

Il tasso di richiami, problemi e criticità



– Livia Giordano – CPO Piemonte

LE

DEFINIZIONI

- ◆ Indicatori e standard per la valutazione di processo dei programmi di screening del cancro della mammella

(Epid e Prev marz-apr 2006- Suppl 1 anno 30 (2))

- ◆ European Guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis

(Fourth edition – European Commission 2006)

Tasso di approfondimento diagnostico totale

(Tasso di approfondimento o di richiamo)

Recall rate – Further assessment rate

DEFINIZIONE:

Percentuale di donne che effettuano un approfondimento diagnostico tra quelle aderenti alla mammografia. Questi ulteriori approfondimenti (immediati o non, invasivi e non invasivi) vengono eseguiti per motivi medici per chiarire la natura di una anomalia evidenziata dalla mammografia di screening di primo livello. Possono essere eseguiti dopo un richiamo della donna in una seduta successiva o nella stessa sessione di screening di primo livello.

In ogni caso tutti gli approfondimenti diagnostici andrebbero registrati specificando se sono stati eseguiti **immediatamente o dopo richiamo** della donna (con lettera o telefonata), le ulteriori indagini effettuate (per es.: proiezione mammografica mirata, ecografia, ecc.) distinte in invasive e non invasive.

SCOPO:

Il tasso di richiami, concorre con altri indicatori, a determinare la specificità del primo livello del programma. Occorre monitorare questo indicatore perché un richiamo con esito finale di normalità o di benignità rappresenta un effetto negativo dello screening, è causa di disagio psicologico per la donna ed è un costo aggiuntivo per il programma.

DATI NECESSARI:

E' necessario che ogni programma di screening sia in grado di conoscere quanti approfondimenti sono stati consigliati e quanti sono stati eseguiti.

E' necessario escludere (separare) dal numeratore i richiami in una sessione di approfondimento derivanti da un motivo tecnico (*vedi relativo indicatore*).

Gli approfondimenti effettuati in seguito alla segnalazione di sintomi, pur senza anomalie mammografiche significative, possono essere inclusi nel numeratore del tasso. E' importante che il programma sia in grado di distinguerli.

Il tasso di approfondimenti totali deve essere fornito per:

- approfondimenti immediati (invasivi/non invasivi) *
- approfondimenti dopo richiami (invasivi/non invasivi) *
- primi passaggi di screening
- passaggi successivi (regolari/irregolari)
- classi di età (quinquennali)

* *non invasivi*: altra mammografia, altre proiezioni, ecografia, visita clinica

* *invasivi*: citologia, ABBI, Mammotome

Si suggerisce di calcolare il tasso di approfondimenti per esami invasivi suddividendolo per:

-solo esame citologico (agoaspirato, aspirazione con ago sottile (FNA), citologia sotto guida ecografica o mammografica)

- altre procedure invasive (agobiopsia con aghi di grosso calibro (Core Biopsy o Biopsia Percutanea BP), mammotome, ABBI, microbiopsia).

Gli approfondimenti devono essere riferiti alla mammografia che li ha originati e il periodo di tempo da considerarsi va riferito alla mammografia di screening.

**FORMULA= TASSO DI APPROFONDIMENTO DIAGNOSTICO
TOTALE**

**N. donne invitate ad effettuare un approfondimento diagnostico
(sia immediatamente che dopo richiamo)**

x 100

N. donne sottoposte a screening

INTERPRETAZIONE:

Nell'interpretazione del tasso di approfondimenti diagnostici occorre tenere conto delle modalità organizzative che il programma adotta per le donne che devono effettuare un ulteriore approfondimento (se il richiamo è immediato, se viene effettuata immediatamente una nuova mammografia nel caso di test illeggibile per problemi tecnici, ecc.). E' importante poter distinguere gli approfondimenti immediati da quelli effettuati dopo un richiamo per poter esattamente valutare l'impatto delle due modalità organizzative.

GISMa

<i>Primi esami</i>	ACCETTABILE: <7%	DESIDERABILE: <5%
<i>Esami successivi</i>	ACCETTABILE: <5%	DESIDERABILE: <3%

EUROPEAN GUIDELINES 2006

<i>Primi esami</i>	ACCETTABILE: <7%	DESIDERABILE: <5%
<i>Esami successivi</i>	ACCETTABILE: <5%	DESIDERABILE: <3%

Tasso di ripetizione per motivi tecnici totali

Technical repeat rate

DEFINIZIONE:

Percentuale di donne che devono ripetere il test di screening per motivi tecnici, sia al momento dell'esame che in seguito a richiamo, sul totale delle donne aderenti al programma.

SCOPO:

Il tasso di ripetizioni per motivi tecnici è un indice dell'efficienza tecnica ed organizzativa del programma

DATI NECESSARI:

E' necessario che ogni programma di screening sia in grado di distinguere i motivi del richiamo.

Il tasso di richiamo tecnici totali deve essere calcolato sulla totalità dei passaggi di screening (non è necessario distinguere tra primo esame ed esami successivi) e deve prendere in considerazione sia le donne che sono chiamate a ripresentarsi per ripetere il test che le donne che, per un problema tecnico, ripetono il test al momento dell'esame e quindi non tornano una seconda volta.

L'indicatore può essere fornito separatamente per:

- ripetizione tecniche immediate (*inadeguati tecnici*)
- ripetizione tecniche dopo richiamo (*richiami tecnici*).

FORMULA= TASSO DI RICHIAMI TECNICI TOTALI

**N. donne invitate a ripetere la mammografia per inadeguatezza
tecnica della mammografia di screening precedente**

x 100.

N. donne sottoposte a screening

INTERPRETAZIONE:

Nella valutazione di questo indicatore è importante prendere in considerazione la sede, fissa o mobile, dove vengono effettuati gli esami e le modalità organizzative adottate nello sviluppo delle lastre.

GISMa

ACCETTABILE: <3%

DESIDERABILE: <1%

EUROPEAN GUIDELINES 2006

ACCETTABILE: <3%

DESIDERABILE: <1%

IL CONTESTO ITALIANO....

PERIODO DI RIFERIMENTO

DIMENSIONE DEL FENOMENO

COMPLETEZZA DEL DATO

✿ ATTIVITA': 2006

✿ N. PROGRAMMI COINVOLTI: 121

NORD: 63

CENTRO: 39

SUD:19

✿ ATTIVITA' MEDIA IN ANNI: 5.8

NORD: 7.1

CENTRO: 5.6

SUD:6.3 **

✿ N. ESAMI DI RIFERIMENTO (test di primo livello)

PRIMO SCREENING: 296746 (mediana 1866)

SCREENING SUCCESSIVI: 814432 (mediana 5752)

TOTALE: 1111178 (mediana: 7117)

**** molti programmi del sud hanno interrotto periodicamente l'attività di screening nel corso degli anni**



MODALITA' DI LETTURA DEL TEST DI SCREENING:

Doppia

Si', sempre 89,2%

**Doppia solo una %
delle mammografie (missing) 1,7%**

**Doppia solo una %
delle mammografie (dichiarata) 1,7%**
(10%)

No 4,1%

Missing 3,3%

*** N. RICHIAMI PER APPROFONDIMENTO:**

PRIMO SCREENING: 23751

SCREENING SUCCESSIVI: 34837

TOTALE: 58588

QUANDO VIENE EFFETTUATO IL RICHIAMO

- ◆ IN UN MOMENTO DIVERSO RISPETTO AL GIORNO IN CUI SI EFFETTUA IL PRIMO LIVELLO

117 programmi: **96.7%**

- ◆ LO STESSO GIORNO DELLO SCREENING DI PRIMO LIVELLO

4 programmi: **3,3%**

(Venezia Mestre, Padova, Verona, Asolo)

MODALITA' DEL RICHIAMO

	N	%
Telefonata	66	56,4%
Telefonata ed eventualmente invio di una lettera o raccomandata con RR	15	12,8%
Invio di una lettera	5	4,3%
Non hanno risposto	31	26,5%
totale	117	100,0%

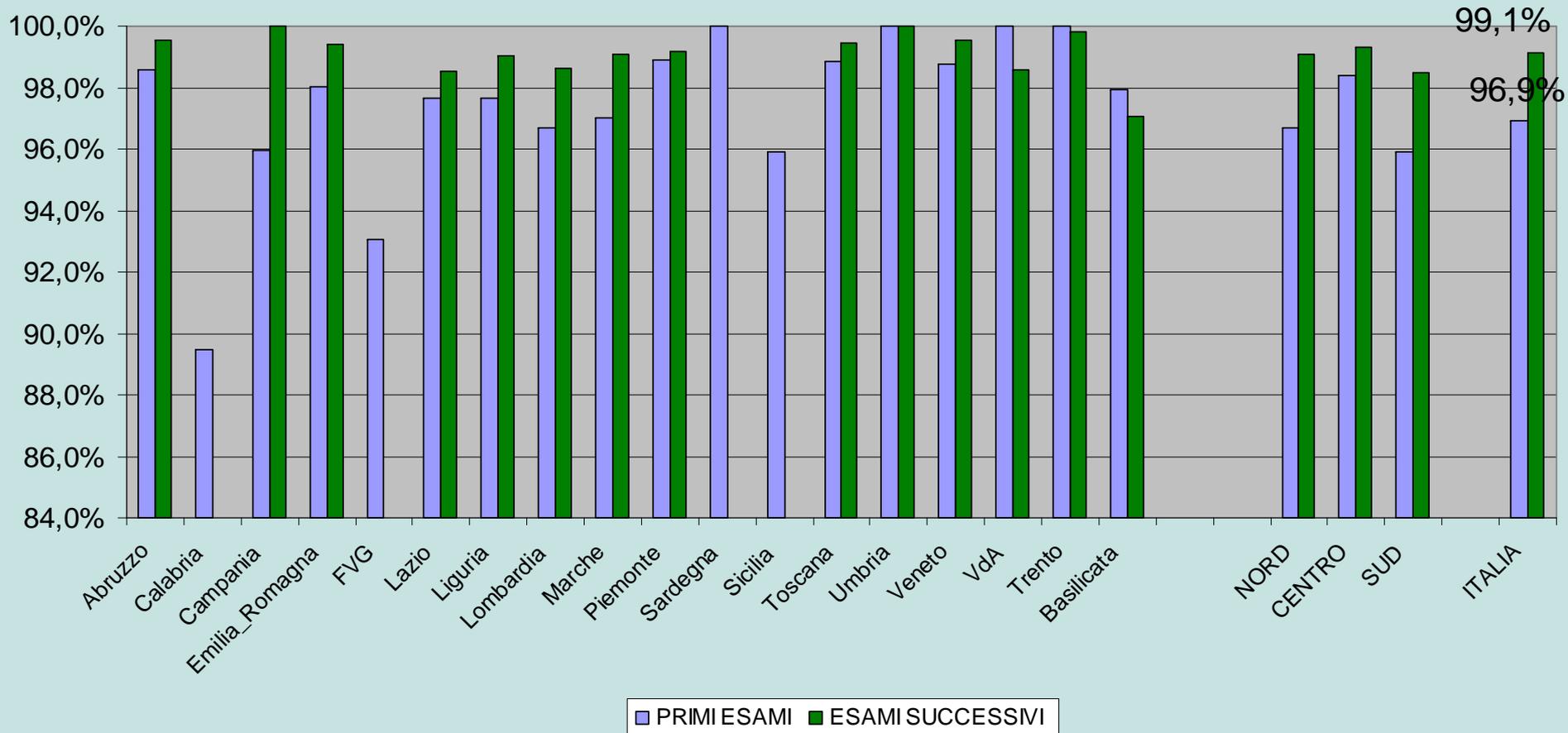
INFORMAZIONI MANCANTI: 14/121 (11.6%)

Regione	Programma	Esaminate	Richiami Tecnici	Richiami per dubbio	Richiami per sintomi	Richiami totali per approfondimento
Veneto	Asolo	975	-	-	-	-
Trentino	Bolzano	9831	-	-	-	-
Campania	Caserta1	1813	-	-	-	-
Lazio	Frosinone	-	-	-	-	-
	Rieti	-	-	-	-	-
Liguria	Genova_AS3	-	-	-	-	-
	Genova_IST	-	-	-	-	-
Marche	Camerino	-	-	-	-	-
	Civitanova	-	-	-	-	-
	Fabriano	-	-	-	-	-
	Fermo	-	-	-	-	-
	Jesi	-	-	-	-	-
	Macerata	-	-	-	-	-
	Urbino	-	-	-	-	-

IL CONTESTO ITALIANO....

I RISULTATI

ADESIONE ALL'ESAME DI APPROFONDIMENTO



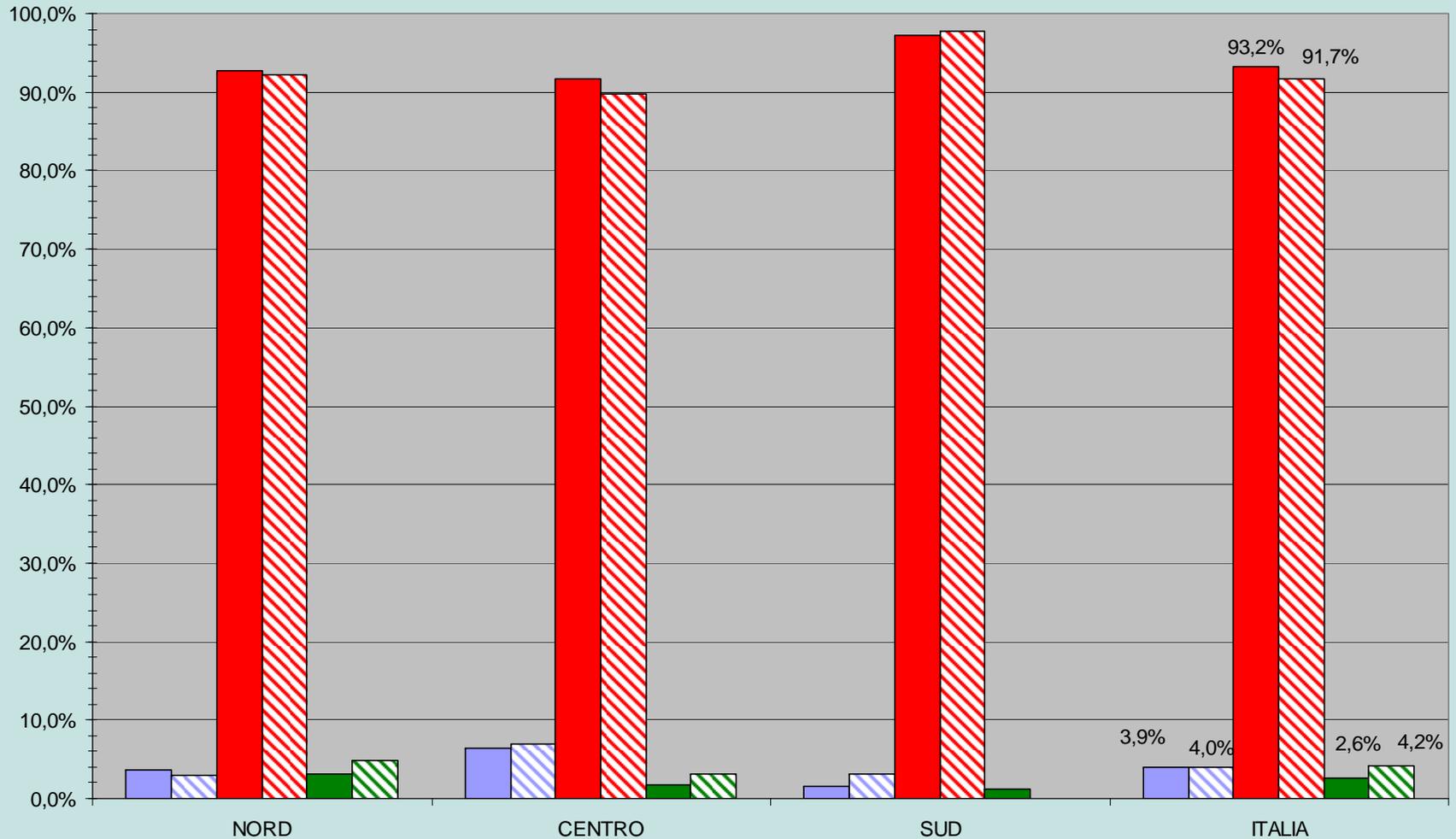
Adesione programmi con approfondimento immediato

