

14.11.2017
06.12.2017



SEMINARIO DI AGGIORNAMENTO SUL FUTURO DEGLI SCREENING ONCOLOGICI IN REGIONE LOMBARDIA

Attività di revisione per il miglioramento della qualità: il monitoraggio dei tumori intervallo

Dr.ssa Anna Giulia Guarneri
ospedale di Manerbio-Leno ASST Garda

Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA

Programma di screening mammografico : significato e gestione dei
cancri intervallo
(2008)

DOCUMENTO GISMA 2007

I carcinomi di intervallo quali indicatori di
performance di un programma di screening

Attività di revisione per il miglioramento della qualità: il monitoraggio dei cancri intervallo

CANCRI INTERVALLO (CI)

- E' un carcinoma successivo ad un processo di screening negativo e comparso prima del passaggio di screening successivo
- I Cancri di Intervallo (CI) sono un'entità patologica descritta solo nell'ambito dei programmi di screening organizzato

CANCRI INTERVALLO

“Incubo” del Radiologo

- immagine professionale
- implicazioni medico-legali
- implicazioni assicurativo

Significato negativo?
Errore evitabile?

E' un fenomeno inevitabile

- limiti del test (sensibilità non assoluta, falsi negativi)
 - errore umano

PROGRAMMI DI SCREENING (LEA)

- **Monitoraggio continuo di tutte le fasi del processo**
 - aspetti organizzativi
 - qualità tecnica e professionale
- **Verifica** : miglioramento delle fasi critiche
- **Obiettivo**:
 - n° più basso possibile di falsi negativi (C.I.)
 - aumento qualità del test
 - aumento della sensibilità

Valutazione continua della qualità programma di screening

Lo studio dei C.I. è uno degli indicatori più affidabili di efficacia del programma di screening, anche se difficile da mettere in atto, ne indica la sensibilità e consente di controllarne la performance

- controllo dell'attività del professionista
- verifica delle prestazioni
- rivalutazione dei falsi negativi
- apprendimento dagli stessi

