterapia neoadiuvante prechirurgica (definizione più precisa delle dimensioni della lesione residua, differenziandola dalle componenti necrotica e fibrotica);
- follow-up della mammella sottoposta a chirurgia conservativa e/o a radioterapia, qualora gli esami tradizionali pongano dubbi nella diagnosi differenziale tra recidiva e cicatrice.

- ✓ Il vantaggio ottenibile dallo studio con RM pre-operatoria appare al momento troppo ridotto per suggerirne sistematico impiego.
- ✓ La ridotta evidenza di efficacia suggerisce la necessità di adeguata informazione alla donna (e al mondo sanitario!)
- ✓ La alta sensibilità della RM deve confrontarsi con la storia biologica della malattia neoplastica e con la efficacia del trattamento oncologico
- ✓ L'accesso alle unità RM è limitato, con tempi di attesa eccessivamente lunghi, per la ridotta disponibilità delle unità (talvolta anche per le indicazioni inappropriate...)
- ✓ L'inserimento di una valutazione RM modifica i tempi di percorso (da considerarsi per i relativi indicatori)
- ✓

Parliamone ancora ... magari con SIRM

Programma del convegno 12-13 maggio 2011



APPROFONDIMENTO TEMATICO

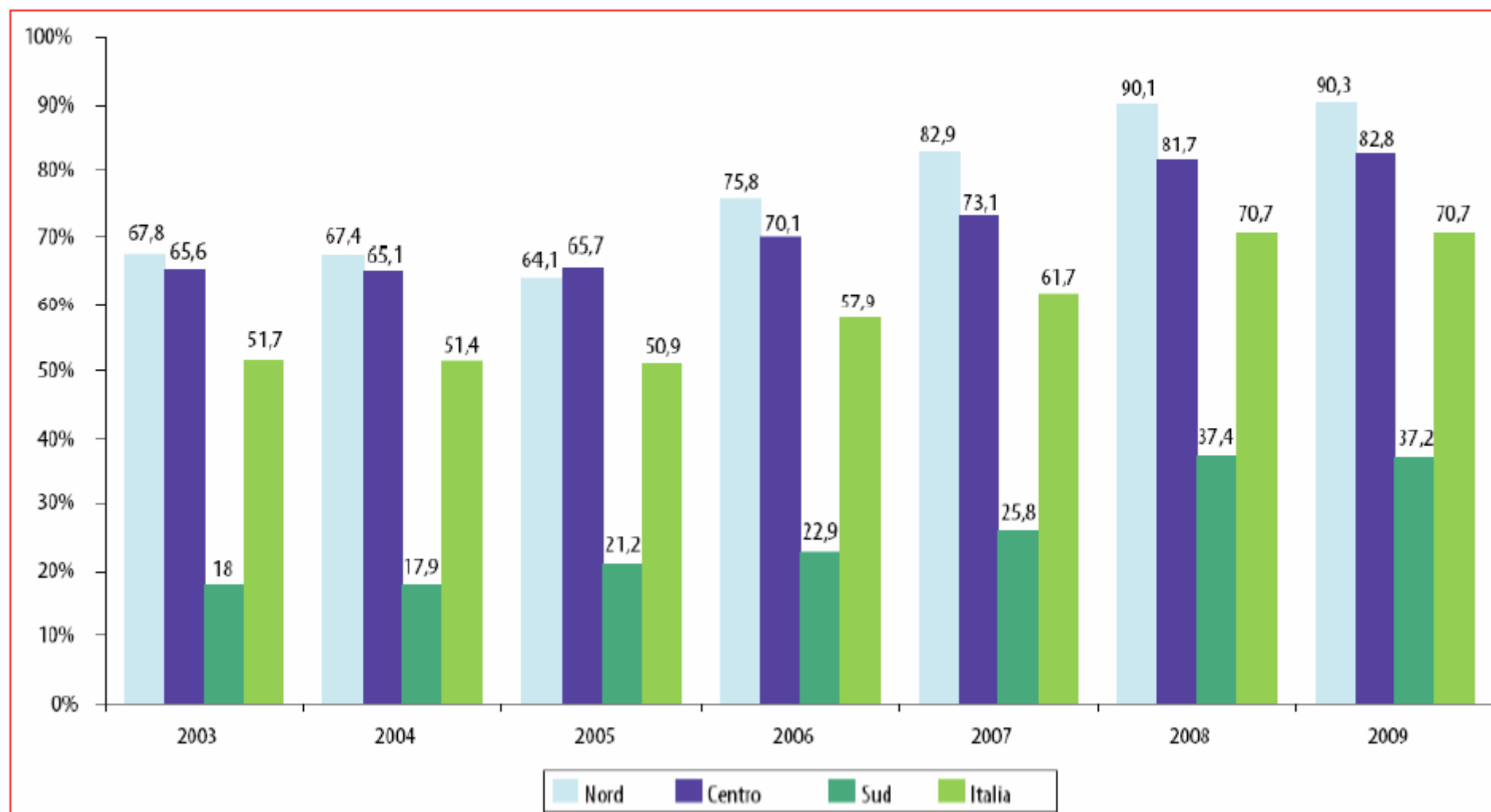
**L'Italia divisa degli screening: riflessione
congiunta tra professionisti, associazioni
e cittadini**

Moderatori: *L. Giordano, G. Saguatti*

Relazione tecnica di [F. Falcini](#)

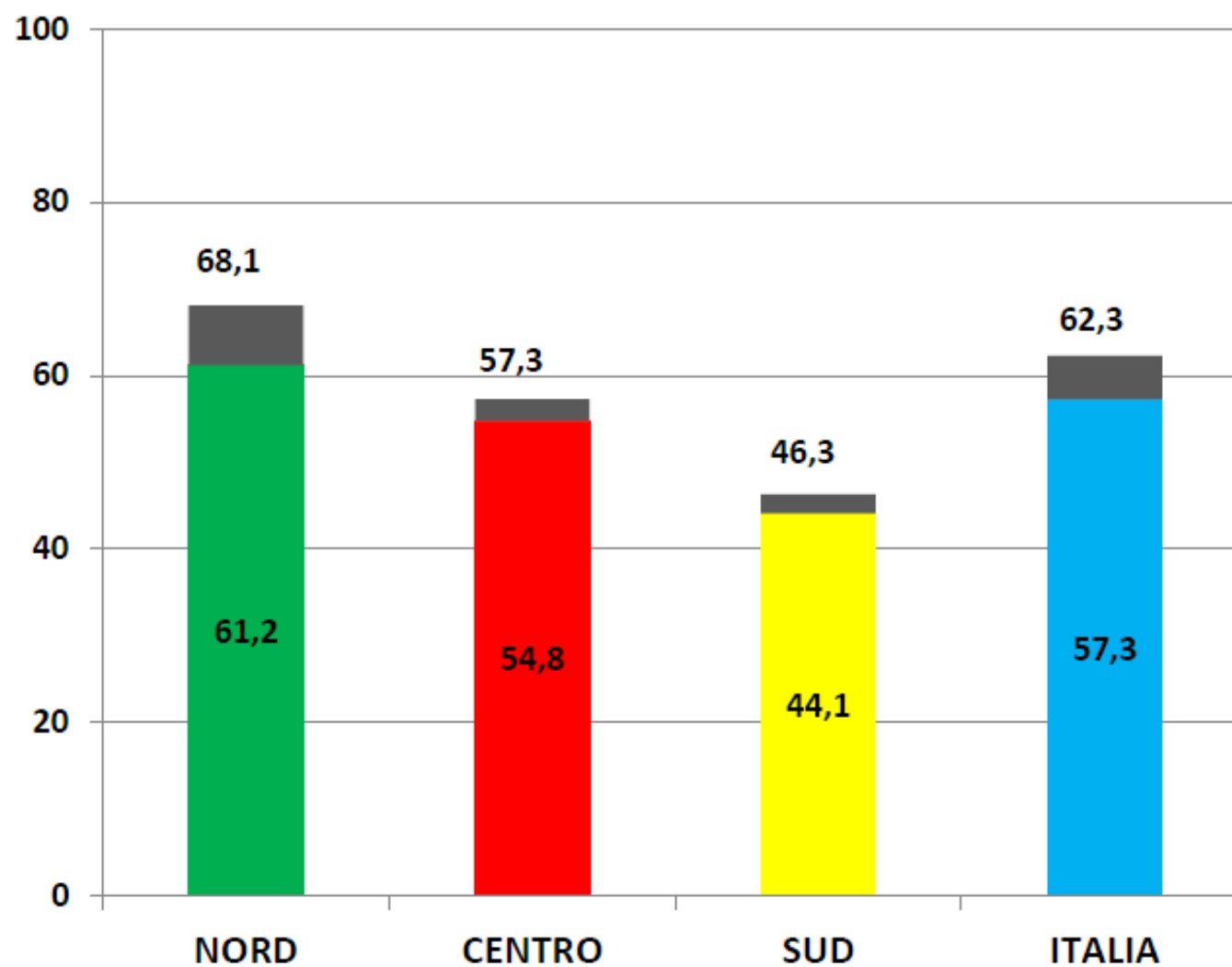
Dai dati delle survey GISMa

Estensione effettiva dei programmi di screening del tumore della mammella per zona geografica 2003-2009



Estensione effettiva: % donne 50-69enni che ricevono regolarmente la lettera di invito che dà il via all'episodio-screening.