Primi esami + successivi

- Padova 100%
- Venezia-Mestre 100%
- Verona 100%

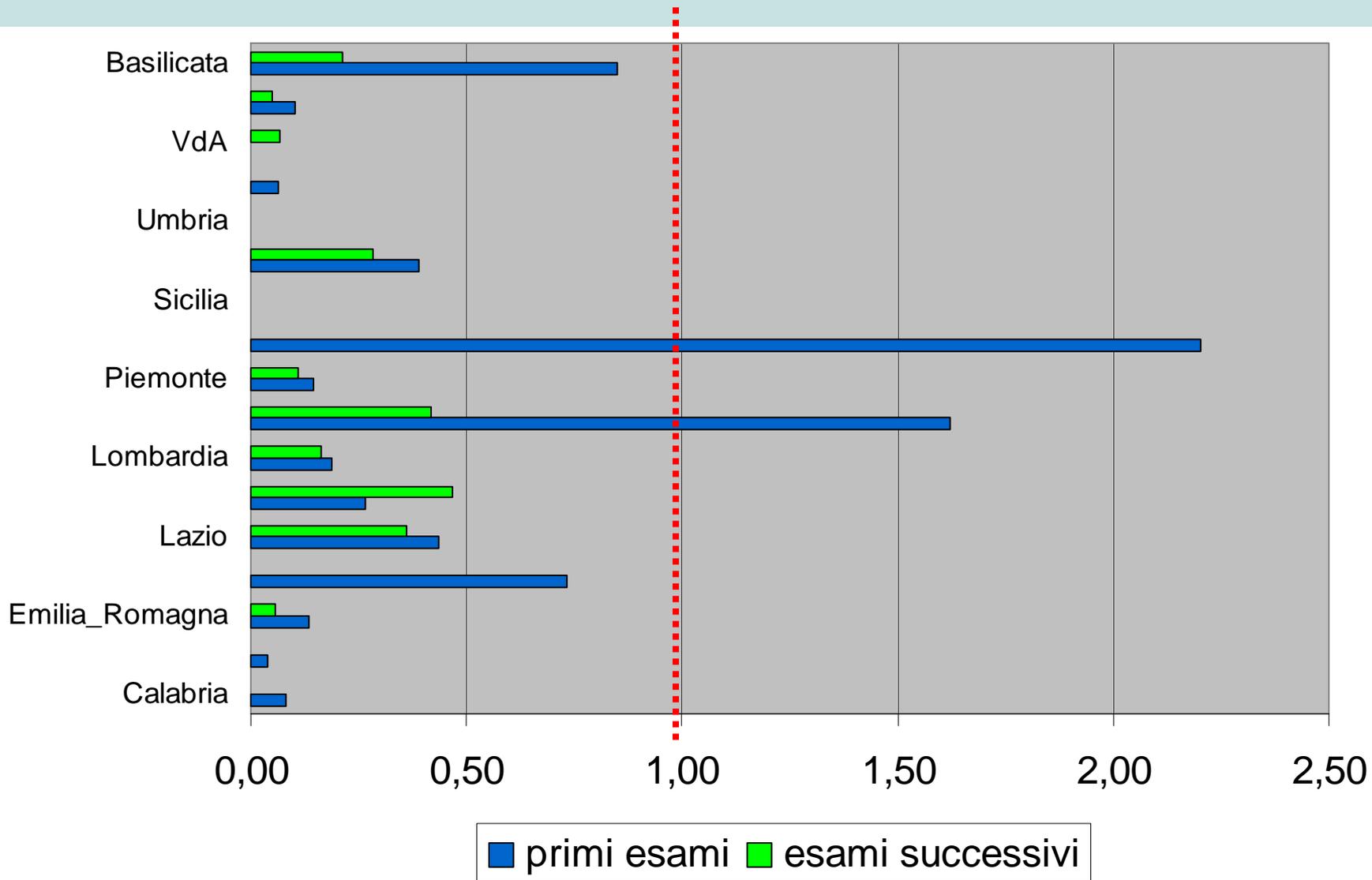
- Asolo missing

TIPOLOGIA DEI RICHIAMI

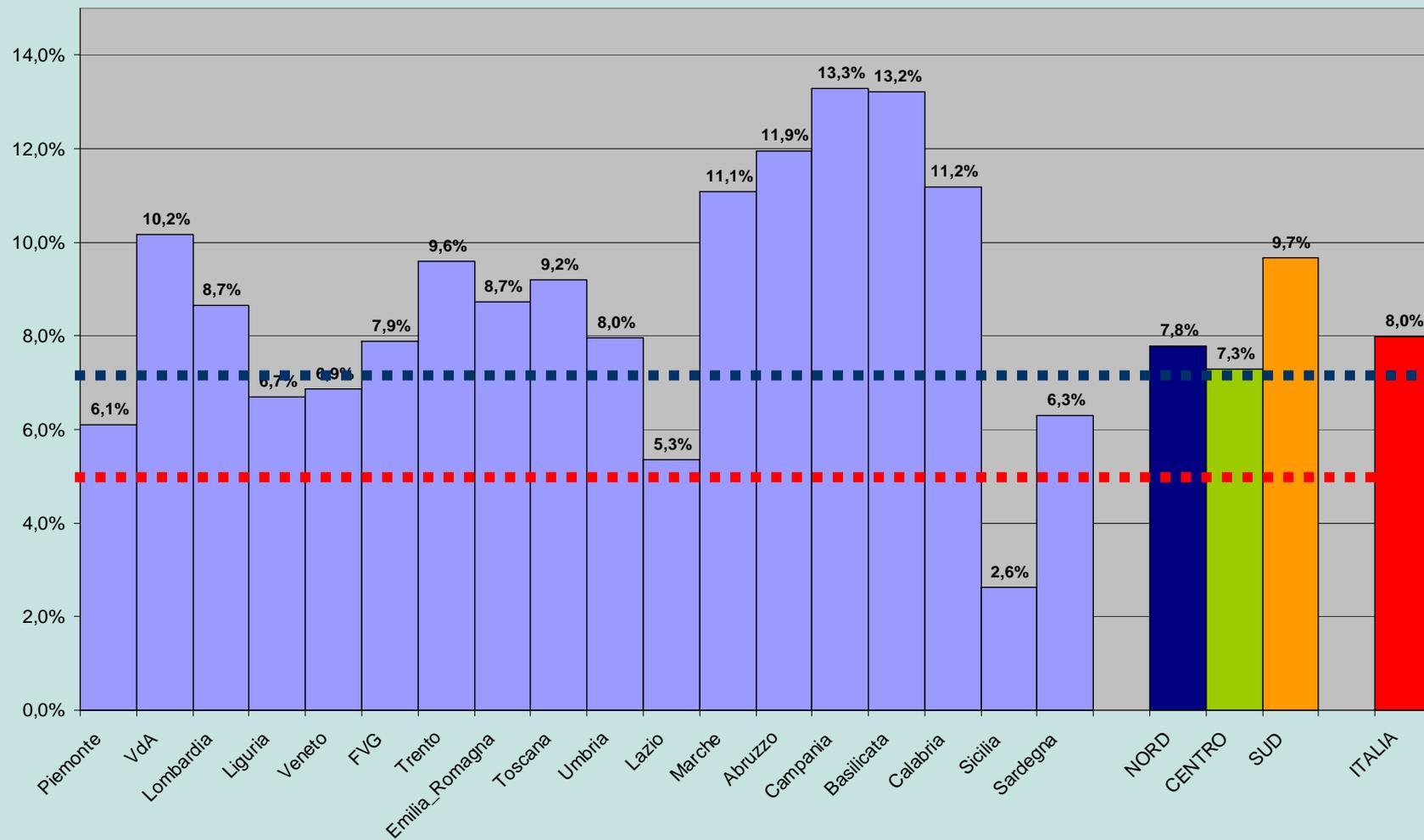


■ proporzione richiami tecnici primi esami
 ▨ proporzione richiami tecnici esami successivi
 ■ proporzione richiami dubbio primi esami
▨ proporzione richiami dubbio esami successivi
 ■ proporzione richiami sintomi primi esami
 ▨ proporzione richiami sintomi esami successivi