SCREENING MAMMOGRAFICO

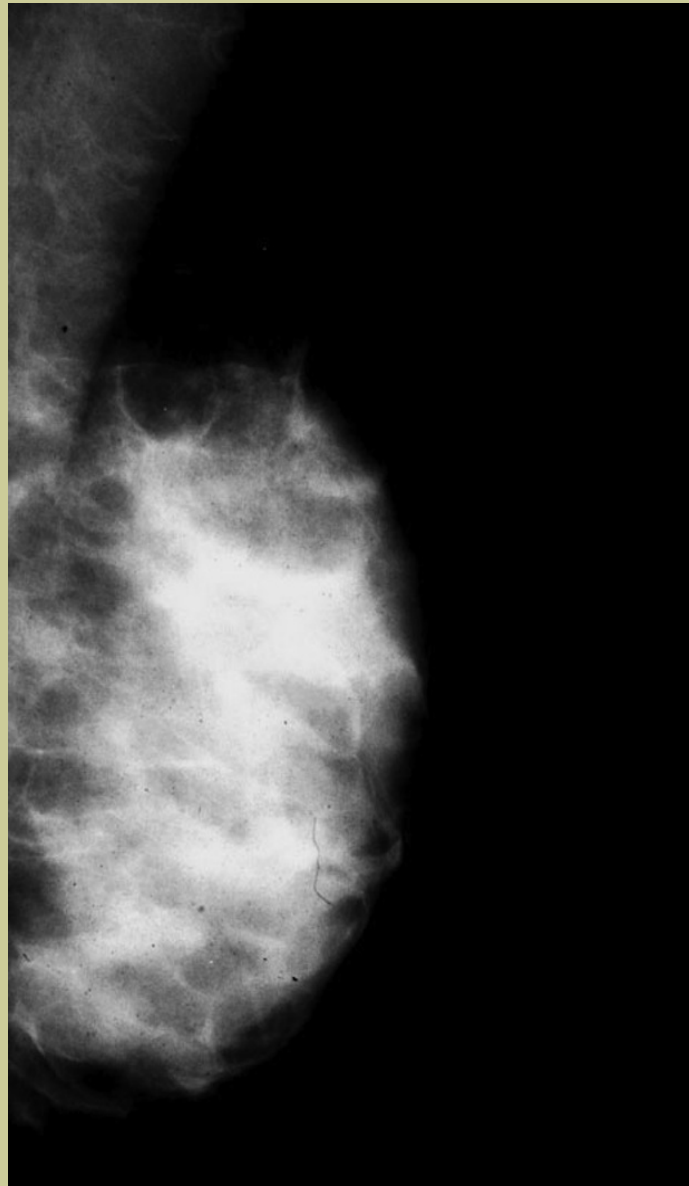
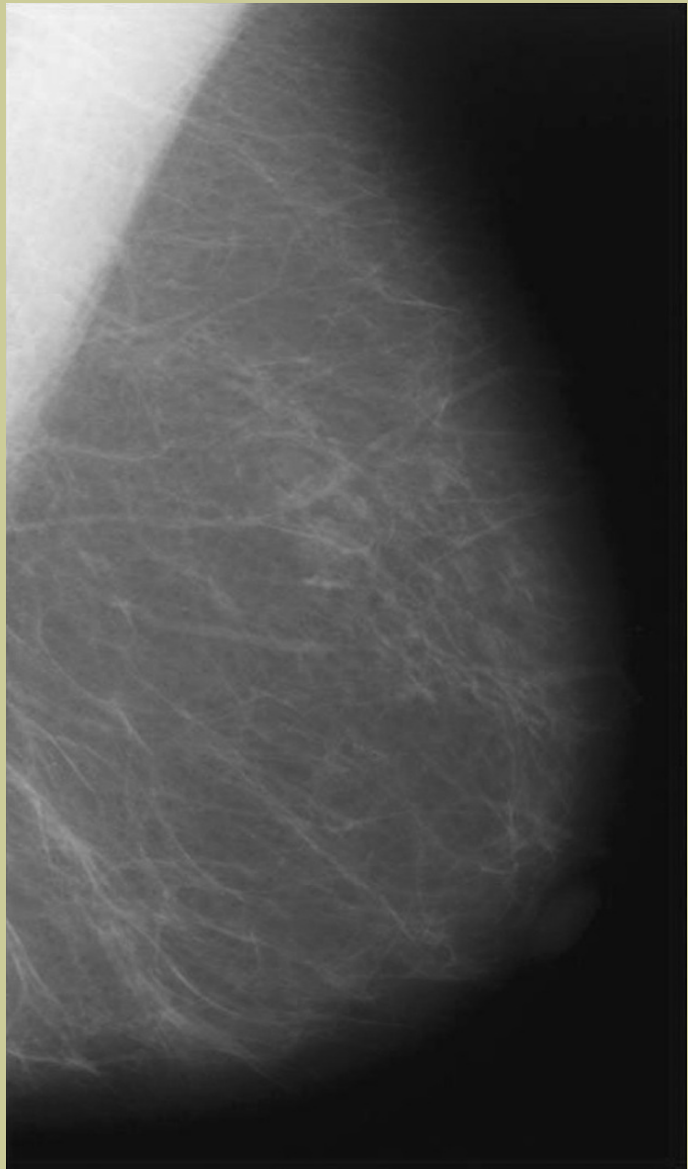
riduce la mortalità per C.M. (50/69 anni)

- 20-30% in generale (tutta la popolazione)
- 40 % donne che si sottopongono al test

TEST: mammografia bilaterale

- sensibilità non ottimale (70-85 %)
- non tutti i cancri vengono diagnosticati

1/3 -1/5 T.M. compaiono, sintomatici, nell'
"intervallo" (C.I.)