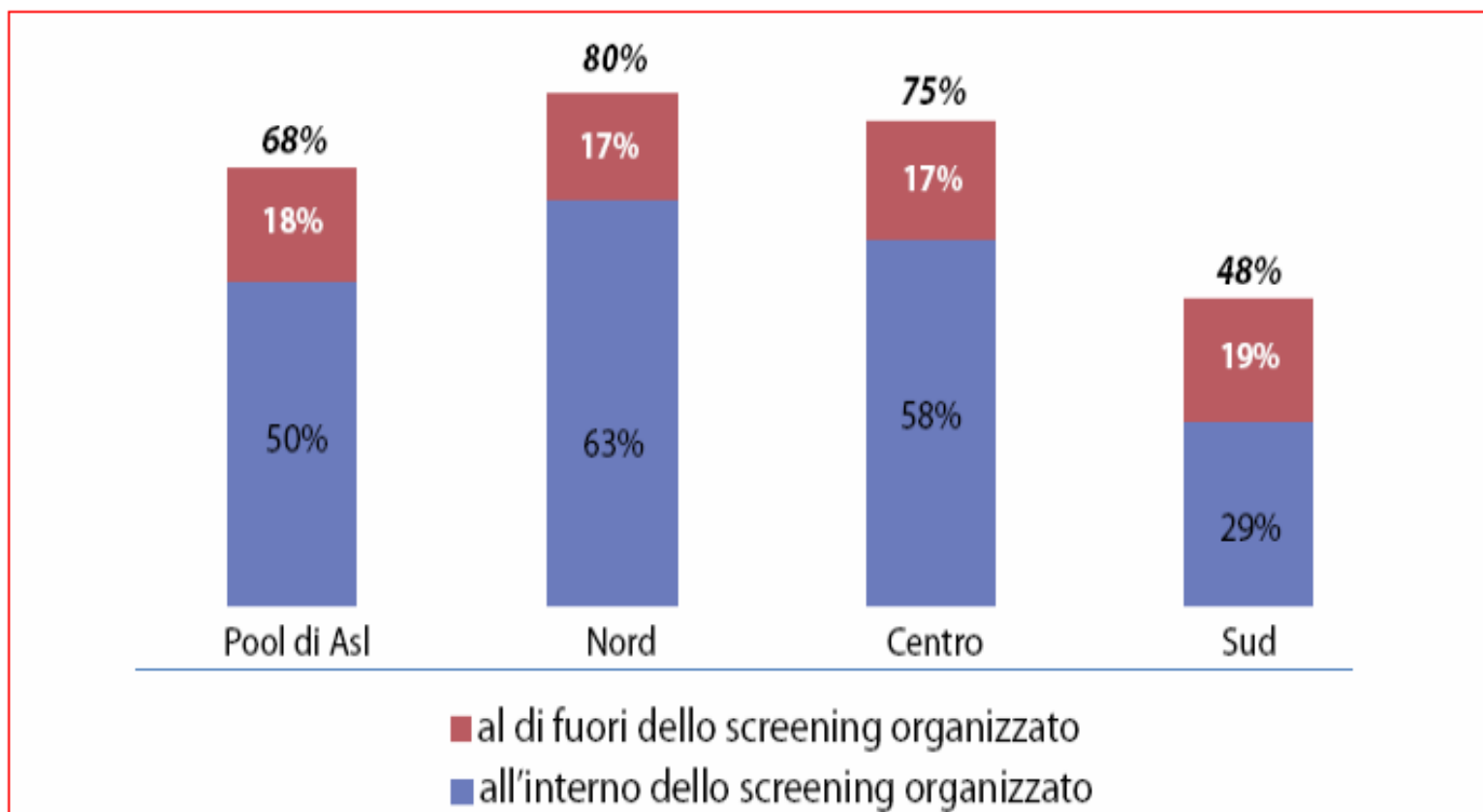
Adesione grezza e corretta (%), survey 2009



Dallo studio PASSI

Copertura della mammografia secondo PASSI

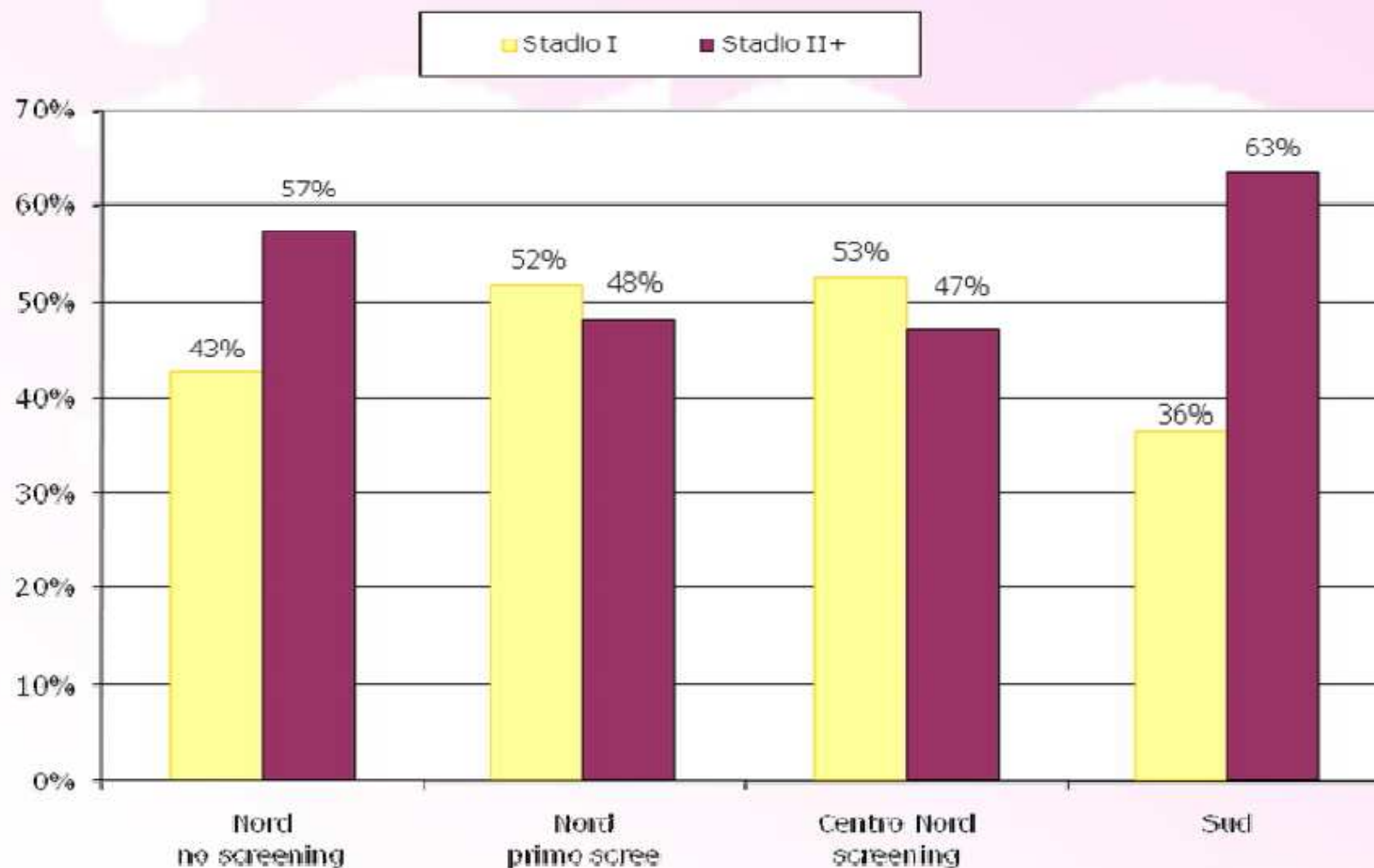
Donne 50-69enni(%) con mammografia eseguita negli ultimi 2 anni. Pool PASSI, 2009 (n=7.349)



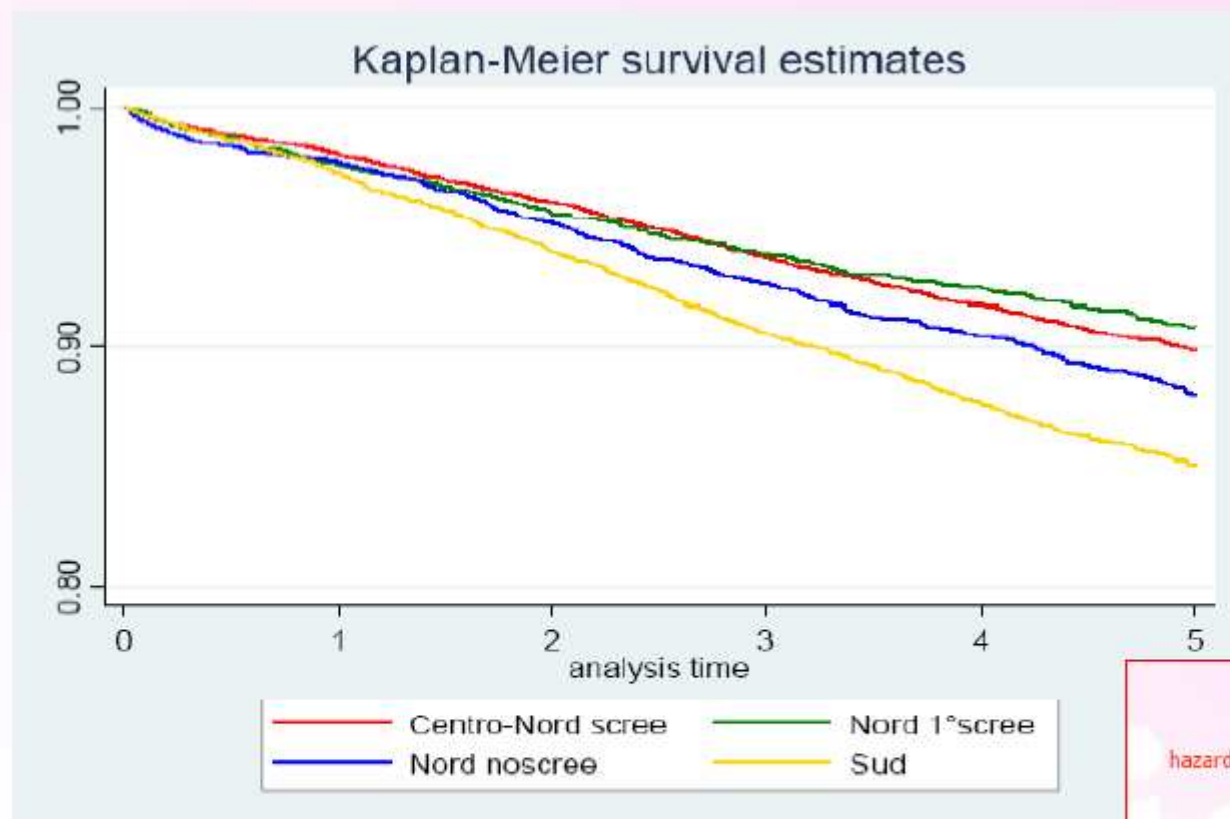
La stima della copertura dentro e fuori dai programmi di screening organizzati è stata effettuata mediante un indicatore proxy sull'aver pagato o meno l'esame

Dallo studio IMPATTO

Proporzione di k in stadio precoce e avanzato per ripartizione. Età 50-69 anni.
(hp: 2/3 degli ignoti sono considerati k in stadio avanzato).



