



## Screening del carcinoma mammario della città di Taranto: analisi degli indicatori di performance al termine del 1° round.

Giuseppe Melucci – Rossana Antonazzo – SS Diagnostica patologia mammaria – SC Radiologia Ospedale SS. Annunziata TA – Direttore Maurizio Resta.  
Anna Maria Sebastio – Salvatore Magnasco – Grazia Napoli – Marzia Panarelli – SC Anatomia Patologica Ospedale SS. Annunziata TA

Il 1° gennaio 2009 ha preso il via il programma di screening per il carcinoma mammario per la città di Taranto. Il programma ha coinvolto 28067 donne residenti, d'età compresa tra 50 e 69 anni. Uno degli obiettivi fondamentali di partenza è stata la copertura del target nell'arco del biennio, ritenendo questo un punto fondamentale per l'analisi di efficacia del progetto, in termini di:

- incentivazione all'adesione ("garanzia" dell'invito nell'intervallo di tempo preabilitato);
- impatto sulla popolazione (possibilità concreta, in prospettiva, a parità di risorse, di ricontrollare nei round successivi la popolazione target non oltre i due anni di tempo).

Situazione di partenza (inizio I round) al 1° gennaio 2009:  
popolazione target 28060 – inviti spediti 0



Punto di arrivo (termine I round) : 28 febbraio 2011  
popolazione target 28060 = inviti spediti 28209



Il riferimento dati deriva dalla griglia statistica del programma informatico per lo screening, regione Puglia consultabile al seguente indirizzo: <https://81.113.253.11/screenlab/index.jsp>

Nel biennio in esame sono state effettuate complessivamente 12.689 mammografie (10.354 per primo invito + 2335 per sollecito).

La compliance totale grezza (inviti I livello + solleciti / tot. inviti I livello) è risultata pari al 43,17%.

La compliance totale rettificata (che tiene conto anche delle mancate adesioni per mancato recapito\*, esame ravvicinato o esclusione definitiva) è risultata pari al 46%.\*

\*Il mancato recapito non è risultato quantificabile (considerato pari a zero nella valutazione); ciò abbassa il valore della compliance rettificata.

Il numero di richiami è stato pari a 270 per accertamenti di II livello (2,12%) e a 322 per motivi tecnici (2,53%).

Il numero complessivo di richiami è stato pari a 592 (4,6%) (valore desiderabile\* <5%).

Sono stati effettuati complessivamente 117 prelievi con ago (14 prelievi con ago sottile su guida ecografica per esame citologico; 87 prelievi microistologici con ago tranciante semiautomatico su guida ecografica; 16 prelievi su guida radiologica stereotassica con sistema vuoto assistito).

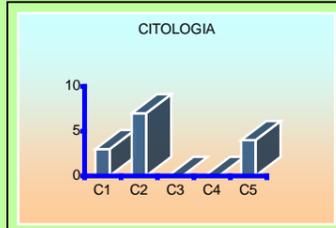
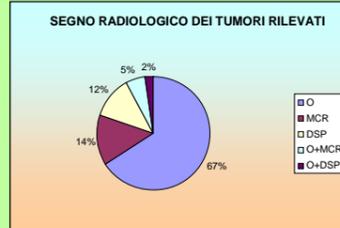
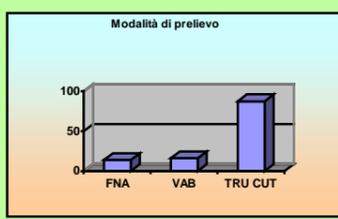
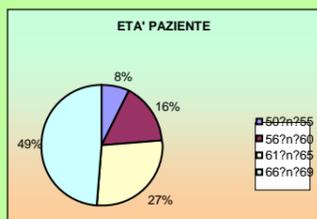
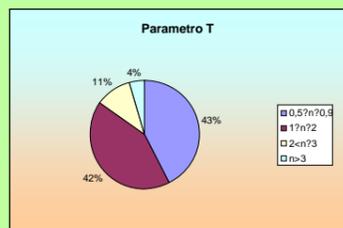
In 6 casi si è ricorso alla biopsia chirurgica (in cinque casi dopo biopsia microistologica per discordanza imaging/istologia; in un caso per volontà della paziente).

Sono stati identificate complessivamente 96 donne affette da tumore, con tasso di identificazione pari al 7,5/1000 (valore desiderabile al I round > 5/1000).

