

gis  
ma  
gruppoitalianoscreening  
mammografico



# CONVEGNO NAZIONALE GISMa 2010

BOLOGNA, 5-6 maggio 2010  
Relais Bellaria Hotel & Congressi



## Lo screening mammografico tra presente e futuro

Convegno nazionale GISMa, Bologna 5-6 maggio 2010

Si è tenuto a Bologna il 5 e 6 maggio il convegno nazionale del Gruppo italiano screening mammografico (GISMa). L'incontro, oltre ad aver passato in rassegna i risultati dei programmi di screening italiani, è stato l'occasione per un approfondimento e un confronto su alcuni degli aspetti più attuali dello screening mammografico: il follow up, la sovradiagnosi e il sovratrattamento (cui si è dedicata una mezza giornata di discussione nel giorno precedente l'apertura dei lavori), i gruppi a rischio aumentato per tumore alla mammella, l'impatto delle nuove tecnologie sull'organizzazione degli screening.

### Dalla quantità alla qualità

La qualità generale, sia dei programmi, sia degli operatori, migliora costantemente, anche se è innegabile che esistono ancora programmi che non raggiungono standard accettabili. Inoltre è cresciuta negli ultimi anni la platea di beneficiarie degli screening. Esistono ancora aree del territorio nazionale in cui le donne non possono fruire dello screening mammografico, ma dal 2003 al 2008 il numero di donne che si sottopongono a mammografia è aumentato di circa mezzo milione. E questo incremento si è registrato soprattutto in quella porzione di donne che, in assenza di programmi organizzati di screening, non si sarebbero sottoposte a mammografia.

I tempi sono maturi, quindi, perché la valutazione istituzionale degli screening si basi non soltanto sugli indicatori di base come estensione e adesione, ma anche su quegli indicatori aggiuntivi di qualità che sono disponibili e spesso non vengono adeguatamente considerati.

“Il ministero della Salute ha recentemente valutato le performance dei servizi sanitari regionali e pubblicato i risultati sul proprio sito web”, ha commentato **Marco Zappa**, direttore dell'Osservatorio nazionale screening. “Tra i servizi analizzati sono presenti anche gli screening, che sono valutati sulla base dell'estensione e dell'adesione. Sarebbe una rivoluzione copernicana se venissero considerati anche gli indicatori di qualità in questo processo di valutazione”, ha concluso Zappa.

Gli strumenti per la misurazione della qualità dei programmi, soprattutto nel caso dello screening mammografico, non mancano.

Il software Sqtm (Scheda sulla qualità della diagnosi e della terapia del carcinoma mammario) consente dal 1997 di raccogliere dati aggiuntivi

rispetto a quelli canonici dei programmi di screening. E il convegno è stata l'occasione per un'anticipazione sui dati Sqtm, che saranno pubblicati integralmente sul Rapporto 2009 dell'Osservatorio nazionale screening a fine anno.

Altrettanto importante, ha precisato **Livia Giordano**, presidente GISMa, è "trovare delle forme di monitoraggio della qualità per i programmi di screening, affinché chi sta negli standard venga premiato dalla sua attività".

Più difficile mettere a punto meccanismi sanzionatori per gli inadempienti, anche se è possibile ipotizzare sistemi correttivi, come l'impiego delle site visits su richiesta delle Regioni.

In questo processo di revisione dei programmi inefficaci, le società scientifiche come il GISMa potrebbero giocare un ruolo di primo piano, ma "non potranno farlo senza essere riconosciute dalle istituzioni", ha fatto presente **Eugenio Paci**, Area Direzione Scientifica ASP Laziosanità.

#### **Follow up: inutile quello intensivo**

La mortalità per carcinoma mammario, negli ultimi 30 anni si è ridotta drasticamente per l'effetto combinato di almeno due fattori: lo screening e il miglioramento dei protocolli terapeutici.

Un apporto incerto è stato dato dal follow up. In particolare da quello intensivo, la cui efficacia sulla sopravvivenza è stata dimostrata essere totalmente sovrapponibile a quella garantita dal follow up minimo. Il convegno ha esplorato le evidenze scientifiche su questo tema molto dibattuto, ha riflettuto sulle difficoltà organizzative, proponendo esperienze innovative. Inoltre, è stata occasione per sollevare quesiti che coinvolgono direttamente la gestione dei programmi di screening. Un aspetto particolare del follow up è stato toccato da **Lauro Bucchi**, del Registro tumori della Romagna, IRST. Bucchi ha esplorato i protocolli di follow up specifici dello screening. "È razionale - si è chiesto - per esempio - escludere dai programmi di screening organizzato le donne con un pregresso cancro al seno?". In realtà secondo Bucchi non lo è affatto. "L'intero percorso di screening può essere inteso come un insieme di diverse procedure di follow up", dal momento che il suo scopo è seguire le donne che vi partecipano per "confermare, modificare, precisare la classificazione temporanea del loro stato di salute, che è anche un livello di rischio: apparentemente sane (le donne con test negativo); probabilmente malate (le donne con test positivo); apparentemente guarite (le donne trattata per cancro)".