Sopravvivenza causa-specifica a 5 anni per area geografica



--- 91% (n=4.645)
 --- 90% (n=18.056)
 --- 88% (n=4.566)
 --- 85% (n=6.438)

$p < 0.0001$

Nord e Centro Italia: 90%

vs

Sud Italia: 85%

$p < 0.0001$

MODELLO DI COX:
hazard ratio aggiustati per classe quinquennale di età

| | HR (95%CI) adj per età |
|-------------------|---------------------------|
| Centro-Nord scree | 1 |
| Nord primo scree | 0.91 (0.81 - 1.02) |
| Nord no scree | 1.16 (1.05 - 1.30)* |
| Sud | 1.54 (1.41 - 1.68)* |

* p-value < 0.05



TAVOLA ROTONDA

Le Breast Unit e i processi di accreditamento e certificazione

Moderatori: *L. Bisanti, A. Ponti*

Il percorso istituzionale - [A. Federici](#)

Le Breast Unit - [M. Rosselli del Turco](#)

Lesioni ad incerto potenziale maligno diagnosticate alla vacuum-assisted breast biopsy (VABB): escissione o follow-up? - [F. Marchisio](#)

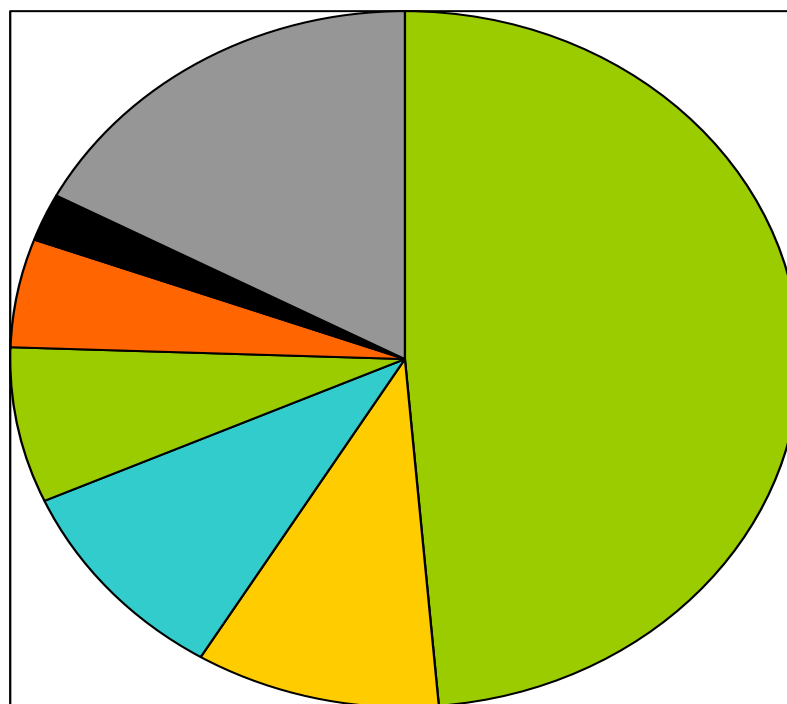
Considerazioni conclusive

- La diagnosi precoce (screening) e la qualità del trattamento concorrono a migliorare la cura
- Richiedono risorse (strutture e personale) dedicate e collaborazione multidisciplinare
- I programmi di screening devono essere integrati con le Breast Unit e utilizzare strumenti comuni di valutazione e certificazione

La *vision* degli screening, almeno in Italia, si è dilatata fino a considerare anche la valutazione di qualità dei trattamenti, la presa in carico delle donne in follow up, le pratiche preventive o di riduzione del rischio e altro ancora.

Per dirla in breve gli screening vanno evolvendo dalla *breast cancer prevention* al *breast cancer control*, contribuendo ad assottigliare ulteriormente il già esiguo confine tra prevenzione e clinica.

41 POSTER



Di questi 8 dal Piemonte

SQTMdwh : realizzazione di uno strumento elettronico di datawarehouse, accessibile via web, per l'analisi statistica avanzata dei dati individuali delle lesioni mammarie screen detected (Italia 2000-2009)

D. Casella, M. Tomatis, A. Di Leo, A. Frigerio, M. P. Mano, A. Ponti, N. Segnan

SQTMdwh - Realizzazione di uno strumento elettronico di datawarehouse, accessibile via web, per l'analisi statistica dei dati individuali delle lesioni mammarie screen detected (Italia 2000-2009).

DENISE CASELLA, MARIANO TOMATIS, AURORA DI LEO, ALFONSO FRIGERIO, MARIA PIERA MANO, ANTONIO PONTI, NEREO SEGNAV, CPO Piemonte - Centro di riferimento per l'epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte, Torino.



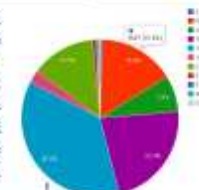
SQTMdwh è un applicativo *on line* che permette l'analisi statistica di dati individuali sulle lesioni mammarie screen detected, il calcolo degli indicatori e l'immediato confronto dei risultati con il benchmark nazionale. Raccolti in 10 regioni d'Italia con il software SQTM, i 27979 casi presi in esame sono stati caricati in forma anonima nell'applicativo e resi disponibili ai responsabili dei diversi programmi: attraverso un'interfaccia essenziale e interattiva, è possibile confrontare la propria performance con la media nazionale, effettuare indagini su sottogruppi, identificare le eventuali incoerenze nei dati e il livello di completezza della registrazione.

| Regione | Casi | Stella | Casi |
|-------------|------|-------------|------|
| Em. Romagna | 8325 | Stella | 203 |
| Lazio | 2826 | Toscana | 3260 |
| Lombardia | 826 | Umbria | 33 |
| Piemonte | 9503 | Val d'Aosta | 579 |
| Sardegna | 150 | Veneto | 2474 |

I dati, caricati in SQTM, vengono anonimizzati, uploadati al CPO, convertiti in MySQL, e caricati nell'applicativo

La prima fase del progetto è stata la raccolta dei dati individuali delle lesioni mammarie screen detected (Italia 2000-2009) da parte delle 10 regioni partecipanti. I dati sono stati caricati in formato SQTM e anonimizzati. La seconda fase è stata la conversione dei dati in formato MySQL e la loro caricatura nell'applicativo SQTMdwh. La terza fase è stata la realizzazione dell'interfaccia utente e la pubblicazione dell'applicativo sul web. La quarta fase è stata la formazione dei responsabili dei programmi regionali e la loro preparazione all'uso dell'applicativo. La quinta fase è stata la raccolta dei feedback e la loro analisi per migliorare l'applicativo.

Lo strumento è stato reso disponibile ai responsabili dei programmi delle regioni che nel decennio 2000-2009 hanno partecipato ad almeno una survey annuale ONS/GISMA/SQTM, effettuata in SQTM 3 (Access) o in SQTM 4 (su Web); i casi sono stati inviati al CPO Piemonte, che ha provveduto alla conversione dei database nel formato MySQL e al caricamento nella datawarehouse. Le cartelle cliniche sono disponibili online anonimizzate, insieme a indicatori di qualità, trend e distribuzioni di frequenza interattivi.



I risultati sono disaggregabili sia nei vari programmi locali, sia per qualsiasi altra variabile raccolta. SQTMdwh è proposto come strumento utile per l'analisi interattiva centralizzata delle informazioni sul trattamento delle lesioni mammarie screen detected in un contesto più ampio di implementazione di sistemi di monitoraggio della qualità sempre più agili e accessibili.

Un esempio di analisi interattiva

Un coordinatore regionale può confrontare il risultato di un indicatore con il benchmark nazionale (72,6% vs 75,6%):

...verificare l'andamento temporale del risultato per rilevare eventuali trend:

...verificare la sua variabilità interregionale:

...filtrare i dati e confrontare il risultato di un singolo anno con il benchmark nazionale dello stesso anno (74,5% vs 77,0%):

...distribuire i casi per fascia demografica d'età:

...incrociare l'informazione sull'età con la diagnosi istologica definitiva:

...cliccare sui casi che non rispettano l'indicatore per ottenerne il listato e approfondire le caratteristiche che potrebbero spiegarne l'esito.

...cliccare sul singolo paziente e accedere così alla sua cartella clinica individuale per verificare la correttezza dei dati registrati e/o del trattamento cui lo stesso è stato sottoposto.

| CASI | |
|------|------|
| 2000 | 1676 |
| 2001 | 1886 |
| 2002 | 2034 |
| 2003 | 2384 |
| 2004 | 2908 |
| 2005 | 3340 |
| 2006 | 3478 |
| 2007 | 3298 |
| 2008 | 3568 |
| 2009 | 3548 |

Modalità per la ricerca, definizione e valutazione del numero di carcinomi di intervallo quali indicatori di performance nel programma di screening mammografico piemontese

V. Vergini, F. Gallo, A. Di Leo, A. Frigerio, L. Milanesio, L. Giordano, S. Rosso, A. Ponti, N. Segnan ed il gruppo di lavoro Service

Modalità per la ricerca, definizione e valutazione del numero di carcinomi di intervallo quali indicatori di performance nel programma di screening mammografico piemontese

Viviana Vergini¹, Federico Gallo², Aurelio Di Leo³, Alfonso Frigerio⁴, Luibella Milanesio⁵, Livio Giordano⁶, Stefano Rosso⁷, Antonio Ponti⁸, Nereo Segnan⁹ ed il gruppo di lavoro Service

¹CPO Piemonte, A.O.U. San Giovanni Battista di Torino, S.O. Epidemiologia dei Tumori 2

²Centro di Riferimento Regionale per lo Screening Mammografico, CPO Piemonte

³Registro Tumori, CPO Piemonte

INTRODUZIONE

Gli screening oncologici richiedono un'attenta e costante valutazione finalizzata alla identificazione di eventuali criticità e difetti di funzionamento in una qualsiasi fase del programma, sia alla valutazione in itinere e finale dell'impatto che hanno sulla riduzione di mortalità per le patologie in esame. Una corretta valutazione presuppone il monitoraggio epidemiologico (e clinico) delle neoplasie di screening sull'intera popolazione target (indipendentemente dalla partecipazione o meno al programma) nonché l'identificazione di quei tumori (cancro intervallo) insorti dopo un test negativo. Tale monitoraggio avviene normalmente tramite la ricerca attiva delle informazioni cliniche presso le unità terapeutiche, lo sviluppo di metodologie di interrogazione di alcune banche di dati sanitari e la costruzione di linkage tra gli archivi. La necessità di integrazione tra archivi sanitari diversi (spesso eterogenei tra loro per provenienza, livello di aggiornamento, accessibilità e qualità) e l'esigenza di individuare chiavi identificative univoche per collegare i diversi database richiedono, inoltre, che la navigabilità in questi insiemi eterogenei di dati personali e sanitari sia regolata da precisi protocolli operativi, nel rispetto della tutela della privacy.

Per facilitare la suddetta valutazione della qualità e dell'impatto del processo di screening è, quindi, stato costruito il Service: un servizio che opera a livello regionale come supporto agli operatori del 9 Dipartimenti di screening piemontesi. Il Service, infatti, ha lo scopo di rendere centralizzata, più completa ed efficiente la fase di recupero delle informazioni, promuovere l'interazione con e tra le unità organizzative e valutative dello screening di ciascun Dipartimento e fornire supporto metodologico ed organizzativo per la raccolta dei dati. Le funzioni di follow-up del Service sono previste per i casi identificati allo screening, i casi intervallo e per la raccolta di informazioni di tipo clinico e sulla mortalità. L'identificazione dei carcinomi di intervallo è complessa, ma del momento che sono inevitabili in un programma di screening (1-2 casi su 1000 test negativi), è fondamentale che siano attentamente raccolti e monitorati. Per questo motivo è necessario mettere in atto dei procedimenti per identificare tutti i carcinomi alla mammella che insorgono nella popolazione bersaglio dello screening.