Tasso di richiami tecnici

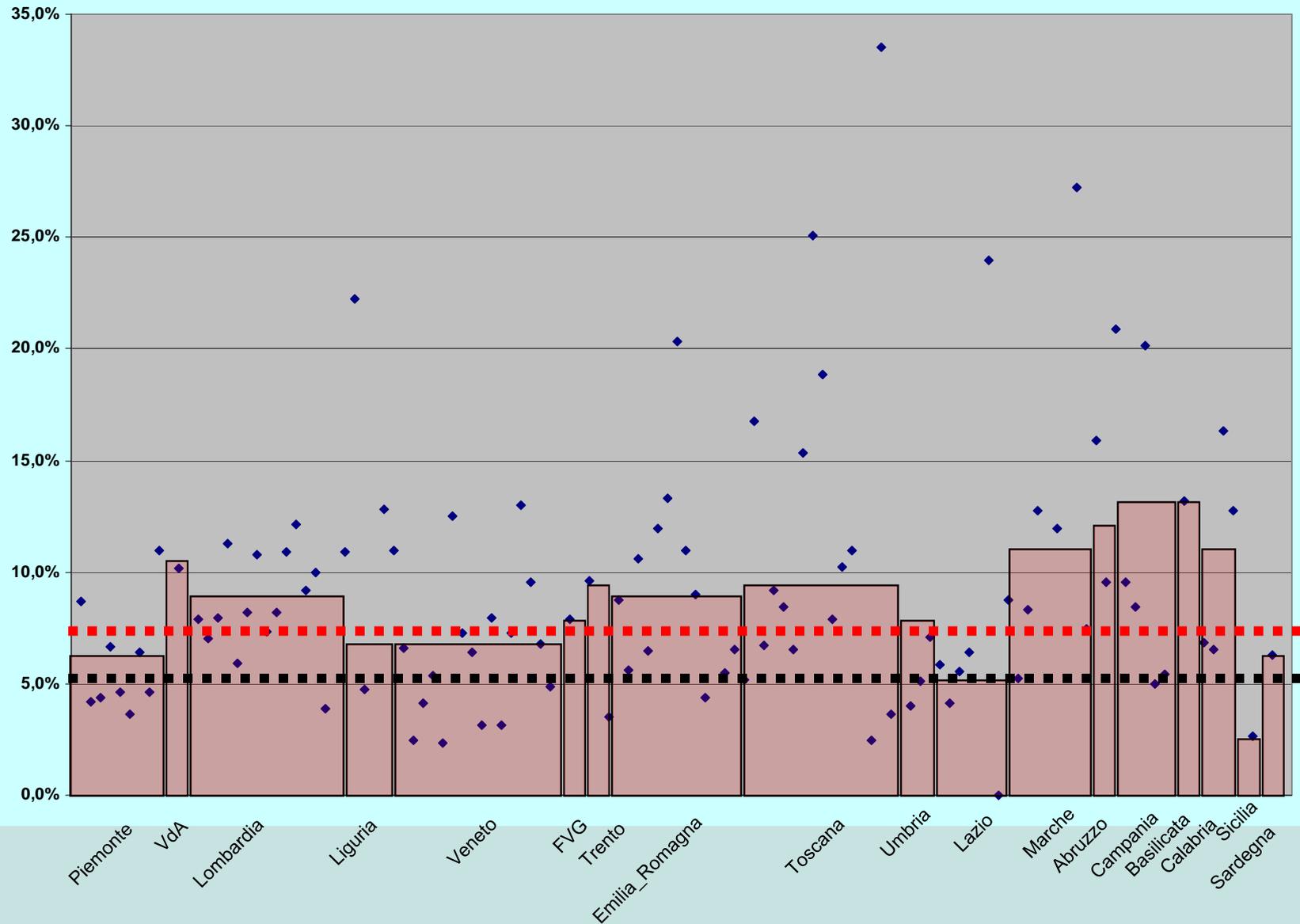


PRIMI ESAMI: Recall rate totale PER REGIONI

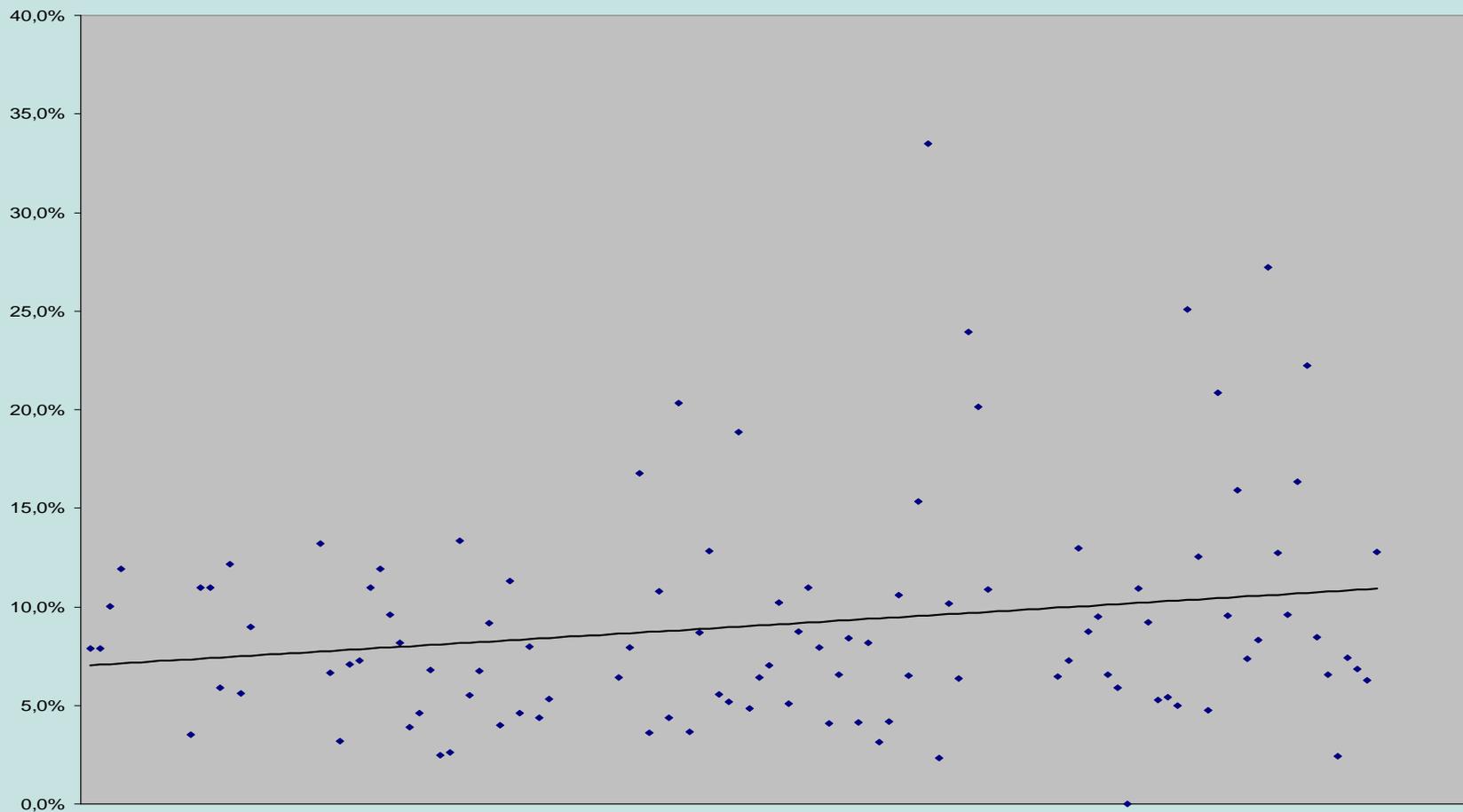




Recall rate totale: primi esami



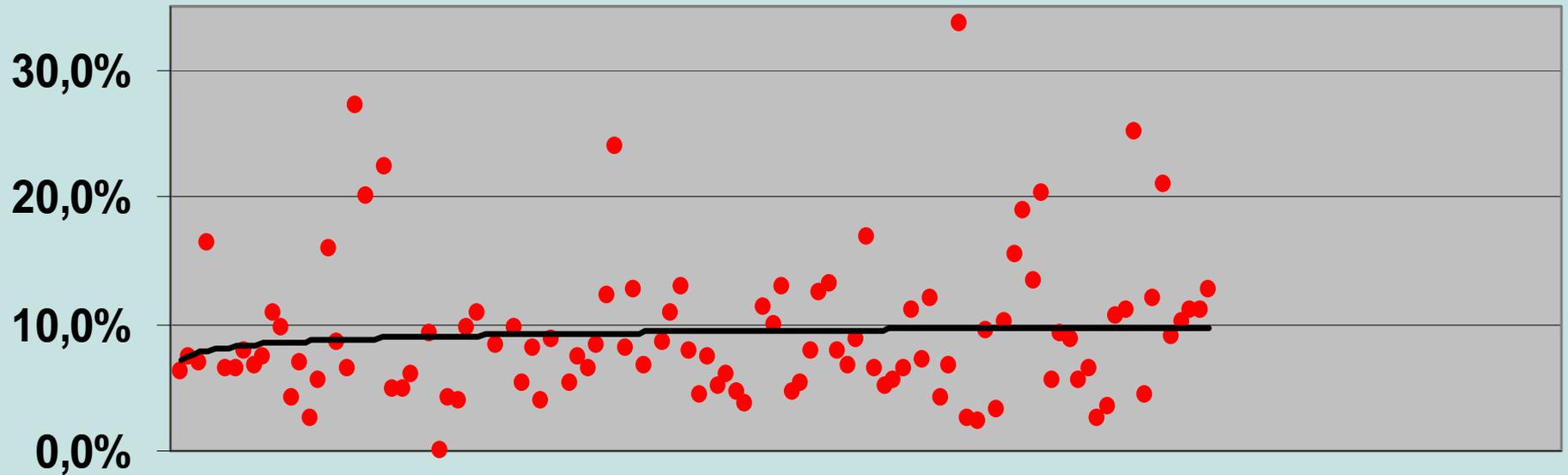
PRIMI ESAMI: TASSI DI RICHIAMI PER VOLUMI DI ATTIVITA'



VOLUMI DI ATTIVITA':



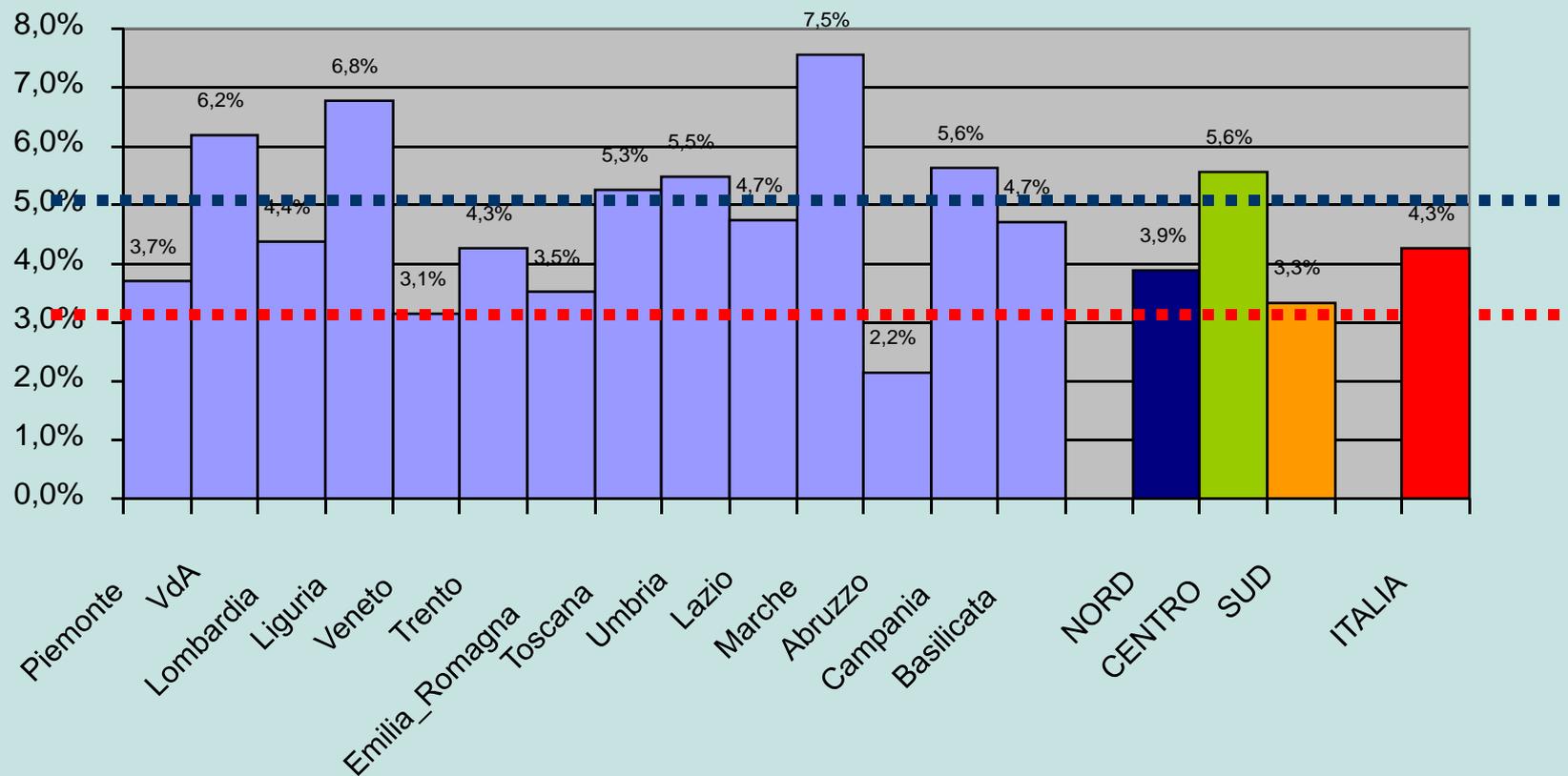
Primi esami:tassi di richiami per età dei programmi



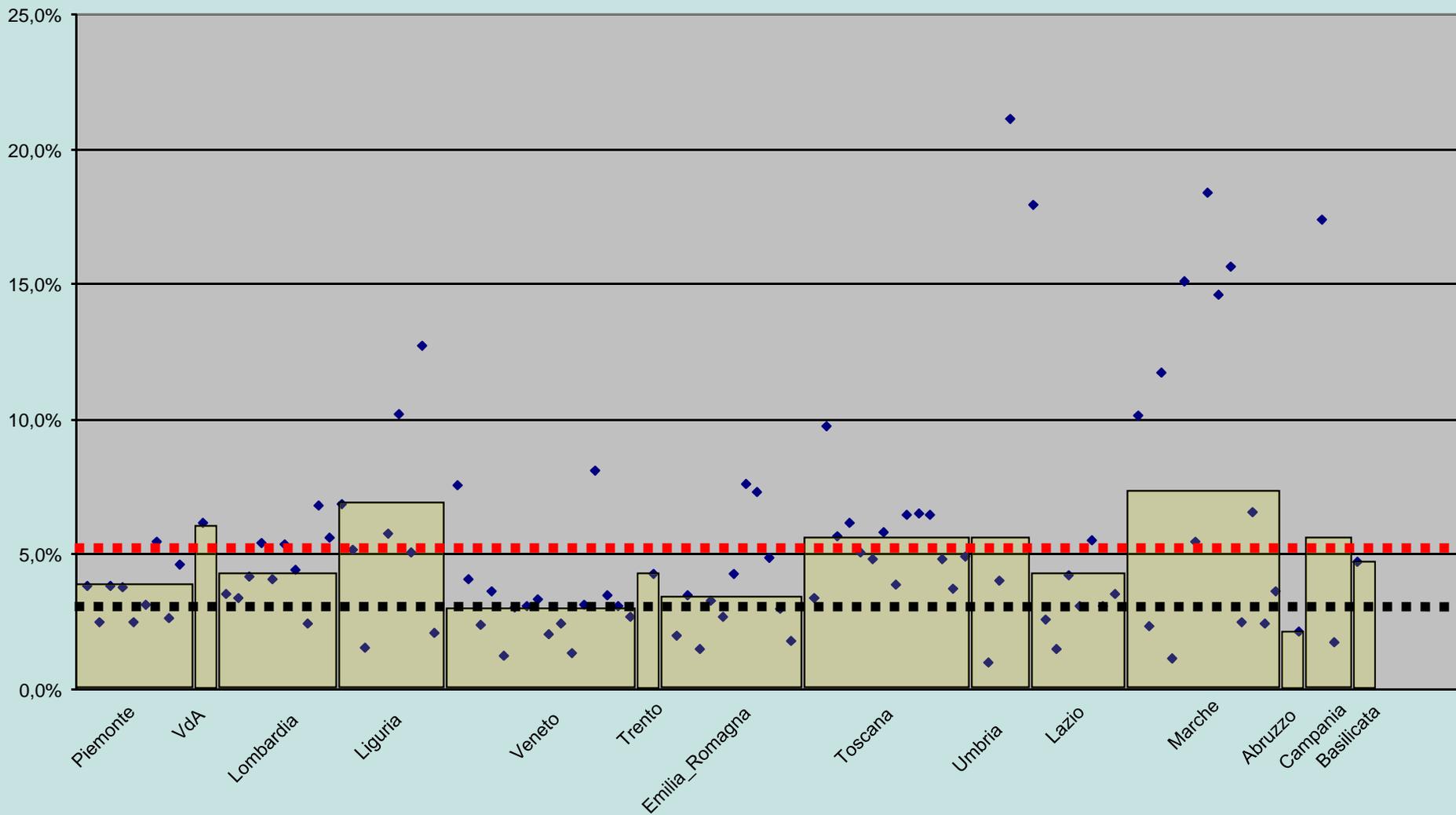
ANNI DI ATTIVITA':



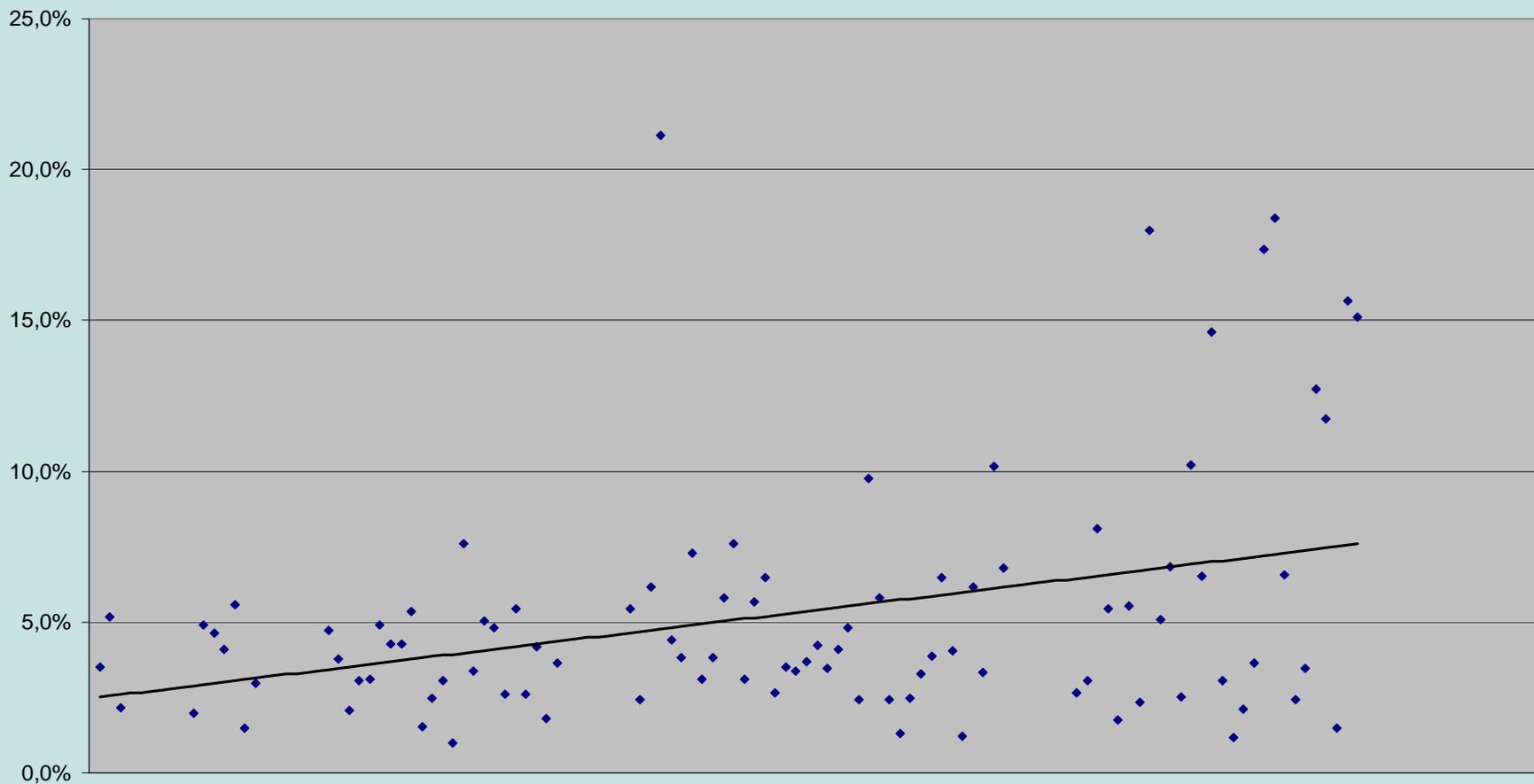
ESAMI SUCCESSIVI: Recall rate totale PER REGIONI