Le linee guida UE indicano l'incidenza
proporzionale dei C.I. (CI osservati / CM attesi)

- 30% nel primo anno
- 50% nel secondo anno
- 40 % nel biennio

CANCRI INTERVALLO

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brescia

- Biologicamente non differenti (stadio e grado analoghi ai tumori clinici)
- Sopravvivenza analoga ai cancri clinici
- Stadio più avanzato e prognosi peggiore dei carcinomi screen detected (simili ai ca che insorgono in assenza di screening)

PERCHE' NON SONO RICONOSCIUTI?

- dimensioni troppo piccole
- mascheramento da parte di seno denso
- errore radiologo (più o meno evitabile)
- dubbio non confermato da esami di secondo livello

OBIETTIVI DELLO SCREENING MAMMOGRAFICO

- miglioramento dell'accuratezza del test mammografico (innovazioni tecnologiche)
- addestramento del personale dedicato (radiologi e tecnici)
- ottimizzazione degli esami di 2° livello

CANCRI INTERVALLO

Secondo le linee guida UE: sia ca invasivi sia ca in situ (non inseriti nel calcolo dell'incidenza)

- Registro Tumori
- Registro di patologia
- SDO ospedaliera

Rilevare e valutare i C.I. è compito del programma di screening:

l'indicatore più affidabile dell'intero processo di screening

Screening perfetto: non ha Cancri Intervallo
(incidenza proporzionale = 0)

Screening inefficace (o la sua assenza):
tanti C.I. quanti sono i C.M. Attesi
(incidenza proporzionale = 100%)

Screening sensibile < numero possibile di C.I.
(< incidenza proporzionale possibile)



Lo strumento efficace di miglioramento della qualità della diagnosi mammografica è

la revisione dei radiogrammi di screening precedenti a quelli della identificazione dei C.I.

- modalità cieca (1:4 - 1:5)
- modalità parzialmente informata (mx prec.)
- modalità informata (mx prec.+ diagnostica)

Classificazione revisione dei radiogrammi dei C.I.

- negativi (ca occulti- veri intervallo)
 - errore di screening (falso negativo)
 - segno minimo (non responsabilità del radiologo)
 - errore di assessment
-
- Eseguita da 3 revisori con definizione della controversia a maggioranza
 - Le Linee Guida UE prevedono come standard di riferimento un tasso di “errore di screening” non > del 20%

TUMORI SCREEN DETECTED T2

La valutazione e la stima dei tumori screen detected in stadio avanzato (T2) è un altro indicatore di efficacia del programma di screening: precoce, di più facile controllo rispetto alla valutazione di C.I. e più immediato.

Obiettivo del programma di screening : riduzione della frequenza di questo tipo di tumori



ATS DI BRESCIA – SCREENING PER LA DIAGNOSI PRECOCE DEL TUMORE DELLA MAMMELLA

CANCRI DI INTERVALLO

	ANNO 2008	ANNO 2009	ANNO 2010	ANNO 2011	ANNO 2012	ANNO 2013	STANDARD DI RIFERIMENTO*
CANCRI DI INTERVALLO	71	89	82	72	98	86	
INCIDENZA PROPORZIONALE BIENNALE°	28%	29%	27,10%	27,80%	31,00%		< 40%
<u>SENSIBILITA'</u>	72%	71%	73%	72%	69%		
REVISIONE RADIOLOGICA - ERRORI DI SCREENING	9%	18%	12%	11,50%	5,10%		< 20%

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

° Il numero dei cancri attesi è quello stimato dal Registro di Brescia.

CANCRI SCREEN DETECTED IN STADIO AVANZATO

	ANNO 2012	ANNO 2013	ANNO 2014	ANNO 2015	ANNO 2016	STANDARD DI RIFERIMENTO*
CANCRI IN STADIO ≥ 2	48	45	44	50	53	
PROPORZIONE DEI CA IN STADIO T ≥ 2	20,40° %	20,00° %	25% ° 20%§	13,6% §		< 25%

* Linee Guida Europee per il Controllo Qualità dello Screening Mammografico

° Compresi casi di donne che non avevano aderito in modo regolare ai round di screening

§ esclusi i casi di donne che non avevano aderito in modo regolare ai round di screening