MATERIALI E METODI

È possibile riconoscere i casi intervallo (tumori della mammella insorti in una donna che ha avuto un test o un approfondimento con esito negativo, prima del successivo invito di screening, oppure entro un periodo di 2 anni se la donna ha raggiunto i limiti di età) attraverso il follow-up del test negativo. L'archivio delle Schede di Diagnosi Oncologica (SDO) è uno strumento utilizzato a tale scopo ed è possibile utilizzarlo in quanto il tumore della mammella richiede sempre l'ospedalizzazione. Le SDO sono utilizzabili ovunque, anche in assenza di un Registro Tumori.

Il Service consiste proprio in una modalità semi-automatizzata di raccolta delle cartelle cliniche attraverso un linkage tra vari archivi: l'archivio screening, le SDO e l'applicativo SOTM, disponibile online (Figura 1). Sono state individuate coppie caratterizzate da test di screening negativo ed è stato effettuato un F.U. individuale per due anni o fino a successivo invito. Tra le SDO e gli archivi di screening è stato realizzato un "record linkage" deterministico a livello gerarchico con due chiavi successive: un codice fiscale originale o ricostruito e una chiave che tiene conto dell'anagrafica solo per le osservazioni non linkate per codice fiscale. Sono state effettuate sulle SDO selezioni relative ai casi di interesse, secondo la pertinenza delle variabili diagnosi ed intervento (dia1-dia2, int1-int2) e le varie combinazioni di interesse per le analisi. Dopo l'esecuzione del linkage, sono stati selezionati i casi in base all'esito definitivo del round ed all'intervallo di tempo tra la data dell'intervento/cosidero e la data della mammografia. Infine, sono state stilate le liste dei cosiddetti "probabili" casi intervallo attraverso una puntuale selezione manuale. Successivamente, i dipartimenti si sono occupati autonomamente di giungere alla definizione degli "effettivi" casi intervallo. La lista dei "probabili" casi intervallo redatta dal Service, infatti, è stata consegnata ai dipartimenti via mail adeguatamente criptata e contenente le informazioni necessarie alla ricerca delle cartelle cliniche. La suddetta lista è un foglio di lavoro comune (file Excel) costituito anche da un set di colonne vuote (anche quelle per le revisioni radiografiche) che devono essere compilate dai dipartimenti, in quanto esenziali alle analisi. Il file, compilato e completo di tutte le informazioni, è stato inviato al Service.

Nella Figura 2 è sintetizzato il flusso operativo relativo a tutte le fasi della ricerca dei casi intervallo relative alla consegna delle liste da parte del Service verso i dipartimenti, alla ricerca delle informazioni UVOS, alla ricerca delle cartelle cliniche per i casi non presenti su SOTM e alla restituzione di queste ultime da parte dei dipartimenti al Service, complete di tutte le informazioni necessarie per eseguire le analisi generali e per diffondere i risultati.

Il metodo di ricerca è soggetto ad un processo evolutivo in base alle esperienze acquisite, soprattutto dal punto di vista delle selezioni dei codici SDO, al fine di ottenere un procedimento che consenta di rendere minima la perdita di informazioni, con un carico di lavoro sostenibile.

L'obiettivo è quello di prevenire ad un sistema strutturato, consolidato e routiniero con cui individuare i casi intervallo in tempi relativamente rapidi attraverso il quale il Service sia in grado di gestire un flusso standardizzato e semplificato di raccolta di informazioni tra i Dipartimenti e l'organo di supervisione dell'attività, diventando un utile strumento per migliorare la completezza ed il monitoraggio dei dati.

La validazione del metodo di identificazione dei casi intervallo avviene attraverso il confronto con il gold standard costituito dal Registro Tumori, che copre un quinto della popolazione regionale.

RISULTATI

La validazione del metodo è stata eseguita per i test negativi del periodo 1999-2000 effettuati a Torino. Il confronto con il gold standard (Registro Tumori) mostra una sensibilità del metodo dell'87%. La ricerca attraverso l'utilizzo delle SDO ha, infatti, permesso di individuare 52 casi su 60 individuati dal Registro Tumori. La perdita di alcune informazioni deriva da più fattori (procedure di linkage per cui un qualsiasi errore relativo al cognome o alla data di nascita del soggetto non consente la riuscita del link con relativa perdita di casi); criteri in base ai quali definire gli effettivi casi intervallo non del tutto ben definiti e omogenei tra i vari dipartimenti; mancato invio delle SDO da parte di alcune cliniche private.

Per quanto riguarda l'identificazione dei casi intervallo per il periodo 2003-2004 in Piemonte, dell'elenco preliminare ottenuto attraverso il metodo SDO, è emerso che su 178.040 test negativi (in donne 50-69) sono stati identificati 268 casi intervallo (1,7 per 1000). Il rapporto tra casi osservati ed attesi (background incidence: del RTP 1988-1992) è pari al 36,0% (Obiettivo LG Europea: ~40%).

CONCLUSIONI

La ricerca dei casi intervallo attraverso il link con le SDO permette di ottenere risultati soddisfacenti in aree non coperte dal Registro Tumori. Rimane, però, l'aspetto critico legato alle procedure di analisi delle SDO per consentire la ricerca in tempi sufficientemente rapidi. E', inoltre, necessario perfezionare i criteri di definizione di caso intervallo. I risultati ottenuti rientrano nei limiti degli standard proposti dalle LG Europee.

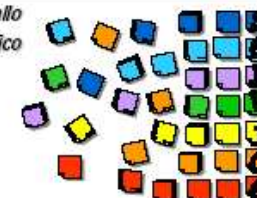
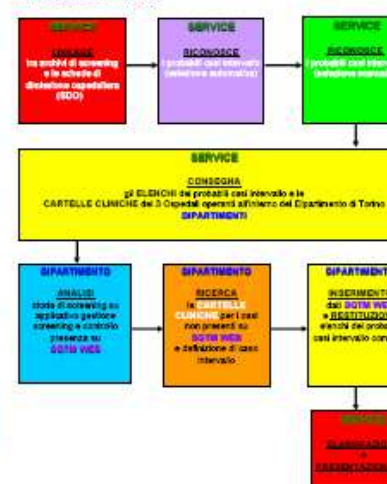


Figura 1 – Linkage tra gli archivi



Figura 2 – Flusso delle informazioni nella gestione delle cartelle cliniche dei casi intervallo



Gruppo di lavoro Service

Marco Calzagno, Aurelio Di Leo, Alfonso Frigerio, Luibella Milanesio, Federico Gallo, Livio Giordano, Pamela Giubileo, Luibella Milanesio, Silvia Paternace, Antonio Ponti, Stefano Rosso, Nereo Segnan, Valeria Stefanini, Mariano Torretta, Viviana Vergini, Roberto Zanelli.

Tecniche di chirurgia oncoplastica nell'esperienza di chirurghi generali A. Paduos, I. Festini-Mira, R. Polastri



A.S.L. BI
Azienda Sanitaria Locale
di Biella

A. Paduos, I. Festini-Mira, R. Polastri

S.C. Chirurgia Generale ad Alta Complessità - Ospedale "degli Infermi" - Biella

TECNICHE DI CHIRURGIA ONCOPLASTICA NELL'ESPERIENZA DI CHIRURGI GENERALI

| | |
|--|--|
|  <p>Quadrantectomie inférieures en época pré-oncoplastique</p> | <p>MATERIALI E METODI</p> <p>Periodo: Gennaio 2009 - Dicembre 2010</p> <p>273 interventi per neoplasie maligne della mammella</p> <ul style="list-style-type: none"> - 75 mastectomie: 12 inserimenti di espansori - 198 conservativi: 26 con tecnica oncoplastica - 12 qua inf con ricostr. a peduncolo sup - 11 qua sup con ricostr. a peduncolo inf - 3 qua centrali con lembo di rotazione |
| <p>RISULTATI</p> <p>Il grado di soddisfazione delle pazienti è stato completo nell'85% dei casi e parziale nel 15%</p> |   <p>Quadrantectomia sup ed inf con tecnica oncoplastica</p> |
|  <p>Mastectomia con inserimento di espansore tissutale</p>  <p>NAC sparing mastectomy ed inserimento espansore tissutale</p> | <p>CONCLUSIONI</p> <p>Nella nostra esperienza l'esecuzione di interventi chirurgici mammari conservativi con tecniche di oncoplastica ci ha permesso di trattare tutte le pazienti anche senza avere in sala operatoria il Chirurgo plastico cui riserviamo l'impianto delle protesi definitive e il rimodellamento controlaterale.</p> |

BIBLIOGRAFIA:
Vigna DF, et al. Evaluation of aesthetic outcomes of oncoplastic surgery by surgeons of different gender and specialty: A prospective controlled study. Breast. 2011 Apr 27.

Pubblicato al: Convegno nazionale GISMa 2011 - Palermo 12-13 Maggio 2011

*M Bortolini, M. P. Mano, M.
Tomatis, A. Ponti*

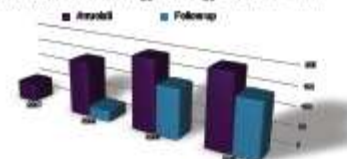
*M Bortolini, M. P. Mano, M.
Tomatis, A. Ponti*



VALUTAZIONE DEGLI ESITI ESTETICI NELLA PAZIENTI OPERATE PER LESIONI MAMMARIE

Autori:
Massimiliano Borioini, Maria Piersa Mano, Mariano Tomatis, Antonio Ponti
Unità di Epidemiologia, Centro di Prevenzione Oncologica, Torino

Obiettivo: principale dello studio è quello di identificare una serie di determinanti degli esiti estetici relativi al tipo di trattamento e alle caratteristiche della lesione e delle pazienti al fine di elaborare raccomandazioni. Tra gli scopi secondari del progetto ci sarà quello di studiare la correlazione tra i diversi indicatori di esito mediante un confronto tra i metodi osservativi e sperimentalmente di valutazione.



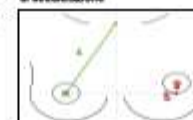
Studi: La risuzione della asinenza della mammella, la presenza di lire, di cicliche alterate e altri parametri raccolti sono stati confrontati con quantità tessuto esportato (STVR) ed esperienze clinico sulla 310 pazienti attualmente in follow-up.



$$STVR = \frac{V_d}{V} \rightarrow STVR = \frac{V_p - V_R + V_p}{V_p + V_R + V_p}$$

Materiali e metodi. su 610 pazienti ammesse in 9 centri, sono stati raccolti su apposito software (dbs-epgn) numerosi potenziali determinanti l'esito estetico, relativi al trattamento, alle caratteristiche del tumore, alla dimensione della mammella e l'età e relativi all'intervento chirurgico.