Recall rate totale: esami successivi



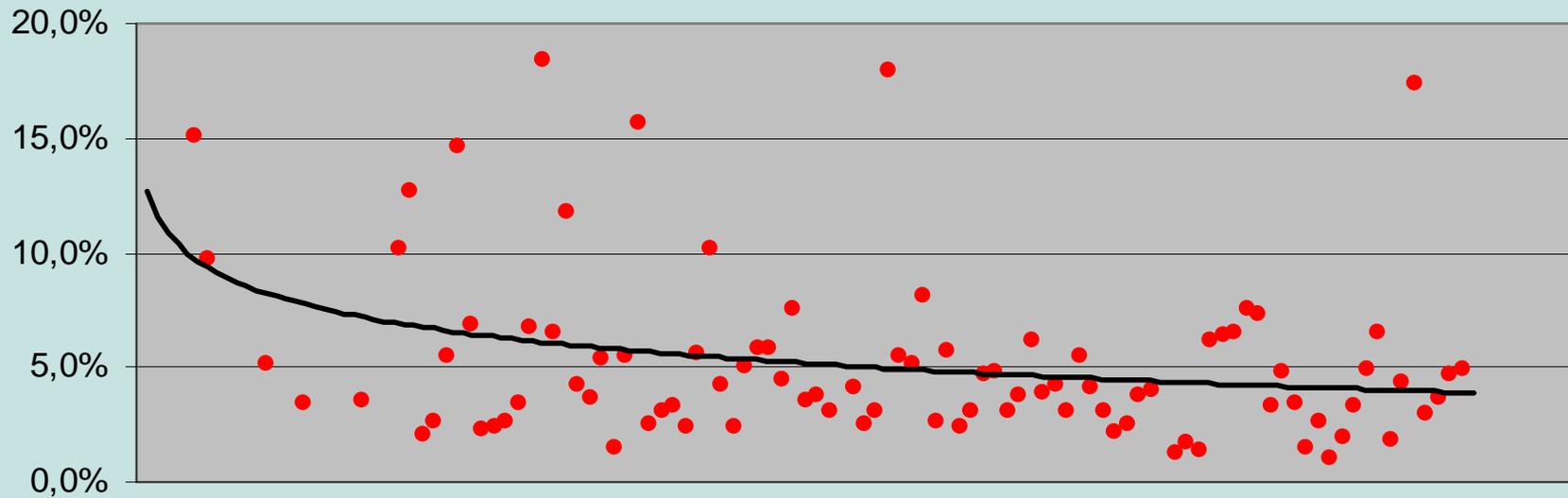
ESAMI SUCCESSIVI : TASSI DI RICHIAMI PER VOLUMI DI ATTIVITA'



VOLUMI DI ATTIVITA':



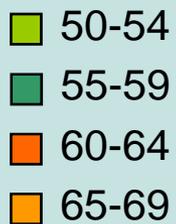
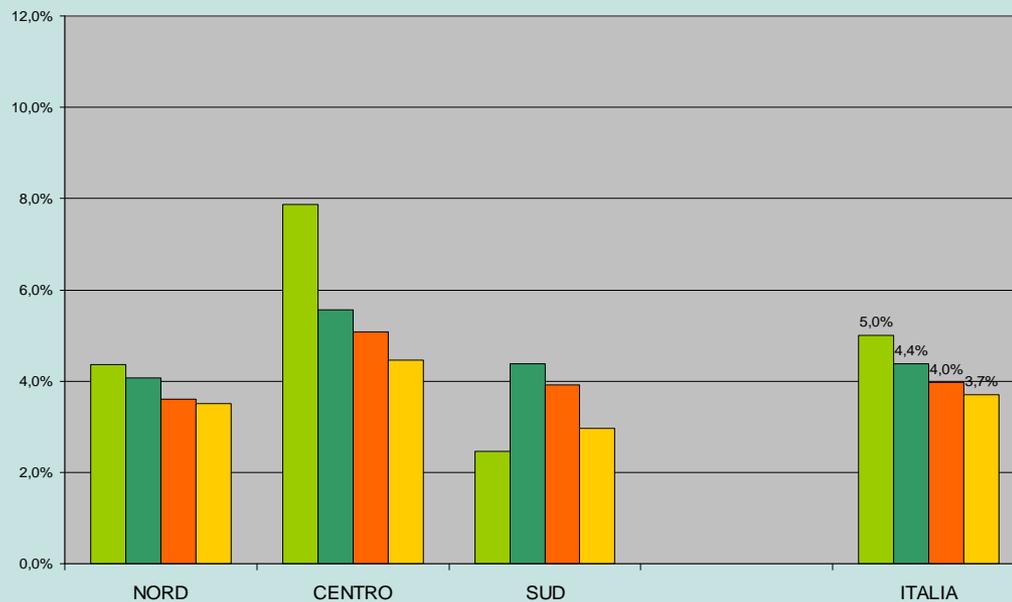
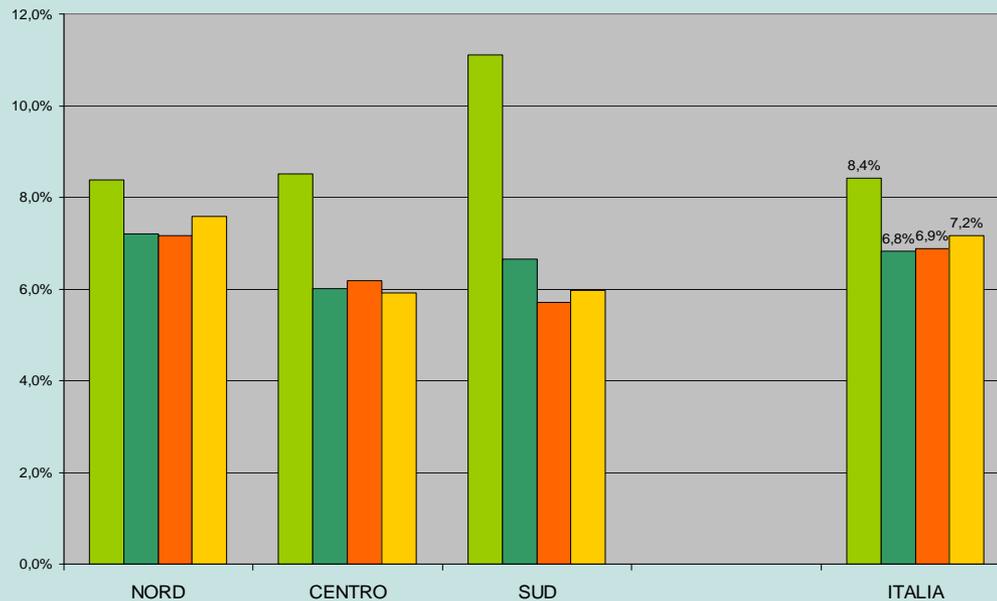
Esami successivi: tassi di richiami per età dei programmi



ANNI DI ATTIVITA':



TASSO DI RICHIAMI PER CLASSI DI ETA'



Il tipo di indagine effettuata durante gli approfondimenti.....

➤ *non invasivi:*

altra mammografia, altre proiezioni, ecografia, visita clinica

➤ *invasivi:*

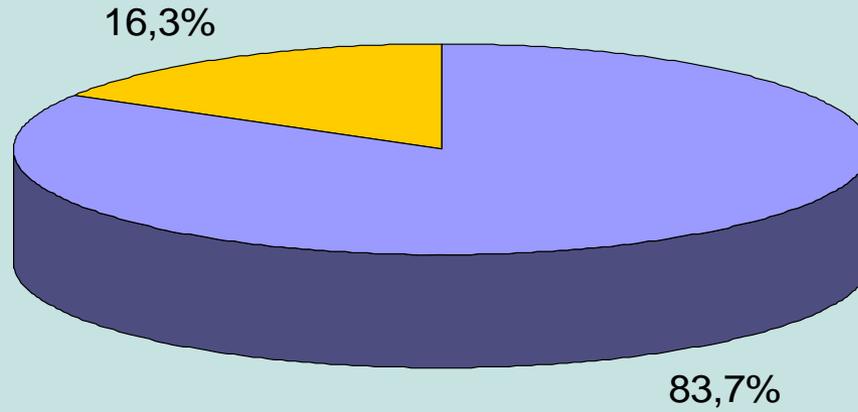
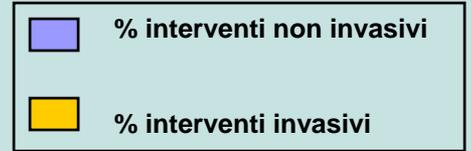
solo esame citologico (agoaspirato, aspirazione con ago sottile (FNA), citologia sotto guida ecografica o mammografica)

- **altre procedure invasive** (agobiopsia con aghi di grosso calibro (Core Biopsy o Biopsia Percutanea BP), mammotome, ABBI, microbiopsia).

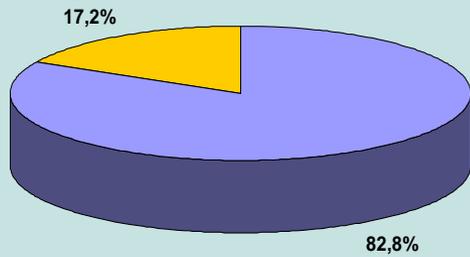
Il tipo di indagine effettuata durante gli approfondimenti....

- ➡ PRIMI ESAMI : 70% dei programmi con dato non affidabile
- ➡ ESAMI SUCCESSIVI:65% dei programmi con dato non affidabile

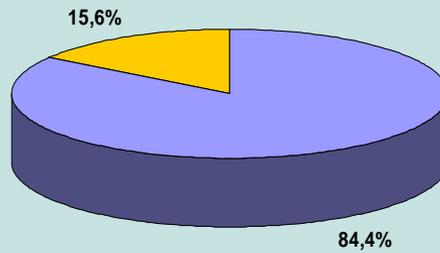
ITALIA



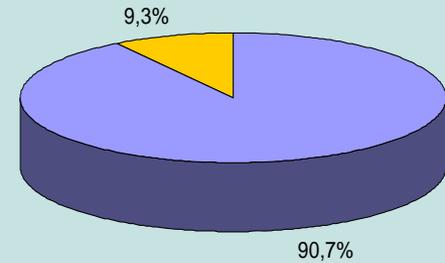
NORD



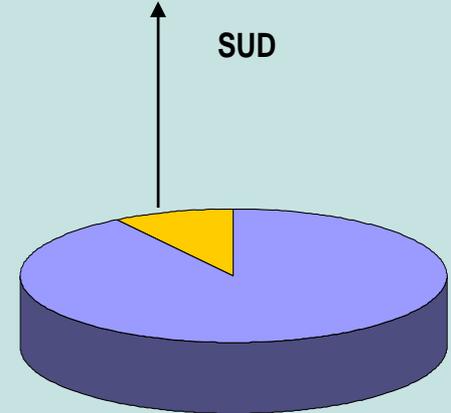
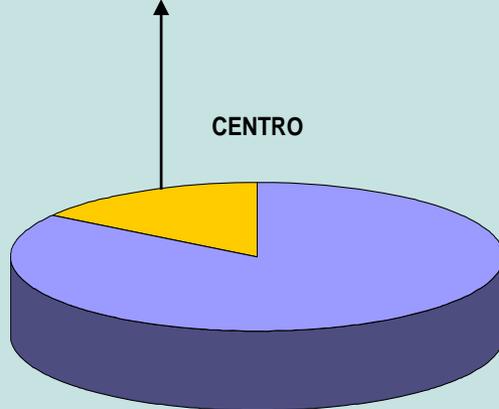
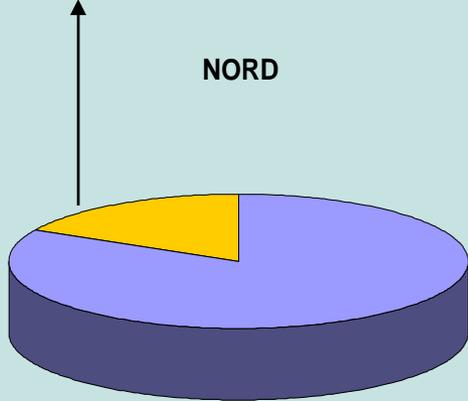
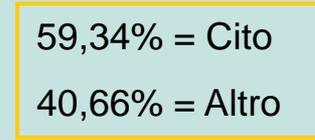
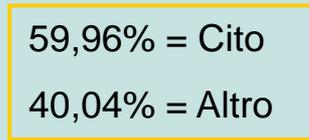
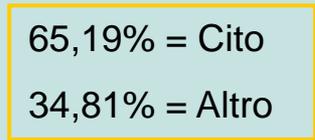
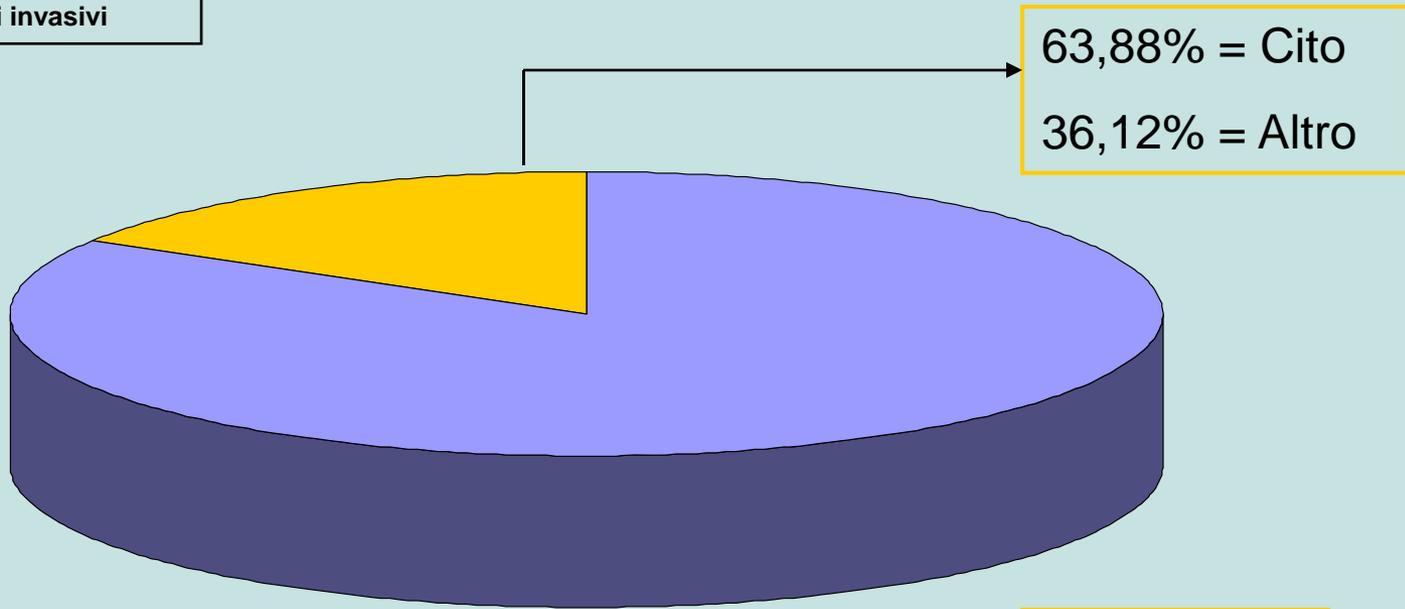
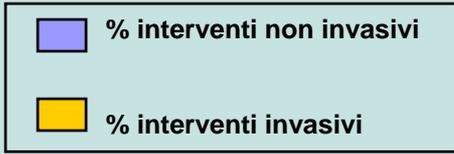
CENTRO