In sostanza, ha concluso Bucchi, “L’esclusione dallo screening delle donne con storia di cancro sembra più una consuetudine che una procedura, non ha un razionale scientifico, non è raccomandata da nessuna authority, non è necessaria alla funzionalità del programma, non è necessaria alla correttezza del monitoraggio, non è mai stata adeguatamente valutata, specialmente in Europa”

### **Sovradiagnosi e sovratrattamento**

È tra gli argomenti più controversi in materia di screening. Spesso il grimaldello usato dai detrattori degli screening organizzati per giustificarne l’inopportunità, se non l’inefficacia.

La sovradiagnosi, che **Eugenio Paci**, Area Direzione Scientifica ASP Laziosanità, ha definito come “la proporzione di casi di cancro confermati istologicamente e diagnosticati a seguito di un episodio di screening che non sarebbero giunti all’attenzione clinica se [lo screening] non fosse stato eseguito” è un argomento che non poteva mancare dal convegno GISMa ed è stato oggetto di uno specifico workshop organizzato in collaborazione con l’Osservatorio nazionale screening.

Paci e Donella Puliti (Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica - ISPO) hanno chiarito le reali dimensioni del fenomeno: “4 casi sovradiagnosticati quando 1000 donne sottoposte a screening sono seguite per venti anni”, secondo Paci che ha fatto riferimento a studi internazionali. “Ciò si traduce in 0.5 casi sovradiagnosticati per ogni morte risparmiata”. Tuttavia, di fronte a un tema così complesso e che lascia spazio a letture non ortodosse che hanno facile presa sui media la difficoltà maggiore risiede in una comunicazione comprensibile e che non banalizzi il problema: “è giusto informare, ma come si informa su una questione così controversa?”, si chiede Paci.

Il convegno è stato l’occasione per approfondire anche una delle le conseguenze della sovradiagnosi, il sovratrattamento, che è ciò “che più gravemente impatta sulla vita delle donne”, ha illustrato **Daniela Terribile**, U.O.S. Terapie Integrate Tumori del Seno - Policlinico Universitario “A. Gemelli” Roma. Tuttavia, ha precisato Terribile, occorre distinguere. Il sovratrattamento “quantitativo”, che è diretta conseguenza di una sovradiagnosi, è in una certa misura inevitabile, dal momento che “quando si è di fronte ad una diagnosi iniziale, non ci si può astenere da un trattamento chirurgico”. Altra cosa è il sovratrattamento “qualitativo”: mastectomie, dissezioni ascellari inopportune, insomma tutti quei “trattamenti inadeguati che sono cattivi trattamenti”. In tal caso si tratta, molto più semplicemente, di inappropriatezza.

### Fattori di rischio e personalizzazione

Il cancro al seno, sempre più appare essere una patologia multifattoriale, su cui incidono diversi fattori di rischio. L'età, l'area geografica di provenienza, la densità mammografica, sono quelli che più aumentano le probabilità di sviluppare un tumore al seno.

Ancora dubbio il ruolo complessivo della genetica. La promessa di un cambiamento radicale della diagnosi e della terapia è ancora lontana dall'essere mantenuta per la generalità delle pazienti. "Le donne con mutazione BRCA 1 e 2 [i geni più indagati negli ultimi anni] rappresentano la punta di un iceberg", ha illustrato **Daniela Turchetti**, UO e Cattedra di Genetica Medica - Università di Bologna-Policlinico S.Orsola-Malpighi.

Sotto l'acqua, insomma, ancora poco conosciuti o completamente ignoti, si nascondono altri geni che potrebbero aumentare il rischio di tumore.

Tuttavia, le conoscenze attuali, già consentono di identificare percorsi di sorveglianza personalizzati e coerenti con il livello di rischio individuale.

### La sfida della digitalizzazione

Le nuove tecnologie digitali di acquisizione e gestione dell'informazione stanno rapidamente diffondendosi all'interno dei programmi di screening mammografico. Il loro impatto riguarderà non soltanto la qualità dell'immagine con cui gli operatori dovranno confrontarsi, ma gli interi processi organizzativi dello screening. È stata dedicata a questo argomento una delle sessioni del convegno. **Paola Mantellini** (ISPO- Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica, Firenze), in particolare, ha presentato uno studio multicentrico finanziato dalla Agenzia Regionale di Sanità della Regione Abruzzo che ha valutato tre aspetti essenziali dell'introduzione della tecnica digitale nello screening mammografico: il suo impatto sulla metodologia organizzativa, quello sulla performance clinica e, non ultimo, la sostenibilità economica del processo di digitalizzazione.

### Gli screening che fanno ricerca

Per la prima volta, nel corso del convegno nazionale GISMa, sono stati presentati quindici ricerche compiute all'interno dei programmi di screening. La selezione dei lavori - che mettono in luce la capacità di auto-osservazione e ricerca degli screening - è stata effettuata da una commissione che ha valutato i poster pervenuti su criteri "esclusivamente meritocratici", ha precisato **Stefano Ciatto** che ha avuto il compito di illustrarli alla platea.