È stata valutata la soddisfazione delle pazienti rispetto all'atto estetico tramite un questionario. Sono state eseguite fotografie in posizioni standard che verranno valutate da un panel e permetteranno di mettere a confronto i metodi sistemici con quelli soggetti e con il questionario di soddisfazione.

[illegible]

$$\rho_{\text{RR}} = \frac{\text{RR}_d}{\sqrt{1 + \text{RR}_d^2}}$$

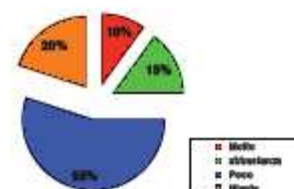
Conclusions

I dati di 310 pazienti sono state valutati correlando i vari parametri. Il questionario ha evidenziato una buona soddisfazione dei pazienti nonostante la presenza di problemi estetici obiettivi. Si è evidenziato che leioni dei quadranti inferiori sono maggiormente correlate ad insoddisfazione dei pazienti mentre lo spostamento del complesso areola capezzolo e il valore STVR non hanno avuto un impatto significativo.

Quanto, secondo lei, è differente la mammella trattata dall'altra?

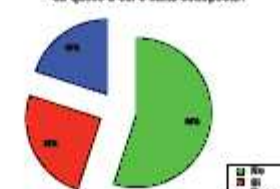
Avrebbe preferito subire un intervento diverso da quello a cui è stata sottoposta?

Ha preso in considerazione di sottoporsi a un altro intervento chirurgico per migliorare l'esito estetico?

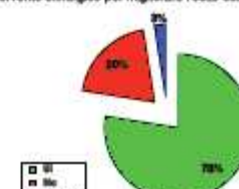


**E' completamente soddisfatto del risultato
estatico della sua operazione?**

Dimensioni globali ridotte

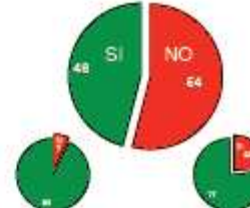
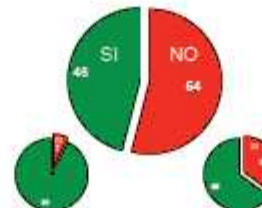
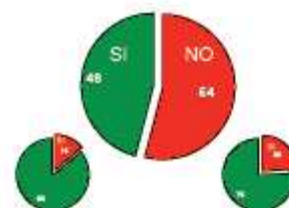


E' completamente soddisfatto del risultato estetico della sua operazione?
Cicatrice mammella reietta



E' completamente soddisfatto del risultato estetico della sua operazione?

Quadranti inferiori



La motivazione al cambiamento negli stili di vita: dati preliminari dello studio pilota di valutazione di interventi di prevenzione primaria (STI.VI.), effettuato tra le donne provenienti dallo screening mammografico

F. Gallo, L. Giordano, A. Menardi, E. Kolomoets, N. Segnan ed il Gruppo di Lavoro STI.VI.

La motivazione al cambiamento negli stili di vita: dati preliminari dello studio pilota di valutazione di interventi di prevenzione primaria (STI.VI.), effettuato tra le donne provenienti dallo screening mammografico

Federica Gallo¹, Livia Giordano¹, Andrea Menardi¹, Elena Kolomoets¹, Nereo Segnan¹ ed il Gruppo di Lavoro STI.VI.
¹ICPD Piemonte – S.C. Epidemiologia dei Tumori 2 - AOU "San Giovanni Battista di Torino"



INTRODUZIONE

Lo studio pilota intende valutare l'efficacia dei modelli di intervento per l'introduzione di stili di vita salutari come: l'aumento dell'attività motoria nella popolazione femminile invitata ai programmi di screening. Negli ultimi anni la ricerca medica ha dimostrato che, oltre alla diagnosi precoce, per combattere i tumori è fondamentale aiutare le persone ad avere uno stile di vita sano: un'alimentazione corretta ed un'adeguata attività fisica, insieme all'astinenza dal fumo, giocano un ruolo importantissimo nel proteggere la salute. L'ambito dello screening può rappresentare il setting ideale per proporre modelli operativi in grado di promuovere degli stili di vita sani, efficaci e facilmente integrabili nel contesto sanitario.

MATERIALI E METODI

Nel periodo giugno 2010 – marzo 2011, sono state invitate a partecipare allo studio STIV (tramite avis ad hoc) 5010 donne 55enni invitate allo screening mammografico presso il Centro di Screening Mammografico di Torino. Le aderenti hanno compilato un questionario autosomministrato sulle loro abitudini alimentari, sull'attività motoria, sull'astinenza dal fumo e sullo stato di salute generica. Successivamente, si sono sottoposte ad un prelievo biologico (sangue e saliva) e ad alcune misurazioni antropometriche. Al momento dell'inclusione le donne sono state randomizzate (in doppio cieco) in 4 gruppi: Gruppo Dieta, Gruppo Attività Fisica, Gruppo O Attività Fisica, Gruppo di Controllo. Quindi, a tutte le partecipanti, indipendentemente dal gruppo di randomizzazione, è stato consegnato del materiale informativo di base contenente indicazioni semplici e pratiche per il miglioramento della dieta e dell'attività motoria. Le persone incluse nei 3 gruppi attivi sono state avvisate ad un primo modulo teorico condotto da esperti della materia e ad un modulo via che prevede 3 incontri pratici di cucina, di attività motoria o di entrambe le proposte (a seconda del gruppo di appartenenza). Dopo 3 mesi dal momento del prelievo/inclusione il protocollo prevede un follow-up intensivo che consiste nella ricompilazione del questionario nella ripetizione delle misurazioni antropometriche e un follow-up finale (a circa 14 mesi dal prelievo/inclusione) con la ripetizione di alcune ed un nuovo prelievo. Al momento attuale si sta terminando l'arruolamento per le donne invitate allo screening mammografico seguito venendo incluse nello studio i soggetti invitati allo screening colorettale ed i soggetti invitati agli elenchi dei Medici di Medicina Generale. Si prevede di includere nello studio 1800 persone che abbiano completato l'intero percorso.

Tabella 1 – Percezione dell'attività motoria praticata e della propria alimentazione

| Body Mass Index | Attività motoria praticata N (100%) | | | Alimentazione N (100%) | | | Totale |
|--------------------------------|--|---------------|----------------|---------------------------|----------------|----------------------|----------------|
| | Non praticata | Occasionale | Regolare | Scorretta | Corretta | Corretta e informata | |
| Sottopeso (BMI < 18,5) | 1 (7,13%) | 9 (54,3%) | 4 (23,8%) | 0 | 5 (42,9%) | 6 (57,1%) | 14 (3,6%) |
| Normopeso (18,5 ≤ BMI < 25) | 26 (11,7%) | 87 (39,0%) | 110 (49,3%) | 5 (2,7%) | 121 (54,3%) | 95 (43,0%) | 223 (58,7%) |
| Sovrappeso (25 ≤ BMI < 30) | 23 (20,2) | 62 (54,4) | 29 (25,4%) | 4 (2,8%) | 74 (65,9%) | 35 (31,9%) | 114 (29,1%) |
| Obesità (BMI ≥ 30) | 17 (40,5%) | 18 (40,8%) | 7 (15,7%) | 5 (11,2%) | 30 (71,4%) | 7 (16,7%) | 42 (10,7%) |

Tabella 2 - Body Mass Index e indici di metabolismo lipidico della popolazione in studio

| Body Mass Index | Glicemia N (100%) | | Colesterolo totale N (100%) | | Colesterolo HDL N (100%) | | Trigliceridi N (100%) | |
|--------------------------------|----------------------|---------------|--------------------------------|----------------|-----------------------------|--------------|--------------------------|---------------|
| | <110 mg/dL | ≥110 mg/dL | <200 mg/dL | ≥200 mg/dL | ≥40 mg/dL | <40 mg/dL | <170 mg/dL | ≥170 mg/dL |
| Sottopeso (BMI < 18,5) | 10 (100%) | 0 | 8 (80,0%) | 2 (20,0%) | 10 (100%) | 0 | 10 (100%) | 0 |
| Normopeso (18,5 ≤ BMI < 25) | 159 (99,4%) | 1 (0,6%) | 51 (30,0%) | 119 (70,0%) | 159 (99,4%) | 1 (0,6%) | 158 (98,8%) | 2 (1,2%) |
| Sovrappeso (25 ≤ BMI < 30) | 88 (100%) | 0 | 27 (30,7%) | 61 (69,3%) | 87 (98,0%) | 1 (1,1%) | 87 (98,0%) | 1 (1,1%) |
| Obesità (BMI ≥ 30) | 25 (81,3%) | 5 (15,8%) | 11 (34,4%) | 21 (65,7%) | 25 (78,1%) | 7 (21,9%) | 29 (90,0%) | 3 (9,4%) |

CONCLUSIONI

I dati analizzati finora permettono di definire alcune caratteristiche della popolazione femminile che accetta di entrare a far parte di studi di questo tipo: donne con elevata scolarità, occupate professionalmente e con una percentuale di fumatrici più bassa rispetto alla media regionale (18%). Sia la distribuzione del BMI che la percentuale di soggetti con un quadro di sindrome metabolica rispecchiano dei rispettivi parametri nella popolazione femminile dell'Italia del Nord-Ovest (30% sovrappeso e 10% obese; 15% sindrome metabolica). La maggior parte dei soggetti arruolati ritengono di alimentarsi già in modo corretto e questo dato si conferma anche tra le persone obese o sovrappeso; al contrario le donne obese pur praticando attività motoria in misura minore rispetto alle altre partecipanti ritengono di doverla iniziare o intensificare. Da questi dati preliminari emerge l'importanza della divulgazione di informazioni scientifiche sugli stili di vita salutari, rispetto a sovrappeso e obesità che costituiscono un problema non trascurabile. Interventi mirati sono potenzialmente efficaci sotto un duplice profilo: possono correggere comportamenti generalmente ritenuti corretti ma non conformi alle raccomandazioni e possono accrescere la propensione al cambiamento ove già presente, come nel caso della riduzione della sedentarietà.

Gruppo di Lavoro STI.VI.: G. Gallo, G. Azzi, M.C. Ballo, A. Casoli, A. Gatto, T. Di Stefano, F. Gallo, F. Gervasi, F. G. L. Giordano, E. Kolomoets, M.P. Moro, G. Naldi, A. Menardi, A. Orzi, A. Piccinini, C. Piccinini, G. Segnan, N. Segnan, M. Sironi, P. Viani

RISULTATI

A marzo 2011 sono state arruolate nello studio 539 donne: 14 Gruppo Dieta, 123 nel Gruppo Attività Fisica, 132 nel Gruppo O Attività Fisica e 140 Controlli.