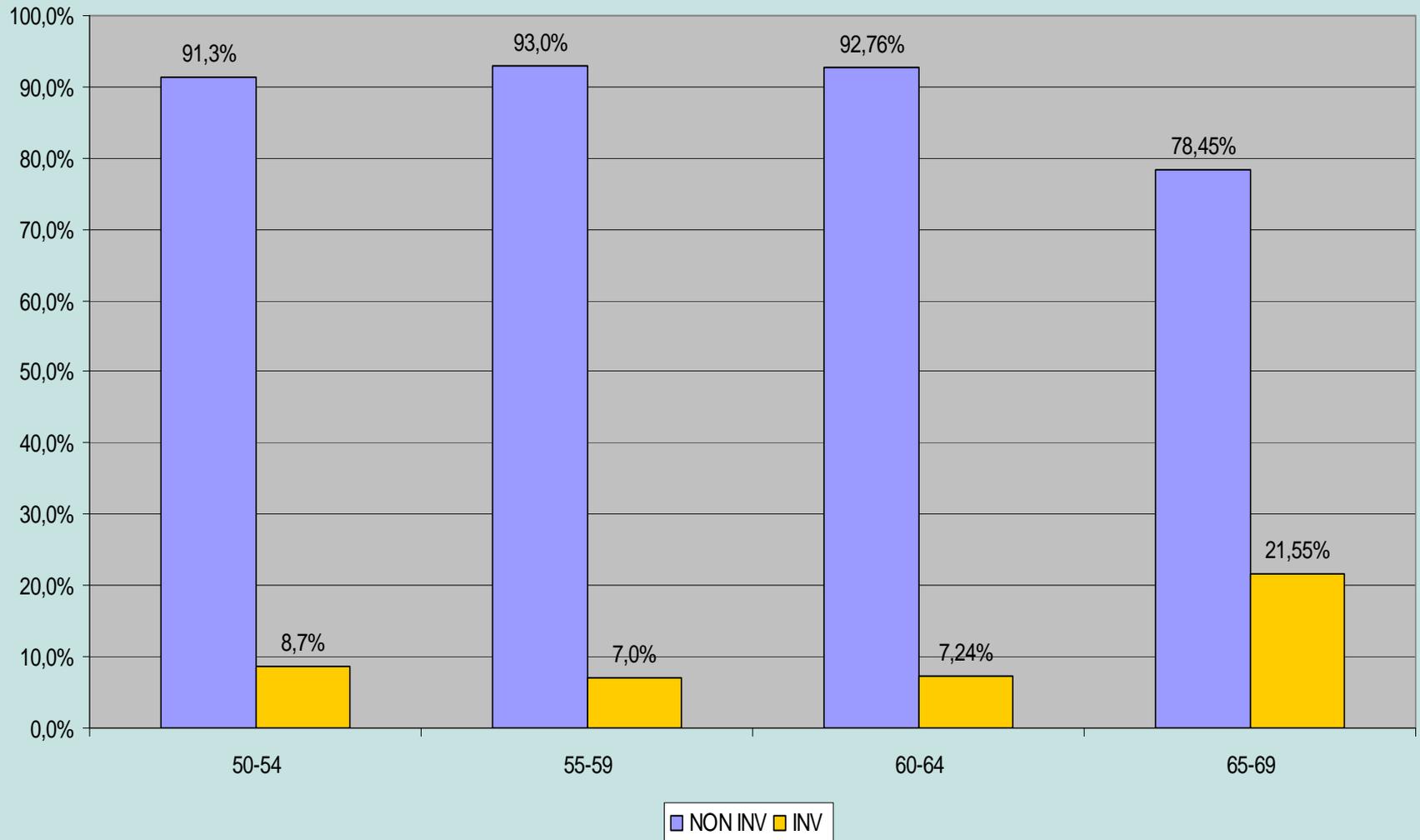
SUD



ITALIA



Proporzione di interventi invasivi e non invasivi in Italia per classi di età



Tasso di richiami per tipologia

- Primi esami
 - Richiamo invasivi: 1,3%
 - Richiamo non invasivi: 6,3%
- Esami successivi
 - Richiamo invasivi: 0,8%
 - Richiamo non invasivi: 3,8%

Regione	N. Esaminate Primi esami	N. Richiami per Approfondimento	Recall Rate totale (RR std)	N. Maligni	DETECTION RATE TOTALE	PPV
Sicilia	14872	392	2,6% (2,6%)	94	6,3	25,00
Lazio	34913	1866	5,3% (5,3%)	111	3,2	6,09
Piemonte	23364	1423	6,1% (5,8%)	167	7,1	11,87
Sardegna	318	20	6,3% (5,8%)	2	6,3	10,00
Liguria	1894	127	6,7% (7,3)	16	8,4	12,90
Veneto	35137	2415	6,9% (6,7%)	214	6,1	8,97
FVG	42935	3381	7,9% (7,9)	507	11,8	16,12
Umbria	4677	372	8,0% (5,9%)	8	1,7	2,15
Lombardia	45554	3947	8,7% (8,1%)	199	4,4	5,21
Emilia_Romagna	26077	2276	8,7% (7,9%)	169	6,5	7,58
Toscana	28708	2641	9,2% (8,7%)	190	6,6	7,28
Trento	2963	284	9,6% (8,8%)	25	8,4	8,80
VdA	629	64	10,2% (8,8%)	2	3,2	3,13
Marche	2737	303	11,1% (9,2)	9	3,3	3,06
Calabria	3742	418	11,2% (12,7%)	18	4,8	4,81
Abruzzo	4086	488	11,9% (12,2%)	5	1,2	1,04
Basilicata	4006	529	13,2% (12,2%)	13	3,2	2,51
Campania	21109	2805	13,3% (10,5%)	55	2,6	2,04
NORD	178553	13917	7,8% (7,1%)	1299	7,3	9,65
CENTRO	71035	5182	7,3% (7,1%)	318	4,5	6,24
SUD	48133	4652	9,7% (7,2%)	187	3,9	4,19
ITALIA	91697	8097	8,0% (7,1%)	1804	6,1	7,84

Esami successivi: valore predittivo positivo

Regione	N. Esaminate ESAMI SUCCESSIVI	N. Richiami per approfondiment o	RR totale	Maligni	Detection rate totale	PPV
Abruzzo	29107	627	2,2%	36	1,2	5,8
Veneto	106439	3348	3,1%	462	4,3	13,9
Emilia_Romagna	141600	4980	3,5%	748	5,3	15,1
Piemonte	95932	3566	3,7%	535	5,6	15,1
Trento	14176	603	4,3%	63	4,4	10,5
Lombardia	180801	7882	4,4%	764	4,2	9,8
Basilicata	15930	751	4,7%	35	2,2	4,8
Lazio	35987	1701	4,7%	76	2,1	4,5
Toscana	108450	5721	5,3%	534	4,9	9,4
Umbria	25615	1408	5,5%	157	6,1	11,2
Campania	5205	293	5,6%	9	1,7	3,1
VdA	4515	279	6,2%	30	6,6	10,9
Liguria	18544	1254	6,8%	68	3,7	5,5
Marche	32131	2424	7,5%	78	2,4	3,2
NORD	562007	21912	3,9%	2670	4,8	12,3
CENTRO	202183	11254	5,6%	845	4,2	7,6
SUD	50242	1671	3,3%	80	1,6	4,9
ITALIA	814432	34837	4,3%	3595	4,4	10,4

ESAMI SUCCESSIVI

PPV TOTALE PER CLASSI DI ETA'

Regione	50-54	55-59	60-64	65-69
Abruzzo	1,85	7,79	4,32	5,67
Campania	0,00	0,00	0,00	0,00
Emilia_Romagna	8,20	9,65	16,04	20,13
Lazio	2,31	3,11	6,75	6,65
Liguria	6,63	3,80	6,95	20,00
Lombardia	6,41	8,40	12,36	12,52
Marche	2,79	3,19	2,64	8,33
Piemonte	9,00	12,50	18,86	19,25
Toscana	4,65	7,46	10,32	14,45
Umbria	4,89	13,89	15,71	14,86
Veneto	9,08	14,67	19,61	23,98
VdA	10,13	4,88	19,15	13,43
Trento	4,17	10,00	11,04	15,09
Basilicata	1,73	3,86	4,90	9,74
CENTRO	3,96	6,66	8,99	12,78
SUD	1,37	4,93	3,87	7,42
ITALIA	6,08	8,67	12,61	15,66

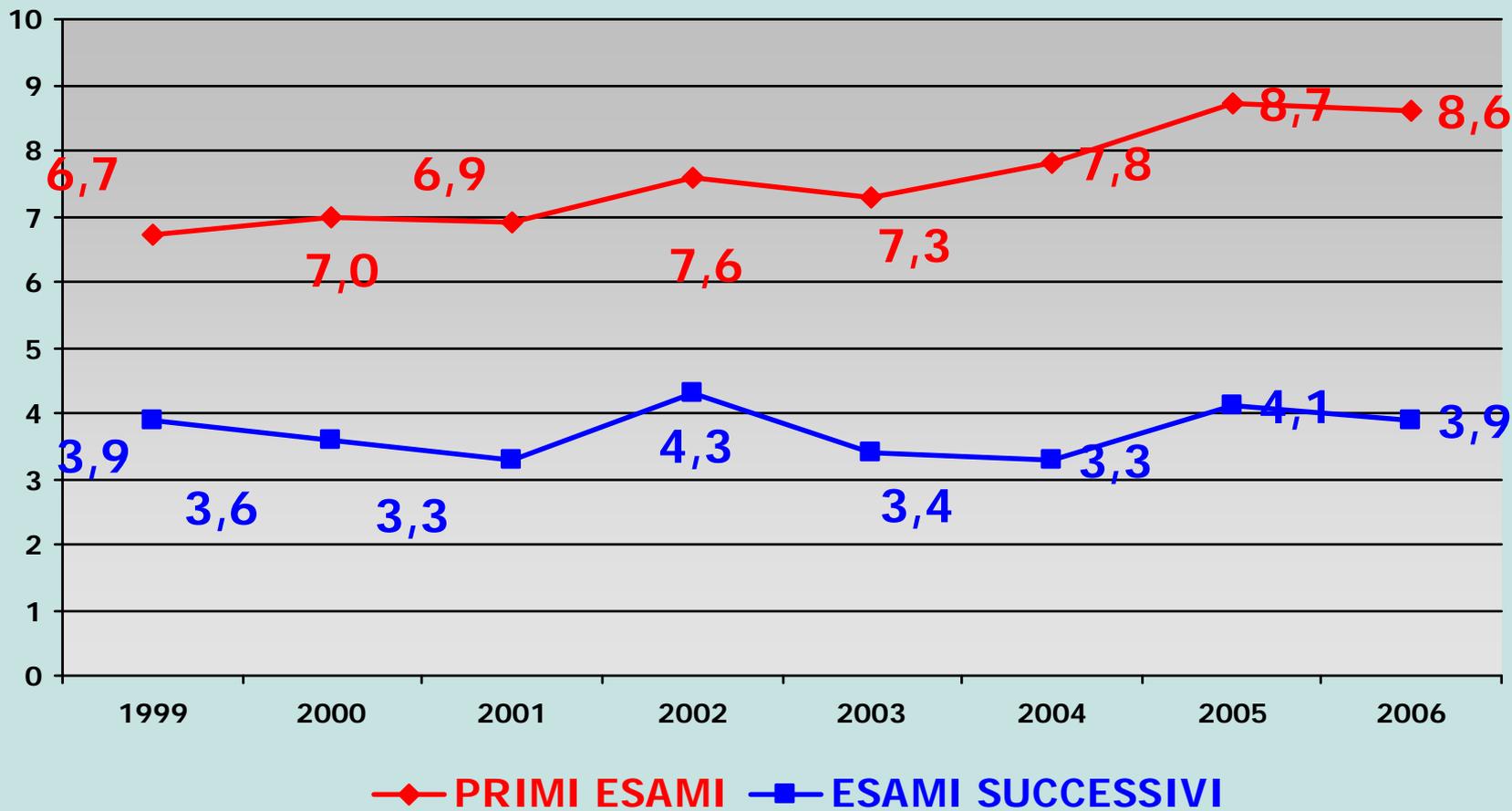
I TREND

TEMPORALI

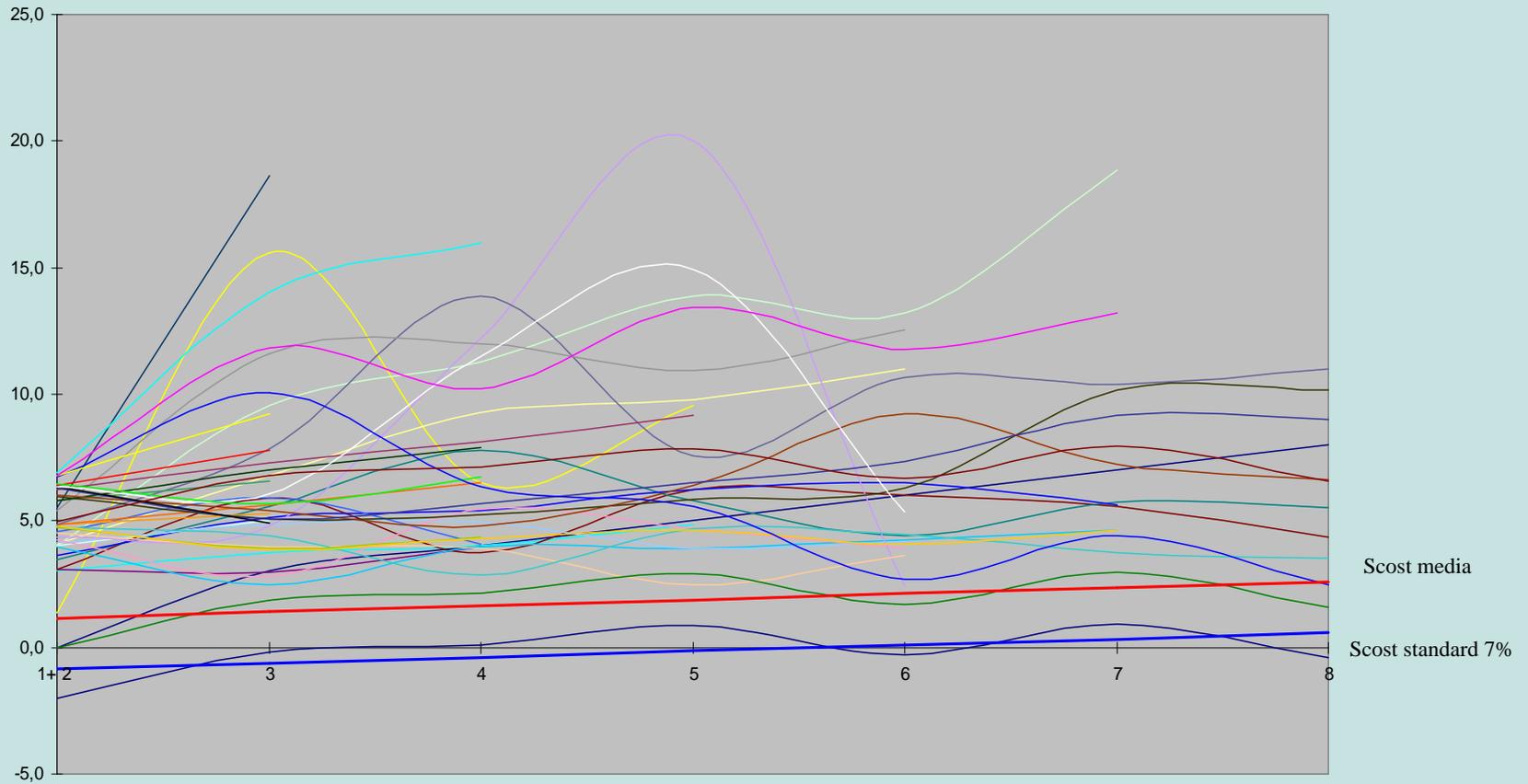
Programmi considerati:

- Basilicata
- Belluno
- Bologna città
- Bologna Nord
- Cesena
- Ferrara
- Firenze
- Livorno
- Milano
- Modena
- Padova
- Perugia
- Pisa
- Pistoia
- Ravenna
- Reggio Emilia
- Rimini
- Roma H
- Siena
- Torino
- Valle d'Aosta
- Verona

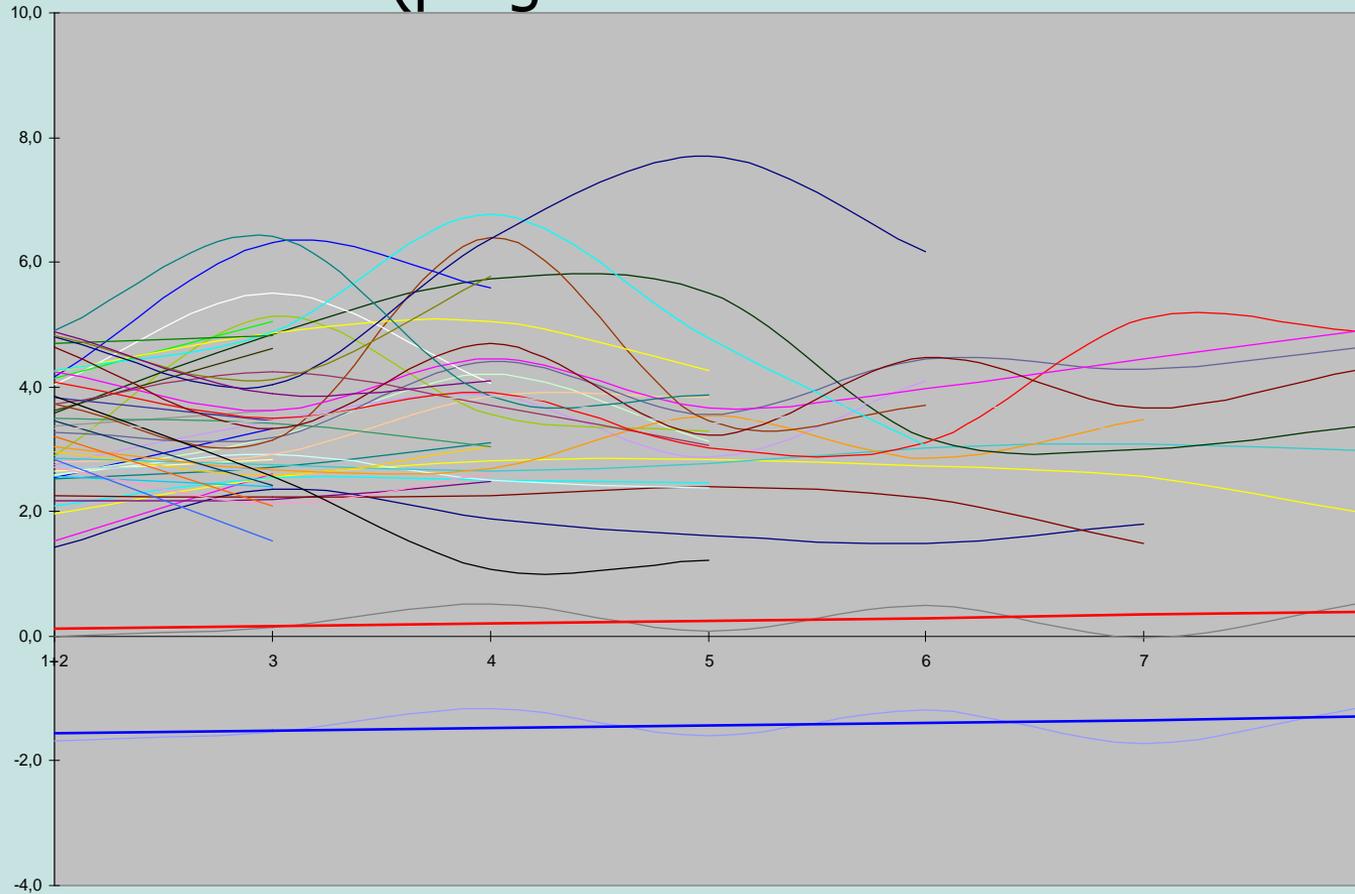
Andamento temporale dei richiami per approfondimento (attività 1999-2006)



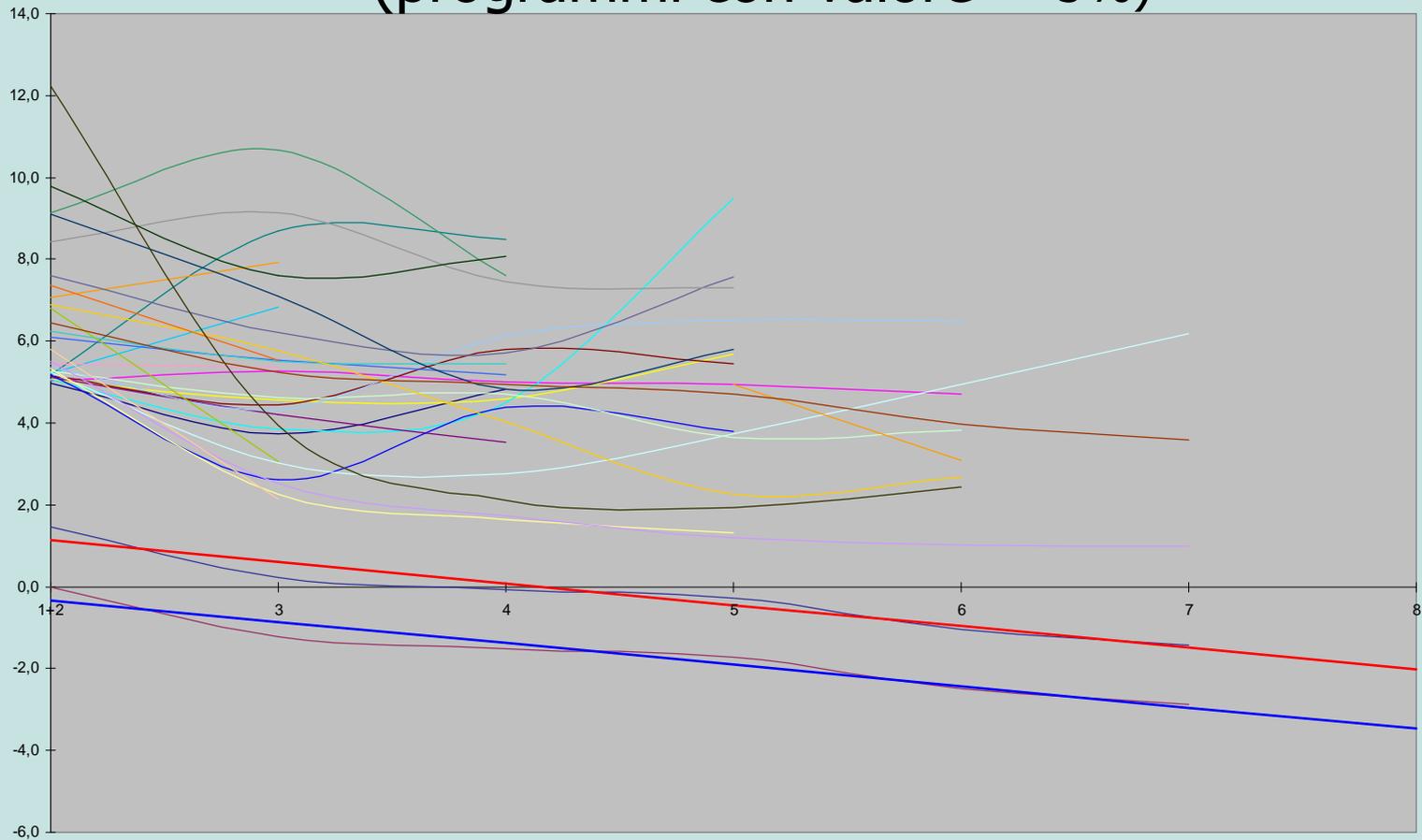
Recall rate primi esami : trend temporale (programmi con valore $\leq 7\%$)



Recall rate esami succ : trend temporale (programmi con valore $\leq 5\%$)



Recall rate esami succ : trend temporale (programmi con valore > 5%)



La correlazione con

- **il volume di attività**
- **l'età del programma**

Attività 1999-2005. Andamento di alcuni indicatori per volume medio di attività dei programmi

PRIMI ESAMI							
Caratteristiche dei programmi	Donne sottoposte a screening	Dimensione media (range)	Richiami	Tumori maligni	Tumori invasivi	Tumori <= 1 cm	
Small	80720	5046 (3008-6429)	4869	499	434	150	
Medium	334239	10665 (7017-14864)	21621	1799	1565	592	
Large	277657	24596 (17420-37130)	18907	2226	1907	686	
	Recall Rate	Detection Rate	Detection Rate invasivi	Detection Rate tumori < 1 cm	% tumori < 1 cm	% tumori in situ	VPP
Small	5,8	6,2	5,4	1,9	34,6	13,0	10,7
Medium	6,2	5,4	4,7	1,8	37,8	13,0	8,6
Large	6,4	8,0	6,9	2,5	35,7	14,3	12,6
RR (CI 95%)*							
Small	1	1	1	1	1	1	1
Medium	1,13 (1,10-1,17)	0,91 (0,82-1,00)	0,92 (0,83-1,03)	0,98 (0,82-1,18)	1,08 (0,94-1,26)	0,90 (0,70-1,15)	0,81 (0,74-0,89)
Large	0,97 (0,94-1,00)	1,19 (1,08-1,31)	1,18 (1,06-1,31)	1,21 (1,01-1,44)	1,01 (0,87-1,17)	1,03 (0,82-1,30)	1,22 (1,11-1,33)

* pesato per la composizione per età della popolazione esaminata dai diversi programmi;
DR: Detection Rate; RR: Rischio Relativo; VPP: Valore Predittivo Positivo; IC: intervallo di confidenza al 95%

Attività 1999-2005. Andamento di alcuni indicatori per volume medio di attività dei programmi

ESAMI SUCCESSIVI

Caratteristiche dei programmi	Donne sottoposte a screening	Dimensione media (range)	Richiami	Tumori maligni	Tumori invasivi	Tumori <= 1 cm	
Small	125198	5048 (3008-6429)	4393	632	533	241	
Medium	534243	10665 (7017-14864)	21191	2539	2205	907	
Large	755354	24596 (17420-37130)	27288	4106	3379	1311	
	Recall Rate	Detection Rate	Detection Rate invasivi	Detection Rate tumori < 1 cm	% tumori < 1 cm	% tumori in situ	VPP
Small	3,5	5,1	4,3	1,9	45,2	15,7	14,5
Medium	3,6	4,8	4,1	1,7	41,1	13,5	13,1
Large	3,1	5,4	4,5	1,7	38,8	17,7	17,1
RR (CI 95%)*							
Small	1	1	1	1	1	1	1
Medium	1,18 (1,14-1,22)	0,95 (0,87-1,04)	0,97 (0,89-1,07)	0,92 (0,80-1,07)	0,97 (0,87-1,09)	0,85 (0,69-1,05)	0,80 (0,74-0,87)
Large	1,00 (0,97-1,03)	1,09 (1,00-1,18)	1,05 (0,96-1,15)	0,97 (0,84-1,12)	0,89 (0,80-1,00)	1,23 (1,01-1,50)	1,08 (1,00-1,16)

* pesato per la composizione per età della popolazione esaminata dai diversi programmi;
DR:Detection Rate; RR: Rischio Relativo; VPP: Valore Predittivo Positivo; IC: intervallo di confidenza al 95%

Attività 1999-2005. Andamento di alcuni indicatori per età (in mesi) del programma

PRIMI ESAMI

Caratteristiche dei programmi

	Donne sottoposte a screening	Richiami	Tumori maligni	Tumori invasivi	Tumori <= 1 cm			
< 2 aa	93305	6397	607	572	235			
3-4 aa	1531235	9541	1022	879	333			
5-6 aa	126688	9994	1003	852	310			
> 6 aa	241288	17535	1776	1502	508			
	Recall Rate	Detection Rate	Detection Rate invasivi	Detection Rate tumori < 1 cm	% tumori < 1 cm	% tumori in situ	VPP	
< 2 aa	6,8	6,5	6,1	2,5	41,1	5,8	9,5	
3-4 aa	6,1	6,7	5,7	2,2	37,9	14,0	10,9	
5-6 aa	7,4	7,8	6,6	2,4	36,4	15,1	10,5	
> 6 aa	6,7	7,4	6,2	2,1	33,8	15,4	11,1	
RR (CI 95%)*								
< 2 aa	1	1	1	1	1	1	1	
3-4 aa	0,88 (0,85-0,90)	1,11 (1,00-1,22)	1,01 (0,91-1,13)	0,94 (0,80-1,11)	0,83 (0,73-0,95)	2,47 (1,72-3,56)	1,25 (1,14-1,38)	
5-6 aa	1,02 (0,99-1,05)	1,30 (1,17-1,44)	1,19 (1,07-1,32)	1,04(0,88-1,24)	0,80 (0,70-0,92)	2,34 (1,63-3,36)	1,30 (1,18-1,43)	
> 6 aa	0,92 (0,89-0,95)	1,39 (1,26-1,53)	1,25 (1,14-1,38)	1,05 (0,90-1,24)	0,75 (0,66-0,85)	2,62 (1,85-3,71)	1,49 (1,37-1,62)	