Delle 96 donne affette da tumore, 82 hanno espletato gli approfondimenti diagnostici presso il Centro screening ASL TA, 14 in altra sede (diagnosi definitiva di positività verificata in differita).

Il tasso di biopsie benigne (per 1000) è risultato 2,7 (valore desiderabile < 5).

Il rapporto biopsia benigno/maligno è risultato 0,36 (valore desiderabile < 0,5).



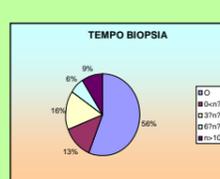
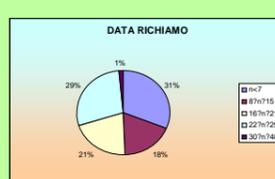
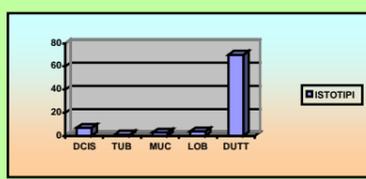
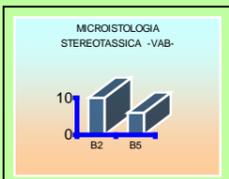
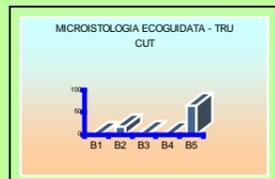
**Fig 1 - Distribuzione percentuale dei tumori riscontrati in base alle dimensioni.**  
Nel 43% dei casi il diametro medio dei tumori invasivi è risultato inferiore a 1 cm (tasso 3,5/1000 – valore desiderabile 2,6/1000). L'85% dei tumori riscontrati è risultato di diametro inferiore a 2 cm.  
La percentuale dei tumori in situ è risultata pari a 8,5 (valore desiderabile\* >10%).  
\*Il dato è calcolato sul totale degli 82 casi istologicamente accertati presso l'Anatomia Patologica di riferimento del Centro Screening.

**Fig 2 - Distribuzione percentuale dei tumori riscontrati in base all'età.**  
Nel 24% dei casi donne tra 50 – 60 anni.  
Nel 76 % dei casi donne tra 61 – 69 anni

**Fig. 3 – Modalità di prelievo.**  
Per la tipizzazione dei reperti si è ricorso prevalentemente al prelievo microistologico su guida ecografica con ago tranciante semiautomatico - metodo Tru Cut (74% dei casi). Il ricorso alla citologia solo nel 12% dei casi, per ovviare al problema dell'inadeguatezza diagnostica.  
Il ricorso alla VAB solo in casi di microcalcificazioni non reperibili all'ecografia (14% dei casi).

**Fig. 4 – Segno radiologico identificativo.**  
La forma nodulare (opacità pura associata o meno a microcalcificazioni o a distorsione) è risultata il reperto più frequente (74% dei casi). Solo microcalcificazioni nel 14%. Solo distorsione nel 12%.

**Fig. 5 – Esito della citologia.**  
Il dato statistico ha poca rilevanza, riferendosi a pochi casi (14):  
3 inadeguati - C1 (21% con 1 caso esitato positivo alla biopsia chirurgica).  
7 benigni C2 (50%).  
4 maligni C5 (29%).



**Fig. 6 – Esito della microistologia eco guidata.**  
Un solo caso inadeguato - B1 (1%, esitato in B5 a seguito di ripetizione della manovra); 18 casi benigni -B2 (21%, sottoposti a follow up semestrale); 3 casi dubbi - B3 (3%, due sottoposti a biopsia chirurgica con esito positivo; uno stazionario al follow up).  
65 casi maligni -B5 -75% dei casi .

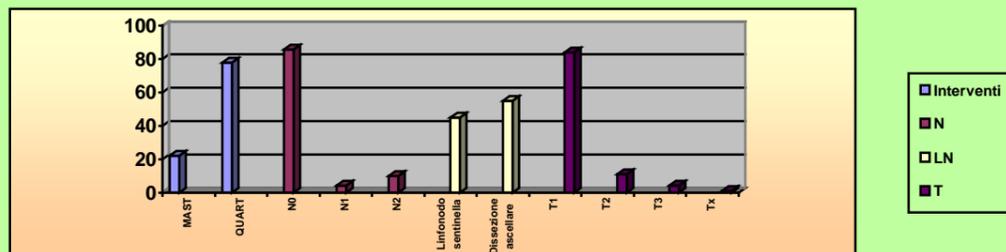
**Fig. 7 - Esito della microistologia su guida radiologica stereotassica vuoto assistita**  
B2 in 10 casi (62%);  
B5 in 6 casi (38%).