I dati del questionario sono stati analizzati per 394 donne e nel campione esaminato ha evidenziato le seguenti caratteristiche: maggior parte delle donne (72%) ha un alto grado di scolarità, diploma lauree. Soltanto il 13% circa delle donne arruolate non lavora; i lavoratori (341 su 394) il 65% svolge un lavoro sedentario, il 28% a un lavoro per il quale bisogna fare la maggior parte del tempo in piedi, 7% circa ha un lavoro manuale che implica uno sforzo fisico. Per il circa delle partecipanti il nucleo familiare comprende coniughe/comune e per il 18% almeno un figlio convivente. Due metà delle partecipanti (49%) ha dichiarato di non aver mai fumato mentre le altre sono ex-fumatrici (30%) o fumatrici (12%).

La Tabella 1 mostra la stratificazione del campione rispetto al Body Mass Index (BMI): circa il 57% delle donne è risultato normopeso, il sovrappeso ed il 11% obese. I dati sulla percezione dell'attività motoria praticata e sulla percezione della propria alimentazione dimostrano che il 50% delle partecipanti ritiene di avere un comportamento alimentare corretto, il 38% corretto ed informato rispetto agli stili riconosciuti e soltanto il 4% ritiene di doverlo modificare. Tra le persone obese e sovrappeso queste percentuali diventano 67%, 28% e rispettivamente. Inoltre, solo il 38% dell'attuale campione pratica regolarmente attività fisica; in particolare tra le donne obese tale percentuale scende al 17% mentre nel gruppo delle persone normopeso è al 49%. Risulta anche che circa il 56% delle donne obese pur praticando attività motoria o praticandola occasionalmente ha intenti di iniziare o intensificare.

I dati relativi al prelievo sono disponibili per 300 soggetti. Nella Tab 2 sono riportati i dati relativi al metabolismo lipidico e glicidico (BMI). 53 donne (18%) presentano un quadro di sindrome metabolica di queste il 56% è obese.

Infine, il 57% delle donne percepisce il proprio stato di salute buono ed il 9% come ottimo. In particolare, circa il 78% delle donne normopeso ha definito la propria salute come ottima o buona mentre il gruppo delle persone obese tale sensazione è presente soltanto nel 34% delle partecipanti; tra le donne affette da sindrome metabolica propria salute viene percepita come discreta dal 43% del campione e pessima dal 6% circa.

BIBLIOGRAFIA

World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Food, physical activity and the prevention of cancer: a global perspective. Washington, 2007 - WHO. Move for Health. 2002 - EU Working Group "Sport and Health". Physical Activity Guidelines. 2006 - International Diabetes Federation. 2008 - In Mallozzi 15/04/2010 - www.cccr.it



Programma Integrato in Oncologia (P.I.O). Interventi per ridurre le disuguaglianze nell'accesso allo screening, incrementare la partecipazione nella popolazione in generale ed in sottogruppi specifici. La fidelizzazione allo screening: il razionale dello studio

Livia Giordano, Adele Caprioglio, Alessandra Barca, Sara Farchi, Diego Baiocchi, Enrica Lapucci, Chiara Fedato, Matteo Chinellato, Nadia Raccanello, Donella Puliti, Patrizia Falini, Marco Zappa, Natalina Collina, Paola Baldazzi, Lorenzo Pizzi, Marco Petrella, Giuseppe Vallesi



Programma Integrato in Oncologia (P.I.O)

Interventi per ridurre le disuguaglianze nell'accesso allo screening, incrementare la partecipazione nella popolazione generale ed in sottogruppi specifici.

La fidelizzazione allo screening: il razionale dello studio.

Autori

Livia Giordano¹, Adele Caprioglio², Alessandra Barca³, Sara Farchi⁴, Diego Baiocchi⁵, Enrica Lapucci⁶, Chiara Fedato⁷, Matteo Chinellato⁸, Nadia Raccanello⁹, Donella Puliti¹⁰, Patrizia Falini¹¹, Marco Zappa¹², Natalina Collina¹³, Paola Baldazzi¹⁴, Lorenzo Pizzi¹⁵, Marco Petrella¹⁶, Giuseppe Vallesi¹⁷.

¹ CPO Piemonte – Centro di riferimento per la Prevenzione Oncologica in Piemonte, Torino; ² Agenzia di sanità pubblica della Regione Lazio (ASPiado), Roma; ³ Istituto Oncologico Veneto – I.R.C.C.S. Registro Tumori Veneto, Padova; ⁴ Regione del Veneto – Servizio Sistema Telematico; ⁵ Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO), Firenze; ⁶ AUSL di Bologna, Bologna; ⁷ Azienda sanitaria Locale n. 2 dell'Umbria, Perugia.

Obiettivi

Uno dei principali fattori che limitano la qualità dell'assistenza a livello di popolazione è la presenza di importanti disuguaglianze sociali e territoriali nella salute e nell'accesso ai servizi assistenziali, tra cui i programmi di screening per la prevenzione secondaria dei tumori. Dalla letteratura emerge che fattori sociali, economici e culturali possono influenzare la qualità dei servizi sanitari goduti dai cittadini (le classi più agiate hanno mediamente più facile accesso a diagnosi più tempestive e cure migliori). Finora, la maggior parte degli studi ha indagato soprattutto i fattori legati alle caratteristiche sociali della popolazione invitata (età, sesso, stato civile, titolo di studio) poiché si tratta di dati reperibili con facilità negli archivi di screening o intervistando la popolazione invitata. Altri studi, invece, si sono concentrati sull'organizzazione dei programmi di screening, esplorando una serie di variabili organizzative (modalità di invito e di sollecito, ruolo del MMG, diffusione sul territorio delle unità di screening, orari di apertura dei centri, ecc.). Diventa, quindi, di grande importanza pianificare interventi destinati alla riduzione delle disuguaglianze e a tutela dei gruppi svantaggiati. Gli screening organizzati, con l'insediamento dell'intera popolazione bersaglio all'interno di percorsi diagnostici e terapeutici di qualità controllata, possono rappresentare un efficace strumento riequilibratore.

Questo progetto ha 2 linee di ricerca:

1. valutare il grado di fidelizzazione della popolazione invitata allo screening mammografico;
2. analizzare l'accesso allo screening di sottogruppi particolari della popolazione come le donne immigrate.

Questo poster presenta la metodologia di lavoro del primo obiettivo. Per i risultati dell'analisi vedere poster gemello.

Figura 2. Adesione complessiva grezza: trend Nord, Centro, Sud Italia (2003-2009).

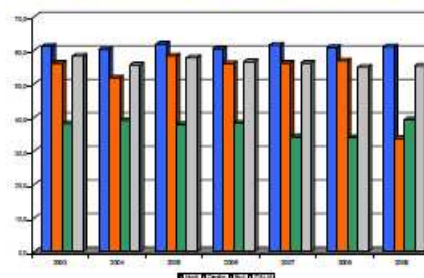
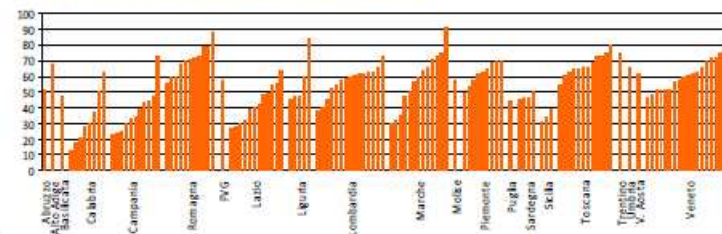


Figura 3. Adesione grezza dei singoli programmi per Regione. Attività anno 2009.



La situazione in Italia

Se si osserva l'adesione ai programmi italiani di screening mammografico, nel 2009, emerge un forte gradiente Nord-Sud (costante col passare degli anni) ed un'ampia variabilità intra e interregionale. (Figure 1-3)

Figura 1. Adesione complessiva grezza per Regione. Attività anno 2009.



Metodologia

Le regioni partner del progetto sono: Emilia Romagna, Lazio, Piemonte, Toscana, Umbria, Veneto.

La metodologia di lavoro è stata la seguente:


1. Creazione di un gruppo di lavoro multidisciplinare comprendente epidemiologi, statistici ed informatici di ciascuna regione partner.
2. Identificazione delle variabili di tipo organizzativo, socio-demografico e censuali:
 - a) informazioni sulle donne: data e comune di nascita, età, cittadinanza, titolo di studio, stato civile, indice di deprivazione della popolazione oggetto di studio e residente nelle regioni partner del progetto;
 - b) informazioni sul medico di medicina generale: età, sesso, numero di assistiti;
 - c) informazioni sulla storia di screening delle donne: round, tipo e data dell'invito, ora dell'appuntamento e dell'effettuazione dell'esame, esito dell'invito, esito finale, informazioni logistiche sui centri (orari di apertura, distanza del centro di screening dalla residenza delle donne).

3. Creazione di data-set confrontabili per le variabili identificate.

Bibliografia

- Von Euler-Chelpin M, Olan AP, Njor S, Vejborg I, Schwartz W, Lynge E. Socio-demographic determinants of participation in mammography screening. Int J Cancer 2008; 122 (2): 418-23.
- Maheswaran R, Pearson T, Jordan H, Black D. Socioeconomic deprivation, travel distance, location of service, and uptake of breast cancer screening in North Derbyshire, UK. J Epidemiol Community Health 2006; 60(3):208-12.


Fumo di sigaretta e cancro mammario: valutazione del rischio all'interno di un trial clinico utilizzando l'analisi diffrattometrica al sincrotrone del capello S. Polizzi, P. Panarisi, A. Schiavone, M. Zanetti



REGIONE PIEMONTE
azienda sanitaria locale
as.l.to5
Chia. Consiglio Medico Istituto

FUMO DI SIGARETTA E CANCRO MAMMARIO: VALUTAZIONE DEL RISCHIO ALL'INTERNO DI UN TRIAL CLINICO UTILIZZANDO L'ANALISI DIFRATTOMETRICA AL SINCROTRONE DEL CAPELLO

S. Polizzi, P. Panarisi, A. Schiavone, M. Zanetti Dipartimento di Prevenzione Oncologica Secondaria - Programma di Screening ASLTO5 Carignano, Torino, Italy. e-mail = mdl8to@cometacom.it







DIFFRAZIONE AI RAGGI X DEI CAPELLI - ANALISI AL SINCROTRONE

Il sincrotrone, un nuovo prodotto della scienza nucleare, è capace di analizzare in dettaglio le strutture molecolari dei materiali. I sincrotroni di nuova generazione sono capaci di individuare cambiamenti molecolari in individui con alta probabilità di patologia da sottoporre ad ulteriori accertamenti di screening evitando condizioni di stress e trauma.