* pesato per la composizione per età della popolazione esaminata dai diversi programmi;
DR:Detection Rate; RR: Rischio Relativo; VPP: Valore Predittivo Positivo; IC: intervallo di confidenza al 95%

Attività 1999-2005. Andamento di alcuni indicatori per età (in mesi) del programma

ESAMI SUCCESSIVI

Caratteristiche dei programmi

	Donne sottoposte a screening	Richiami	Tumori maligni	Tumori invasivi	Tumori <= 1 cm
< 4 aa	127314	4574	508	449	189
5-6 aa	298656	11035	1416	1236	512
> 6 aa	985889	35102	5261	4384	1741

	Recall Rate	Detection Rate	Detection Rate invasivi	Detection Rate tumori < 1 cm	% tumori < 1 cm	% tumori in situ	VPP
< 4 aa	3,5	4,0	3,5	1,5	42,1	11,6	11,2
5-6 aa	3,5	4,8	4,1	1,7	41,4	14,4	13,6
> 6 aa	3,1	5,3	4,5	1,8	39,7	16,7	17,4
RR (CI 95%)*							
< 4 aa	1	1	1	1	1	1	1
5-6 aa	0,95 (0,92-0,98)	1,22 (1,10-1,35)	1,17 (1,05-1,31)	1,15 (0,98-1,36)	0,95 (0,83-1,08)	1,27 (0,97-1,67)	1,29 (1,18-1,42)
> 6 aa	0,87 (0,84-0,90)	1,32 (1,20-1,45)	1,25 (1,13-1,38)	1,16 (0,99-1,35)	0,88 (0,78-0,99)	1,40 (1,09-1,79)	1,55 (1,42-1,69)

* pesato per la composizione per età della popolazione esaminata dai diversi programmi;
DR: Detection Rate; RR: Rischio Relativo; VPP: Valore Predittivo Positivo; IC: intervallo di confidenza al 95%

Recall rate (%) in alcuni programmi europei di screening mammografico.

IRELAND
target pop. 50-64
Anno: 2006
RR:
First screen=5,5%
Sub. Screen=1,9%

THE NETHERLANDS
Target pop. 50-75
Anno: 2000
RR: 1,12%

LUXEMBOURG
Target pop. 50-69
Anno: 2002
RR: 50-64=7,2%
65-69=4,61%

NORWAY
Target pop. 50-69
Anni: 1996-2005
RR:
First screen= 4,6%
Sub. Screen=2,6%

UNITED KINGDOM
Target pop. 50+
Anni: 2005/2006
RR:
First screen= 8,3%
Sub. Screen=3,7%



FINLAND
Target pop. 50-64
Anno: 2002
RR:
First screen= 4,6%
Sub. Screen=2,2%

FRANCE
Target pop. 50-70
Anno: 2000
RR: 7,7%

HUNGARY
Target pop. 45-65
Anni: 2002/2003
RR: 7,2%

VALENCIA (SPAIN)
Target pop. 45-69
Anno: 2006
RR: 7%

FRIBOURG (SW)
Target pop. 50-70
Anno: 2006
RR: 6,4%

ITALIA
Target pop. 50-69
Anno: 2006
RR:
Primi esami= 8%
Esami succ.= 4,3%

Recall rate (%) in alcuni programmi europei di screening mammografico.

Paesi europei	Popolazione bersaglio	Anno	Tasso di richiamo
Finlandia	50-64	2002	first screen 4,6% sub. screen 2,2%
Francia	50-70	2000	7,7%
Irlanda	50-64	2006	first screen 5,5 % sub. screen 1,9%
Italia	50-69	2006	primi esami: 8% esami successivi: 4,3%
Lussemburgo	50-69	2002	50-64 7,3% 65-69 4,61%
Norvegia	50-69	1996-2005	3,5% first screen 4,6 % sub. screen 2,6%
Regno Unito	50+	2005/2006	4,7% first screen 8,3 % sub. screen 3,7%
Spagna (Valencia)	45-69	2006	7,0%
Svizzera (Friburgo)	50-70	2006	6,4%
Paesi Bassi	50-75	2000	1,12%
Ungheria	45-65	2002/2003	7,2%

Recall rate (%) in alcuni programmi europei di screening mammografico.

Popolazione bersaglio: 50-59 anni

Paesi europei	Anno	Tempo di effettuazione degli approfondimenti	Tasso di richiamo esami		
			primi esami	successivi	totale
Belgium (Flanders)	2005	R	6,2%	3,5%	4,4%
Repubblica Ceca	2005	I	16,0%	10,8%	14,1%
Danimarca	2005	R	1,6%	2,4%	2,3%
Estonia	2006	R	2,5%		2,5%
Finlandia	2005	R		2,7%	2,7%
Ungheria	2005	R			8,3%
Irlanda	2005	R	5,6%	2,2%	3,3%
Italia	2006	R	8,0%	4,3%	
Lussemburgo	2005	R	12,5%	4,8%	6,2%
Paesi Bassi	2005	referral to outpatients clinic surgery for assess abnormal screening findings	2,7%	1,2%	1,4%
Norvegia	2005	R	6,1%	2,9%	3,5%
Svizzera (Friburgo)	2005	R			6,2%
Regno Unito	2005	R	8,3%	3,8%	4,6%
Polonia	2007	R	10,6%	7,1%	8,6%
Portogallo					
north	2005	R	7,1%	1,9%	4,4%
centre	2005	R	10,2%	2,4%	4,3%
Spagna					
Baleares	2005	R	5,6%	1,4%	2,1%
Galicia	2005	R	4,6%	1,4%	2,0%
Navarra	2005	R	15,7%	4,2%	4,3%
Pais Vasco	2005	R	7,9%		7,9%
Valencia	2005	I	12,7%	5,7%	6,1%
Svezia	2005				
Sodermanland	2005		1,7%		1,7%
Stockholm	2005		4,8%	2,6%	2,9%
Vastmanland	2005	R	5,9%		5,9%

Indicatore

Tasso di richiami anticipati globali

Early rescreen + early recall

DEFINIZIONE:

Numero di donne che vengono invitate ad effettuare una mammografia o direttamente un approfondimento diagnostico ad un intervallo inferiore ai 24 mesi (es. dopo 3, 6, 12 mesi), dopo una mammografia di screening o un approfondimento diagnostico.

Possono essere distinte a seconda del:

- LIVELLO DA CUI ORIGINANO:

richiami intermedi dopo screening di primo livello: mammografie intermedie conseguenti ad una sessione di primo livello

richiami intermedi dopo approfondimento: mammografie intermedie conseguenti ad una sessione di approfondimento

- TIPO DI ESAMI CHE VENGONO EFFETTUATI:

richiami intermedi per effettuare una mammografia di primo livello (early rescreen)

richiami intermedi per effettuare una seduta di approfondimento (early recall)

SCOPO:

Richiamare le donne secondo un protocollo diverso dalla norma dovrebbe costituire una procedura da utilizzare in un numero molto limitato di situazioni. A volte infatti può mascherare un'inadeguatezza o insufficienza della fase di approfondimento, un insufficiente training da parte degli operatori inseriti nel programma di screening o la difficoltà ad abbondare un approccio di tipo clinico, frequente soprattutto nelle fasi iniziali.

Alcuni studi hanno evidenziato come alti tassi di richiami anticipati siano inversamente correlati con il tasso di identificazione e come l'effettuare esami non necessari spesso si traduca in un aumento di test falsi positivi, di ansia inutile per la donna e di un notevole costo economico aggiuntivo.

Alcuni studi effettuati sull'argomento hanno evidenziato inoltre come il valore predittivo di un richiamo anticipato è piuttosto basso e che il contenimento del numero di richiami anticipati rappresenta quindi uno degli obiettivi di un programma di screening per garantirne la qualità.

I richiami ad un intervallo di tempo inferiore ad un anno dovrebbero essere eventi eccezionali e sempre ben documentati. Dovrebbero sempre originare da una seduta di approfondimento e non da un primo livello ed effettuati possibilmente in una seduta specifica di approfondimento.

DATI NECESSARI:

E' importante che ogni programma sia in grado di distinguere questi richiami anticipati e, se possibile, il tipo di indagine che viene effettuata. E' importante analizzare periodicamente questo indicatore e valutarne il tasso di identificazione.

Per ognuno di questi richiami il programma dovrebbe essere in grado di conoscere (per poterli poi distinguere):

- da che sessione è originato il richiamo anticipato (primo livello o secondo livello)
- che tipo di provvedimento viene consigliato (ripetizione ravvicinata di una mammografia di primo livello o accesso diretto ad una seduta di approfondimento)
- l'intervallo di tempo dall'esame precedente (3, 6, 12 mesi)
- i motivi del richiamo anticipato (incertezza diagnostica, familiarità, altro)
- il grado di adesione alla raccomandazione
- che tipo di indagini sono state effettuate
- il loro esito (sia in termini diagnostici che di follow up).

FORMULA= TASSO DI RICHIAMI INTERMEDI ANTICIPATI

**N. donne invitate a sottoporsi ad un
richiamo anticipato**

x 100

N. donne sottoposte a screening

INTERPRETAZIONE:

Occorre distinguere questi richiami anticipati dai protocolli di follow up per le donne con tumore identificato allo screening e sottoposte ad un intervento chirurgico che possono prevedere dei controlli a scadenza ravvicinata.

Il tumore identificato eventualmente in seguito ad un richiamo anticipato deve essere attribuito alla seduta di approfondimento (o alla mammografia di primo livello) che lo ha generato.

Da un punto di vista gestionale, il richiamo anticipato non dà origine ad un nuovo round di screening ma appartiene al round precedente.

STANDARD DI RIFERIMENTO:

GISMA

ACCETTABILE: <1%

DESIDERABILE: 0%

EUROPEAN GUIDELINES 2006

Nelle linee guida Europee vengono dati gli standard solo per le sotto-categorie:

-Richiami intermedi per effettuare una mammografia di primo livello (Early rescreen): 0%

(Non è considerata buona pratica effettuare un richiamo intermedio dopo il primo livello)

-Richiami intermedi per effettuare una seduta di approfondimento (Early recall):

ACCETTABILE: <1%

DESIDERABILE: 0%

Indicatore

Richiami intermedi ad effettuare una mammografia di primo livello

Early rescreen

STANDARD DI RIFERIMENTO:

GISMA

ACCETTABILE: 0%

DESIDERABILE: 0%

EUROPEAN GUIDELINES 2006

Non è considerata buona pratica effettuare un richiamo intermedio dopo il primo livello

Indicatore

Richiami intermedi ad effettuare una seduta di approfondimento

Early recall

STANDARD DI RIFERIMENTO:

GISMA

ACCETTABILE: 1%

DESIDERABILE: 0%

EUROPEAN GUIDELINES 2006

ACCETTABILE: <1%

DESIDERABILE: 0%

VENGONO DATI CONSIGLI DI MAMMOGRAFIA AD INTERVALLI BREVI: (es. 6 mesi, 1 anno)

No	1,7%
Sì, direttamente dalla mammografia di screening	9,1%
Sì, dopo accertamenti diagnostici	52,9%
Sì, dopo entrambi	30,5%
Missing	5,8%

QUALITA' COMPILAZIONE DATO

INSUFFICIENTE

1/3 dei programmi

NON CORRETTA

OPZIONALE

**L'IMPORTANZA DEGLI ASPETTI DI
INFORMAZIONE / COMUNICAZIONE**

Brett J, Austoker J, Ong G. “Do women who undergo further investigation for breast screening suffer adverse psychological consequences? A multi-centre follow-up study comparing different breast screening result groups five months after their last breast screening appointment”. J Public Health Med. 1998 Dec;20(4):396-403.

Obiettivo: indagare se le donne che in UK hanno ricevuto un risultato falso positivo dopo uno screening mammografico di routine, soffrono di conseguenze psicologiche a 5 mesi dopo aver effettuato l'esame di approfondimento; se sì indagare se ciò dipende dal processo con cui il risultato negativo è stato determinato.

Metodi: I questionario un mese dopo l'ultimo appuntamento per lo screening mammografico (il cui risultato era negativo) + altro questionario 4 mesi più tardi (5 mesi dopo ultimo appuntamento).

Risultati: response rate: 76%

Aumento ansia

61% in donne con biopsia benigna

59% nelle donne con richiami anticipati

45% nelle donne negative dopo approfondimento senza FNAC

44% nelle donne negative dopo approfondimento con FNAC

10% nelle donne negative (controlli)

Conclusioni: Nonostante l'aver ricevuto un risultato finale negativo, le donne che si sottopongono ad esami di approfondimento soffrono di significative avverse conseguenze psicologiche a 5 mesi dopo il loro ultimo appuntamento di screening rispetto a quelle donne che ricevono un risultato negativo dopo la mammografia di routine.

Proseguimento dello studio precedente...

Brett J, Austoker J “Women who are recalled for further investigation for breast screening: psychological consequences 3 years after recall and factors affecting re-attendance”. J Public Health Med. 2001 Dec;23(4):292-300

Risultati: Nonostante l'aver ricevuto un risultato finale negativo durante il precedente screening mammografico di routine 3 anni prima, le donne che si erano sottoposte a FNA, biopsia chirurgica o erano state richiamate anticipatamente a 6 mesi

soffrivano di significanti avverse conseguenze psicologiche 1 mese prima del loro prossimo appuntamento per lo screening di routine rispetto a quelle che avevano ricevuto un risultato negativo dopo la mammografia al loro ultimo screening di routine.

Aver eseguito degli esami di approfondimento non necessariamente motiva le donne a partecipare al successivo appuntamento di screening (15% di queste donne non ritorna dopo 3 anni).



US women's attitudes to false positive mammography results and detection of ductal carcinoma in situ: cross sectional survey

Schwartz LM, Woloshin S, Sox HC et al.