**Fig. 8 - Istologia definitiva relativa alla patologia tumorale rilevata.**  
DCIS: 8,5%  
CA Tubulare 1,2 %  
CA Mucinoso 3,6%  
CA Lobulare 4,8%  
CA Duttale 81,7%

**Fig. 9 - Il tempo tra esecuzione della mammografia e richiamo.**  
Entro i 15 giorni nel 49% dei casi.  
Entro 21 giorni nel 70%.  
Percentuale di adesione al I livello 100% (valore desiderabile\* >95%).

**Fig. 10 - Tempo tra esecuzione dell'agobiopsia.**  
Pari a 0 nel 56% dei casi (effettuazione contestuale al richiamo);  
entro 5 giorni nell'85% dei casi.  
Delle donne candidate alla biopsia, 117 su 131 (89%) hanno effettuato l'accertamento presso il Centro Screening; l'11% in altra sede.

**Fig. 11 - Tempo tra esecuzione dell'agobiopsia e consegna del referto citologico o microistologico.**  
Entro i 15 giorni nell'85% dei casi.



**Fig. 12 – Dati percentuali derivanti dalle schede istologiche.**  
Quadrantectomia nel 78% dei casi; mastectomia nel 22%  
Negatività linfonodale nell' 86% dei casi.  
Tecnica del Linfonodo sentinella nel 45%; dissezione ascellare 55%.  
Diametro tumorale < 2cm pari all'85% dei casi.

Dall'analisi degli indicatori risulta un'ottima performance in termini di copertura del target (totale nell'arco dei due anni). Incerta è la stima della adesione corretta, in quanto il valore rilevato (43%), risente in difetto della verificabilità di alcuni dati (mancata adesione per mancato recapito o per esame ravvicinato). Il trend nel corso del I round (biennio 2011 – 2012) risulta in crescita, registrandosi attualmente una adesione corretta del 55% per Taranto città (il cui centro screening ha nel contempo incrementato il target da 28067 a 34983 per il reclutamento anche della popolazione femminile di alcuni comuni limitrofi). Il tasso di richiamo (per motivi tecnici e/o per approfondimento) è risultato entro valori desiderabili.

Aderente ai valori desiderabili anche il tasso di identificazione (7,5/1000) ed il numero di tumori diagnosticati in fase precoce (85%); conseguenziali a tale ultimo dato le ricadute terapeutiche, con ricorso alla terapia chirurgica conservativa nel 78%, e negatività linfonodale nell'86% dei casi. Per quanto riguarda la tempistica, non è stato fatto riferimento al tempo tra effettuazione del test e spedizione dell'esito negativo in quanto non verificabile (spedizione gestita esternamente al centro di screening).

Poco al di sotto del valore desiderabile (> 85%) la percentuale di richiami entro 21 giorni (70%). Il richiamo, gestito telefonicamente direttamente dal centro screening, è calendarizzato per il giorno stesso o per il giorno seguente (contenimento dell'ansia). L'eventuale prelievo con ago a seguito della seduta di approfondimento viene proposto ed effettuato nella medesima giornata se su guida ecografica, calendarizzato entro 10 giorni se su guida radiologica. Il tasso di inadeguati è risultato trascurabile con il ricorso alla microistologia. Criticità sono emerse nell'"incrocio" dei dati riguardo ai casi positivi, non essendo al momento collegate in rete e/o afferenti ad un unico database le diverse branche specialistiche afferenti al percorso screening. L'analisi complessiva degli indicatori permette di concludere che il programma di screening del carcinoma mammario evidenzia dati incoraggianti in termini di efficacia di impatto; una revisione critica e costante dell'operato di tutte le figure professionali coinvolte contribuirà ad incentivarne la diffusione, nell'intento di garantire opportunità di accesso alla prevenzione a sempre più ampi strati di popolazione.

### BIBLIOGRAFIA

Requisiti per l'accreditamento dei programmi di screening per la diagnosi precoced del tumore della mammella <http://www.regione.emilia-romagna.it>  
Indicatori e standard per la valutazione di processo dei programmi di screening del cancro della mammella Livia Giordano et Al <http://www.gisma.it/publicazioni/documenti/ManualeIndicatori>  
Trend temporali di alcuni indicatori dei programmi di screening mammografico in Italia: 1998-2008 Livia Giordano et Al <http://tumorionline.it/pdf/screening>  
Gli screening oncologici <http://www.epo.it>