La luce prodotta dal Sincrotrone di Grenoble ESRF (ESRF = The European Synchrotron Radiation Facility) si caratterizza per l'ampia "luminescenza" dei raggi-X: il fascio di raggi-X è più fine di un capello e molto intenso. Così come la luce laser è molto più intensa e concentrata di un normale "spot" di luce, il fascio di raggi-X generato dal sincrotrone è centinaia di miliardi di volte più "luminoso" del fascio di raggi-X generato da un apparecchio di radiologia utilizzato in campo medico.

La pista degli elettroni - elettroni di un Sincrotrone.

Gli elettroni emessi da un "electron gun" vengono prima accelerati in un "linear accelerator" (Linac) quindi immessi ad un acceleratore circolare ("circular synchrotron") dove vengono ulteriormente aumentati di potenza per raggiungere un livello di energia di 6 miliardi di elettron-volts (6 GeV). Questi elettroni ad alta-energia sono quindi immessi in un largo anello ("storage ring") di 844 metri di circonferenza (ESRF - Grenoble), dove circolano per parecchie ore, in un ambiente sotto vuoto, con un'energia costante. Il fascio di luce generato (Beams) viene utilizzato nelle diverse linee di lavoro (Beam Lines) (Grenoble - Numero di "beamlines" = 40).







FUMO DI SIGARETTA - SOSTANZE ONCOGENE

Esistono tre tipi di fumo: mainstream smoke - MS (il fumo che il fumatore inala direttamente dalla sigaretta), side stream - SS (il fumo prodotto dalla sigaretta accesa), second-hand smoke - SHS (continuazione del fumo prodotto dalla sigaretta e quello esalato dal fumatore).

Mentre la composizione del MS comprende l'insieme dei componenti chimici individuali, il SS e il SHS differiscono; ognuno contiene infatti più di 67 componenti chimici conosciuti come cancerogeni per l'uomo e gli animali della IARC, ma in quantità differenti.

La conoscenza della nicotina del fumo ha portato negli ultimi anni a campagne di sensibilizzazione con significative riduzioni della percentuale di fumatori sia maschi che femmine. (Dati IBS)



BACKGROUND - Le evidenze scientifiche riguardanti l'associazione tra fumo di sigaretta e rischio di sviluppare un cancro invasivo al seno, sono piuttosto discordanti (1, 2). La maggior parte degli studi non hanno evidenziato alcuna associazione tra lo stato di fumatore (ex fumatore/fumatore) con il rischio di sviluppare cancro al seno (3,4). La maggior parte degli studi caso-controllo non hanno mostrato alcuna associazione con il rischio di tumore al seno tenendo conto dell'inizio al vizio del fumo in età precoce, fumo accanito, fumo protetto per lungo tempo, fumo antecedente la prima gravidanza (2,3,5).

Altre indagini, compresi alcuni studi di coorte molto recenti, hanno evidenziato un aumento del rischio di cancro invasivo al seno in donne con oltre 50 anni di abitudine protratta (6). A tale proposito, recenti pubblicazioni (7,8) hanno concluso che il fumo, attivo o passivo che sia, è associato con l'aumento del rischio di cancro al seno. Questi dati, comunque, devono essere valutati nel contesto di evidenze contraddittorie: in particolare l'indagine relativa ai risultati di 10 studi di coorte e di 43 studi caso-controllo che non hanno evidenziato un incremento di rischio nei diversi gruppi di studio (9). A ciò si aggiunge uno studio negativo sull'effetto del fumo di sigaretta nel carcinoma duttale in situ (DCIS), generalmente indicato come il penultimo stadio istopatologico nella progressione da tessuto mammario normale a cancro invasivo (9). Nell'ambito dell'attività di Prevenzione ASL TO5 ha condotto uno studio-pilota su 123 donne invitate al II° livello di screening per mezzo di un promettente nuovo metodo di screening: l'analisi diffrattometrica della cheratina del capello per mezzo di Raggi X al Sincrotrone (Synchrotron Test) per la diagnosi precoce di tumore al seno (Annali Oncol. 2008; 20 Suppl. 2: i223-i226). Oltre a questo gruppo di 123 donne, sottoposte ad esame diffrattometrico, è stata valutata l'abitudine al fumo di tabacco su un ulteriore gruppo di esastite (140 soggetti) sottoposte a mammografia di screening (II° LIVELLO) per valutare gli effetti del fumo di tabacco sul cancro mammario all'interno della popolazione residente nel nostro territorio.

MATERIALI E METODI

Su un totale di 263 donne in età post-menopausale sottoposte a mammografia di screening sia invitate al II° livello, sono state raccolte informazioni sull'abitudine al fumo in tre gruppi: non fumatori (NF), ex fumatori (EF), e fumatori correnti (FC). I soggetti fumatori (EF+FC=29%) sono stati confrontati con i NF (72%). L'assunzione cumulativa al fumo è stata calcolata in "pacchetti-anni fumati": (numero di sigarette fumate per anno/20). Nei soggetti sottoposti ad esame cito-istologico o a intervento chirurgico i risultati degli esami anatomo-patologici sono stati classificati secondo la Guida Europea IV edizione 2004. Tra i negativi sono stati inclusi i casi con esame citologico-istologico C2-C3 B2-B3 e i casi con Mx di II° livello negativo (55%) mentre tra i positivi sono stati inclusi gli invasivi (37%), e gli in situ e le ipertrofe duttali/lobulari con atipie -ADH/ALH (9%).

RISULTATI E CONCLUSIONI

I risultati delle analisi secondo l'abitudine al fumo sono riportati nelle tabelle 1 e 2 con indicazione degli Odds Ratio (OR) e degli intervalli di confidenza (IC). L'analisi statistica non mostra alcuna differenza significativa tra i diversi gruppi a rischio, anche quando la lesione in situ e le ADH/ALH venivano raggruppate con gli invasivi. Anche il rischio di metastasi a livello linfonodale (provocate da alcuni esiti) non mostra alcuna evidenza significativa rispetto all'abitudine al fumo di sigaretta. Nel sottogruppo dei soggetti (123 casi) testati con l'esame diffrattometrico del capello (Synchrotron test) tra i casi con risultati falsi negativi al test (n=8 casi) il 60% era nel gruppo dei fumatori (non significativo statisticamente).

Questi risultati preliminari sembrano indicare che, nelle donne in post-menopausa, l'abitudine al fumo non influisce in modo significativo l'incidenza del cancro al seno e la positività linfonodale in caso di metastasi. Tuttavia poiché la potenza statistica del campione non è sufficiente, è necessario testare tale ipotesi su un campione più numeroso per stabilire l'effettiva interazione tra fumo e cancro mammario nella popolazione post-menopausale invitata allo screening come pure in quella sottoposta al Synchrotron test.

| | No Fumo | Si Fumo | Total | | | |
|------------|---------|---------|-------|-----|-----|-----|
| Negativi | 107 | 38 | 145 | OR | IC | IC |
| In situ AD | 17 | 5 | 22 | 0,8 | 0,3 | 2,4 |
| Invasivi | 56 | 30 | 86 | 1,3 | 0,7 | 2,3 |
| Total | 180 | 73 | 253 | | | |

Tabella n. 1 - abitudine al fumo e rischio di lesioni invasive o in situ

| | No Fumo | Si Fumo | Total | | | |
|----------|---------|---------|-------|-----|-----|-----|
| LNF Neg. | 41 | 22 | 63 | OR | IC | IC |
| LNF Pos. | 8 | 3 | 11 | 0,7 | 0,2 | 2,9 |
| Total | 49 | 25 | 74 | | | |

Tabella n. 2 - abitudine al fumo e rischio di metastasi linfonodale (LNF)

Bibliografia

1. Taryu HO, Kawan TS. Cigarette smoking and the risk of breast cancer in women: a review of the literature. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2002;11:1117-1122.
2. Smith TF, Liss TL, Spitz HA, et al. Lifetime tobacco smoke exposure and breast cancer incidence. Cancer Causes Control. 2002;13:1227-1234.
3. Hirschowitz B, Schottenfeld D, Talamo R, et al. Alcohol, tobacco and breast cancer: a meta-analysis of individual data from 15 epidemiological studies. Lancet. 2002;360:1111-1115.
4. Hirschowitz B, Schottenfeld D, Talamo R, et al. Alcohol, tobacco and breast cancer: a meta-analysis of individual data from 15 epidemiological studies. Lancet. 2002;360:1111-1115.
5. Liss TL, Anderson M. A meta-analysis of the association between active and passive cigarette smoking and breast cancer risk. Breast Cancer Treat. 2002;72:191-198.
6. Liss TL, Anderson M, Schottenfeld D, et al. Smoking before and after the age of 40 and the risk of breast cancer: a meta-analysis of individual data from 15 epidemiological studies. Lancet. 2002;360:1111-1115.
7. Liss TL, Anderson M, Schottenfeld D, et al. Smoking before and after the age of 40 and the risk of breast cancer: a meta-analysis of individual data from 15 epidemiological studies. Lancet. 2002;360:1111-1115.
8. Liss TL, Anderson M, Schottenfeld D, et al. Smoking before and after the age of 40 and the risk of breast cancer: a meta-analysis of individual data from 15 epidemiological studies. Lancet. 2002;360:1111-1115.
9. Liss TL, Anderson M, Schottenfeld D, et al. Smoking before and after the age of 40 and the risk of breast cancer: a meta-analysis of individual data from 15 epidemiological studies. Lancet. 2002;360:1111-1115.

Limiti e difficoltà nell'esportare un modello: un progetto pilota di screening mammario nei territori autonomi palestinesi

S. Guzzetti, R. Shriam, P. Giovenali, D. Fenocchio

LIMITI E DIFFICOLTÀ NELL'ESPORTARE UN MODELLO: UN PROGETTO PILOTA DI SCREENING MAMMARIO NEI TERRITORI AUTONOMI PALESTINESI

Stefano Guzzetti, Associazione "Patologi Oltre Frontiere" ONG (APOF), Ospedale Evangelico Valdese - ASLTOI, Torino.

Riad Shriam, Department of Pathology, Beit Jala Governmental Hospital, Bethlehem, Palestine (West Bank).

Piero Giovenali, APOF Servizio di Citologia ed Istologia Diagnostica, Ospedale "S. Maria della Misericordia", Perugia.

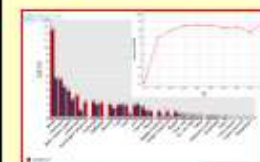
Daniela Fenocchio, APOF Servizio di Citologia ed Istologia Diagnostica, Ospedale "S. Maria della Misericordia", Perugia.