BMJ 2000;320:7250-1640

Table 2 Women's perceptions of benefits and harms of screening*

Perception	No. (%) of patients
<i>Perception of harms</i>	
Do you agree that "if a woman getting mammograms turns out not to have breast cancer, she may have been harmed by the mammograms"?	38 (8)
<i>False-positives</i>	
"Imagine a typical, healthy 60-year-old woman. Assume that you know nothing else about her. Suppose that this 60-year-old woman has yearly mammograms for the next 10 years and she does not have breast cancer. What is the chance that she will have a 'false alarm' where 1 of her mammograms will look like she has cancer even though she doesn't?"	Median 20/100, 25th percentile = 10%, 75th percentile = 48%
"Is information about false alarms something you want to factor into your decision about getting a mammogram"?†	182 (38)
<i>Nonprogressive cancer</i>	
Do you agree that "some types of breast cancer grow so slowly that even without treatment they would not affect a woman's health"?	34 (7)
Presentation of ductal carcinoma in situ (DCIS) information‡: "Have you heard about DCIS before this survey?"	29 (6)
"Is information about DCIS something you want to factor into your decision about getting a mammogram"?†	287 (60)
<i>Perception of benefits</i>	
Do you agree that "if a woman getting mammograms turns out to have breast cancer, she may have benefited from the mammograms"?	450 (94)
<i>Sensitivity of mammography</i>	
"Imagine a typical, healthy 60-year-old woman. Assume that you know nothing else about her. Now imagine that this 60-year-old woman has breast cancer but no obvious symptoms. What is the chance a mammogram will find the cancer?"	Median 73/100, 25th percentile = 50%, 75th percentile = 86%
<i>Magnitude of benefit</i>	
"All things being equal, if this 60-year-old woman got yearly mammograms for the next 10 years, she would have . . ."§	
A higher or unchanged chance of dying of breast cancer	34 (7)
A lower chance of dying of breast cancer	
By one fifth to one tenth	62 (13)
By one third	120 (25)
By a half	263 (55)
Reduced to zero	0 (0)

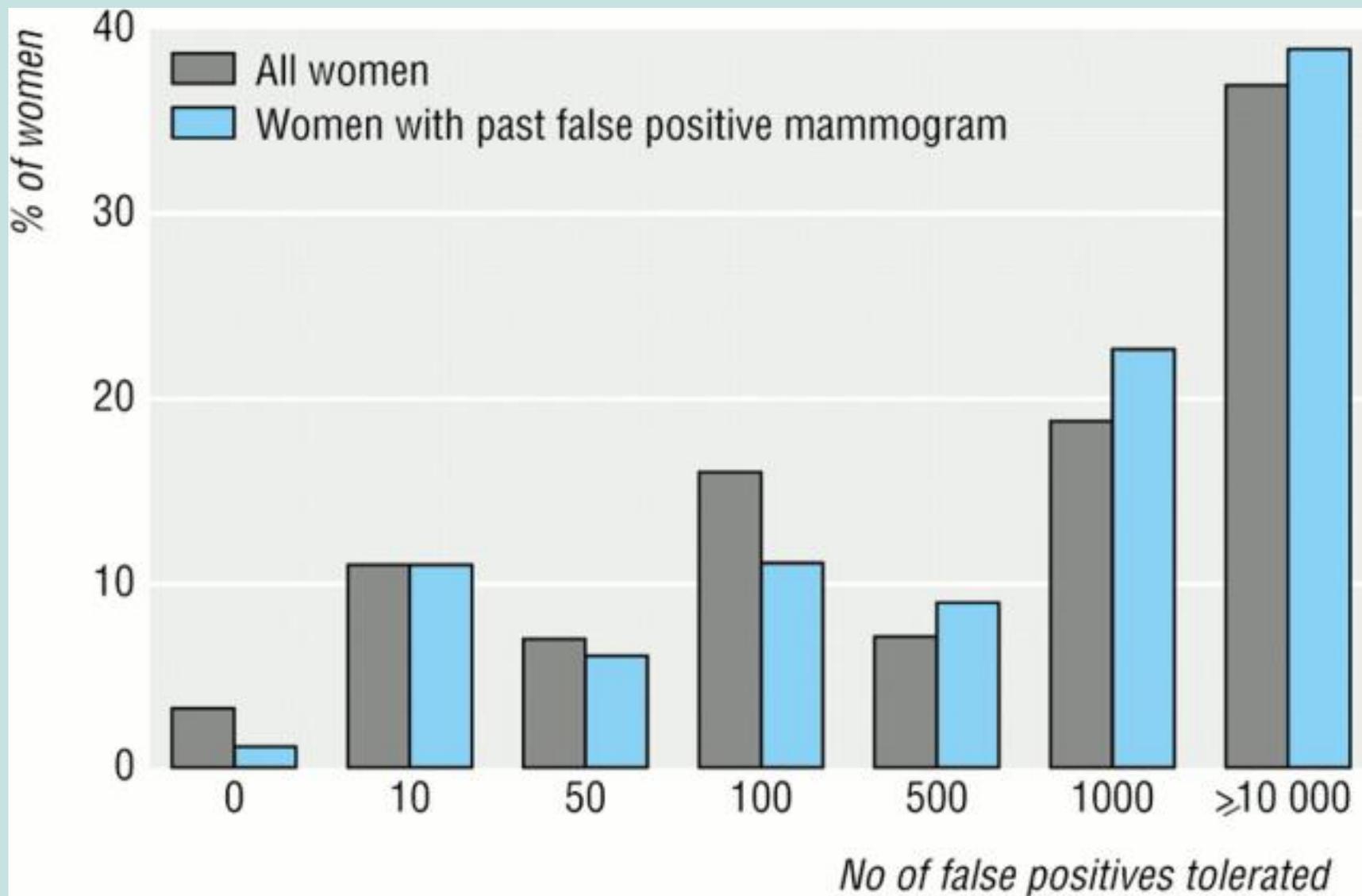
*95% confidence intervals ranged from 4% to 6% in either direction for all percentages. Questions preceded by "do you agree that" used a 5-point Likert scale (strongly agree to strongly disagree); the proportion agreeing are those who answered "strongly agree" or "agree."

†Percentage of women answering "yes."

‡Women were given a brief explanation of ductal carcinoma in situ as a lesion that does not always progress to invasive cancer.

§ Actual response choices were: lower by one half, lower by one third, lower by one fifth to one tenth, no change, higher by one fifth to one tenth, higher by one third, higher by one half.

Number of false-positive results women were prepared to tolerate for each life saved



Quello che le donne vorrebbero
sapere



Medical tests: women's reported and preferred decision-making roles and preferences for information on benefits, side-effects and false results.

Davey H M., Barratt, Alexandra L., Davey, Elizabeth, Butow, Phyllis N., Redman, Sally, Houssami, Nehmat & Salkeld, Glenn P.

Health Expectations **5** (4), 330-340; 2002

Table 2 Preferred decision-making role for tests and treatment (by age)

	Age group (%)			
	30–39	40–49	50–59	60–69
Preferred <i>test</i> decision-making role				
	<i>n</i> = 204	<i>n</i> = 193	<i>n</i> = 147	<i>n</i> = 105
Woman decides	12.3	13.0	16.3	3.8
Woman decides after considering doctor's opinion	28.4	32.8	27.2	14.3
Decide together	52.0	55.4	50.3	63.8
Doctor decides after considering woman's opinion	5.0	4.7	3.4	6.7
Doctor decides	2.0	3.1	2.7	11.4
Preferred <i>treatment</i> decision-making role				
	<i>n</i> = 202	<i>n</i> = 194	<i>n</i> = 147	<i>n</i> = 104
Woman decides	4.5	5.7	9.5	3.8
Woman decides after considering doctor's opinion	37.1	36.8	30.6	23.1
Decide together	55.0	52.8	56.5	59.6
Doctor decides after considering woman's opinion	3.5	1.6	2.0	6.7
Doctor decides	0.0	3.1	1.4	6.7

Reported decision-making role and information preferences for breast tests among women with a regular doctor

	Diagnostic mammogram (%), <i>n</i> = 177	Screening mammogram (%), <i>n</i> = 259
Timing of last mammogram		
<2 years ago	27.0	80.3
2–5 years ago	40.0	16.5
6–10 years ago	17.1	2.7
>10 years ago	15.9	0.5
Reported decision-making role*		
Woman decided	45.5	60.6
Decided together	49.4	25.7
Doctor decided	36.0	13.8
Information on benefits		
Wanted more	23.8	18.1
As much as wanted	73.8	79.2
More than wanted	2.3	2.7
Information on side-effects		
Wanted more	41.2	33.2
As much as wanted	57.6	65.9
More than wanted	1.2	0.9
*Significant difference between diagnostic and screening mammogram ($P < 0.001$).		

Desire for and anxiety related to information about the possibility of a false test result and test side-effects

	False results (%)	Side- effects (%)
Possibility of this explained	<i>n</i> = 573	<i>n</i> = 549
Always	18.3	28.6
Often	13.1	14.6
Sometimes	28.8	25.5
Never	40.0	31.3
Want this information	<i>n</i> = 582	<i>n</i> = 591
Definitely yes	65.1	77.5
Probably yes	25.9	17.8
Probably no	5.5	2.4
Definitely no	3.4	2.4
Information cause anxiety	<i>n</i> = 580	<i>n</i> = 572
Definitely yes	16.4	10.1
Probably yes	30.2	33.0
Probably no	24.7	32.9
Definitely no	18.8	24.0
Want information despite anxiety*	<i>n</i> = 365	<i>n</i> = 280
Yes	77.6	88.1
No	16.2	9.6
Don't know	6.2	2.2

*Among those women who reported this information would definitely or probably make them anxious.

KEY POINTS (quello che le donne sanno e che vorrebbero sapere)

- Le donne non sono correttamente informate sui benefici dello screening
- Le donne non conoscono o sovrastimano l'impatto della mammografia di screening sulla mortalità per CM
- L'incidenza e la mortalità per tumore della mammella sono grandemente sovrastimate

ma dall'altra parte.....

- Non sembrano avere ansia per i falsi positivi e iDCIS
- Vogliono avere informazioni più precise.....

Le donne

- **Le donne hanno di base una sovrastima del rischio di ammalarsi di tumore della mammella e una visione ottimistica sui benefici della prevenzione tramite la mammografia**
- **Hanno una scarsa conoscenza degli effetti negativi della mammografia;**
- **Desiderano avere informazioni dettagliate e precise anche sugli svantaggi**
- **Preferiscono non delegare le scelte al medico ma condividere con il medico la decisione**

Il personale sanitario

- ✓ In generale hanno scarsa conoscenza dei concetti probabilistici e degli effetti collaterali
- ✓ Problemi di tempo
- ✓ Problemi di formazione (Universitaria e ECM)

Il programma di screening

in particolare per il secondo livello:

- ✓ **Importanza del counselling**
- ✓ **Necessità di informazione adeguate al livello**
- ✓ **Quale materiale viene distribuito?**
- ✓ **Necessità di conoscere meglio la situazione italiana**
- ✓ **Criticità della valutazione**

Mass media

**Associazioni
di
volontariato**

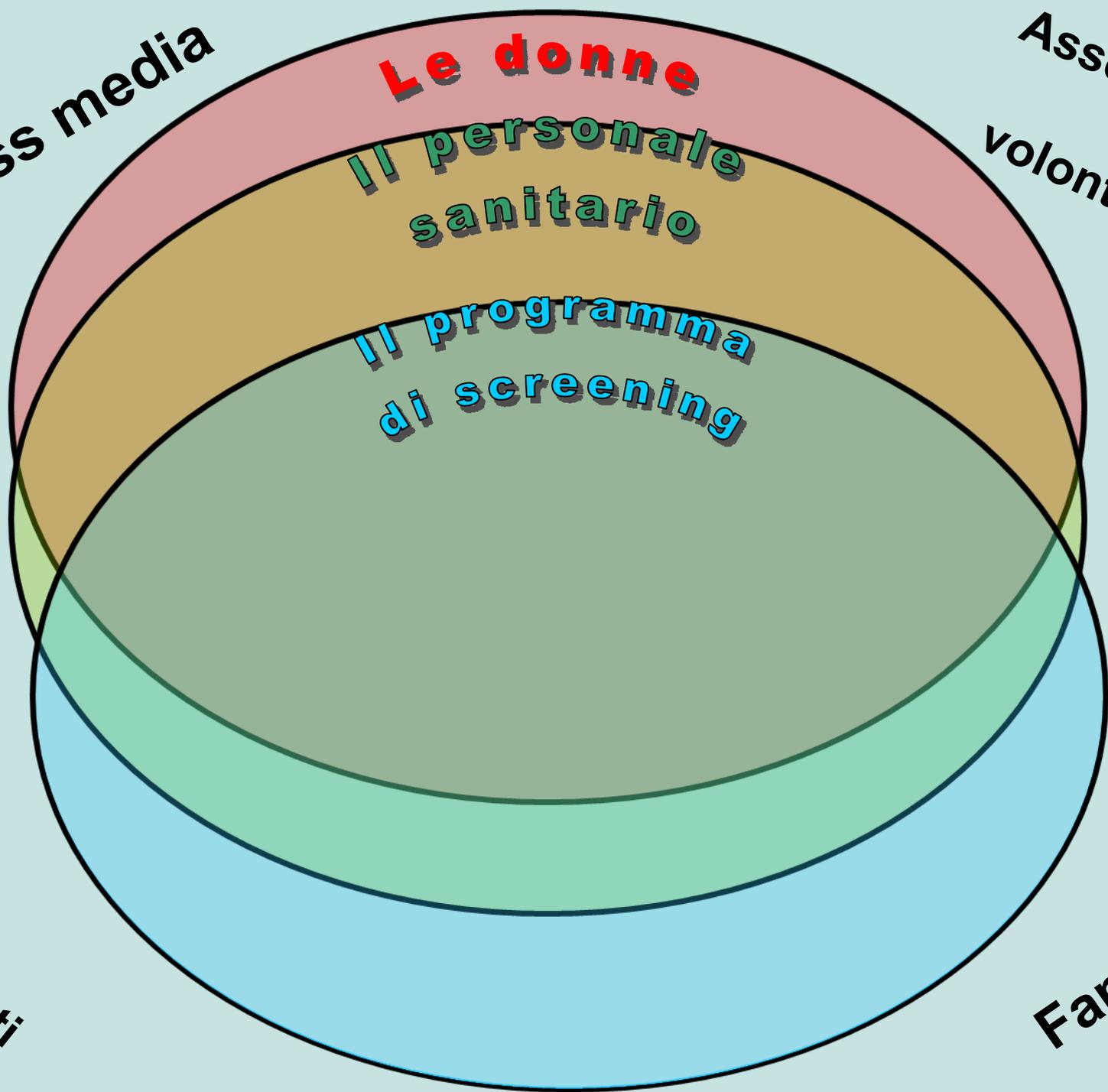
Le donne

**Il personale
sanitario**

**Il programma
di screening**

Enti

Famiglia



Conclusioni (1)

- Modalità organizzative simili (poche eccezioni)
- L'adesione all'approfondimento è buona (> del 96%) anche se la disomogeneità tra i singoli programmi può essere grande
- I richiami per motivi tecnici meritano un approfondimento
- Nessun dato sulle ripetizione tecniche immediate (missing?)
- Aumento del tasso di richiami tra i primi esami (non rispetta lo standard) e tendenza all'aumento anche per i successivi
- Forte disomogeneità tra i vari programmi regionali e all'interno delle singole regioni.

Conclusioni (2)

- Confermata interazione tra parametri strutturali, modalità organizzative e performance dei programmi.

Conclusioni (3)

- Lavorare sul miglioramento della qualità dei dati
- Conoscere i limiti della raccolta aggregata
- L'importanza della comunicazione
- Formazione- revisione multidisciplinare dei casi/communication skills

I WANT MY BALL

BACK!

Thanks