Vincenzo Scianca Roversi, Presidente APOF



INTRODUZIONE

L'Associazione "Patologi Oltre Frontiere" (APOF) è una ONG nata nel 1999 con lo scopo di offrire o implementare le attività diagnostiche legate all'Anatomia Patologica nei Paesi in via di sviluppo. L'esperienza acquisita nel corso di vari progetti che APOF ha sviluppato nell'arco di un decennio, tra via via generati tra i suoi membri la consapevolezza che, accanto al più tradizionale obiettivo di gestione organizzativa delle strutture e la formazione del personale locale impegnato nella diagnosi, l'Associazione sarebbe dovuta intervenire anche in programmi di medicina preventiva. APOF ha quindi cominciato recentemente a proporre programmi di screening in collaborazione con altre discipline mediche specialistiche in grado di coordinare collegialmente e adattare tali programmi alle particolari realtà in cui sarebbero stati sviluppati. APOF inizia la sua attività nei Territori Autonomi Palestinesi nel 2005 come partner di un progetto di cooperazione disarticolata tra la Provincia di Venezia, l'UNDP (United Nations Development Program), l'Unità Tecnica Locale (UTL) dell'Ufficio per lo Sviluppo Regionale e le autorità locali Palestinesi. Il progetto prevede una serie di interventi presso il Beit Jala Governmental Hospital (BJGH) di Betlemme per fornire un servizio oncologico; ad APOF viene affidata la ristrutturazione del locale Dipartimento di Patologia e la formazione del personale tecnico e medico. L'anno successivo APOF viene coinvolta nel "Programma di Aiuto Sanitario ai Territori Palestinesi" (PAST), un piano di supporto al rafforzamento del sistema sanitario pubblico palestinese diviso in cinque componenti tematiche, una delle quali riguarda la promozione e la realizzazione di un piano di lotta ai tumori. Nell'ambito di tale componente, si decide di avviare un progetto pilota di screening per il carcinoma della mammella nel Distretto di Betlemme. Il successivo accordo riservato tra UTL e APOF assegnerà a quest'ultima l'organizzazione dei corsi di formazione, lo sviluppo di linee guida, protocolli e procedure per la gestione delle pazienti inscrivibili allo screening e la realizzazione di una "Breast Unit" presso il BJGH. Al Ministero della Sanità Palestinese (Palestinian Ministry Of Health, MOH) sarebbe invece spettato l'organizzazione generale dello screening. Con un progetto parallelo e autonomo, nel 2004 il PAST ha finanziato anche l'implementazione del locale Registro Tumori, anch'esso sito presso il BJGH.



Fonte: dati di incidenza e prevalenza dei tumori femminili nei Territori Autonomi Palestinesi. Dati tratti dalla rivista scientifica del carcinoma (pubblicata online) del 19.

IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

Nel territorio amministrato dall'Autorità Nazionale Palestinese (Cisgiordania e Striscia di Gaza), il carcinoma della mammella rappresenta la neoplasia più diffusa nella popolazione (1), contro il 17,3% di tutte le neoplasie, contro il 13,8 di quelle polmonari, con un tasso di incidenza standardizzato di 12,5 per 100.000 donne e un tasso di mortalità di 5,6/100.000 (2). Il censimento dell'anno 2007 (3) registrava nel Distretto di Betlemme una popolazione residente di 169.900 individui, di cui 82.416 donne (48,1%); le donne di età compresa tra i 40 e i 69 anni, quelle in cui si registra il più alto tasso di incidenza del carcinoma mammario, erano 45.294, pari al 54,5% della popolazione femminile (4).

- (1) MOH-PHC, Non Communicable Diseases, Health Status in Palestine 2006, October 2009 - Farley D, Shih H, Bay F, Fomay D, Mathers C and Peltis DM.
- (2) GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancerbase No. 10 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2010.
- (3) Palestinian Central Bureau of Statistics, 2008 Census Final Results - Summary: Bethlehem Governorate (Bethlehem - Palestine).
- (4) "Distretto" o "Governatorato", nella suddivisione amministrativa palestinese, corrisponde ad aree geografiche costituite da più "municipalità" più o meno omogenee sotto il profilo provinciale. La municipalità di Betlemme, capoluogo dell'omonimo Distretto, contava, al momento del censimento 2007, 21.847 abitanti, mentre la municipalità di Beit Jala, dove si svolge l'attività ospedaliera, ne contava 12.208.

LA CAMPAGNA DI SENSIBILIZZAZIONE

La grave carenza di infrastrutture e la scarsa efficienza dei servizi rendevano in pratica impossibile organizzare uno screening di tipo attivo. Si è cercato quindi di ottenere il coinvolgimento della popolazione attraverso una campagna di sensibilizzazione interamente organizzata e gestita dal MOH. Struttura cardine di questa campagna erano i "Primary Health Center" (PHC), una rete di piccoli centri di primo livello capillarmente distribuiti sul territorio e presenti anche nei campi profughi. Il MOH ha curato la realizzazione e la distribuzione presso i vari PHC di materiale informativo a stampa, sotto forma di pieghevoli o cartelloni affissi negli ambulatori del PHC.

LA "BREAST UNIT" DEL BJGH

Parallelamente alla campagna di sensibilizzazione, che si è svolta perlopiù nel corso dell'anno 2006, presso il BJGH venivano istituitati alcuni locali del Dipartimento di Radiologia destinati ad accogliere la "Breast Unit". Con i fondi erogati dal PAST, sono stati acquistati un ecografo e un mammografo analogico. La "Breast Unit" inizia la sua attività in un'aula di grande sala, dotata con un'ecografia estremamente ridotta, una sala tecnica di radiologia, per quanto assegnata a tempo pieno alla "Breast Unit", che si occupa anche dell'accoglienza delle partecipanti e della registrazione dei referti. Il BJGH dispone parallelamente di un unico medico radiologo, cui sarà affidata l'intera gestione della diagnostica.

I CORSI DI FORMAZIONE

APOF ha proposto lo svolgimento di una serie di corsi di formazione destinati a tutte le figure professionali coinvolte a vari livelli nella gestione del programma di screening. A tutt'oggi, solo una parte dei corsi proposti è stata effettivamente realizzata, essendo nel frattempo limitati i fondi destinati al progetto. I corsi, miravano, oltre all'aggiornamento tecnico-scientifico relativo a ciascuna disciplina medica coinvolta nel progetto, anche e soprattutto a trasmettere modalità di lavoro spicche di un approccio multidisciplinare: parte dei corsi stessi sono stati organizzati con la medesima modalità, con la contemporanea partecipazione di più specialisti italiani ed anche di docenti locali.

| Breast pathology cases in BJGH (2006-2010) | n. of cases | Benignity | Rate |
|--|-------------|-----------|-------|
| MM | 233 | 45 | 19,4% |
| non benign | 23 | 8 | 34,8% |
| total/gestione | 493 | 137 | 27,6% |

ORGANIZZAZIONE DELLO SCREENING E RISULTATI

Necessitando l'intervento del MOH di coinvolgere il PHC nel programma di screening, la gestione scarse di risorse umane e materiali ha, di fatto, impedito che il percorso, eventualmente costituito da vari centri diagnostici di primo livello: la "Breast Unit" del BJGH (metodo (a) nella figura), fosse strutturata su una pubblica dotata di mammografo ed ecografo nel Distretto di Betlemme. La maggior parte delle donne che si sono presentate alla "Breast Unit" è giunta lì di propria iniziativa: solo una piccola parte di loro è stata invitata da uno dei PHC del Distretto dopo un esame clinico. Secondo gli ultimi dati disponibili, dal 1° gennaio 2009 alla fine di aprile 2010 sono state eseguite 1.919 mammografie (a) ecografie, 103 delle quali (5,4%) sono state considerate maltrattate di approfondimento diagnostico (aspirazione con ago asile ed esame citologico). Gli asportati effettivamente eseguiti sono stati 57, 20 dei quali sono stati diagnosticati come maligni (1,0%), 20 benigni e 17 maltrattati. Indipendentemente dal progetto di screening, il Dipartimento di Patologia del BJGH ha comunque registrato una certa attività legata alla patologia mammaria: i 492 referti elencati nella tabella accanto costituiscono il 5,2% del 14.276 casi gestiti complessivamente dal Dipartimento nel quinquennio 2005-2010.

CONSIDERAZIONI FINALI

La numerosa difficoltà incontrate nello sviluppo di questo progetto sono state originarie da diversi fattori: ambientali, organizzativi ed economici. L'area di Betlemme poteva essere considerata tra le più ricche in termini di strutture e ad accettare un programma di medicina preventiva rivolto alla popolazione femminile. La convivenza fra varie religioni e culture rappresentavano ancora circa il 20% dei residenti del Distretto e la conseguente, relativa minore influenza delle differenze culturali più radicate, oltre ad una significativa urbanizzazione della popolazione, costituivano buone premesse per un possibile "tasso di qualità" dell'offerta sanitaria pubblica. La collaborazione fra esponenti del MOH e i relatori italiani del progetto è sempre stata però discontinua e a volte infuocata: la necessità di mostrare risultati in tempi rapidi, di contrastare spesso con quella, d'altro canto, di rispettare maggiormente tempi e modalità necessarie per lo sviluppo di un progetto organico e sostenibile. A rendere più complesso questo tipo di rapporti, contribuiva inoltre un generale, scarso interesse di gran parte del personale medico, senza dubbio non troppo incentivato a operare in una sanità pubblica che subiva la forte concorrenza di privati ma anche di ospedali gestiti da ONG che beneficiavano direttamente degli aiuti economici erogati a favore dei Territori Autonomi Palestinesi. Inestricabile contrappunto a tale situazione è stato invece il notevole grado di coinvolgimento delle altre figure sanitarie interessate, perlopiù ostentate e inferenziali: pareva a volte di fronte quasi un rapporto di proporzionalità diretta fra l'impegno professionale sul territorio (il PHC) e l'interesse per questo progetto. Infine, anche una certa omogeneità nella definizione dei ruoli delle istituzioni italiane partner di questo progetto (UTL e APOF) ha contribuito a diminuire l'efficacia dell'intervento: la scelta di frangere solennemente l'acquisto di attrezzature e le attività di sensibilizzazione alla formazione, a non un progetto organico, ha reso il secondo piano la necessaria definizione di obiettivi precisi e condivisi. La Palestina resta una terra difficile e sfidante, dove la possibilità di fare un passo felice nell'offerta collaborativa è moltiplicata dalla coesistenza di diversi e spesso contrapposti interessi, ma rappresenta comunque una regione culturale e geografica dove conviene provare a proporre soluzioni, in ogni caso: perché un traguardo raggiunto in quel luogo è sicuramente più esportabile di tanti altri.



Relazioni del convegno scaricabili dal sito

WWW.gisma.it



... CONVEGNO GISMA
2012 a ...