

TSRM e Screening in Italia e non solo...

situazione,
organizzazione
e prospettive

The World Health Report 2008

Primary Health Care



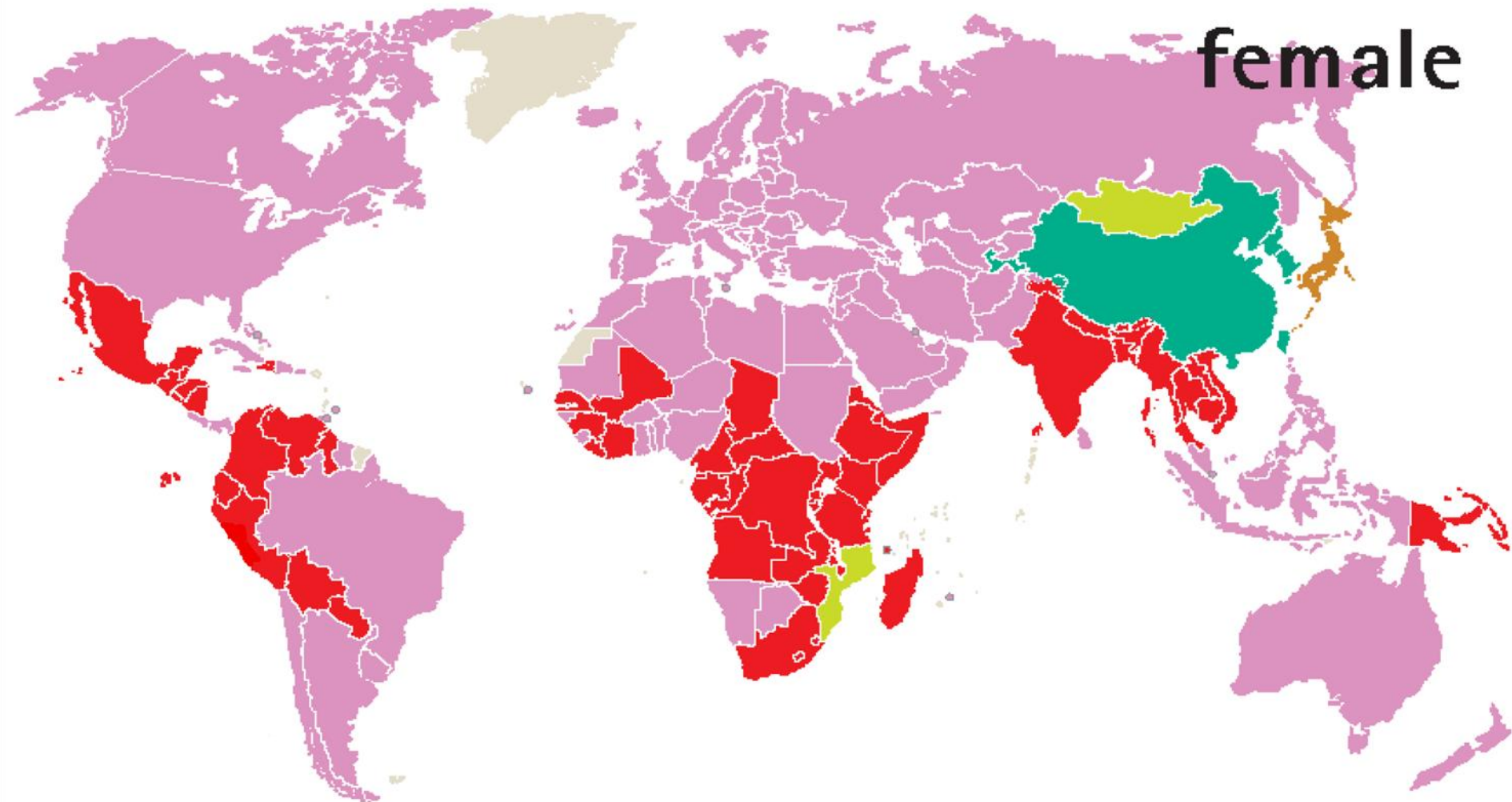
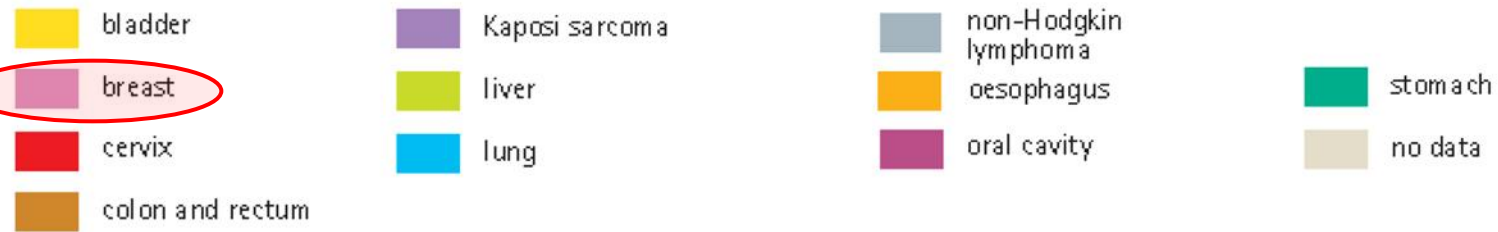
**Now
More
Than
Ever**



World Health
Organization

The most common cancers

Cases by type of cancer 2002



IARC : International Agency for Research on Cancer



International Agency for Research on Cancer
World Health Organization

International Association of Cancer Registries

Cancer Incidence in Five Continents, Vol. IX

Edited by Curado, M. P., Edwards, B., Shin, H.R., Storm, H., Ferlay, J., Heanue, M. and Boyle, P., eds (2007)

IARC Scientific Publications No. 160, Lyon, IARC.

Europe

Italy, Modena Province

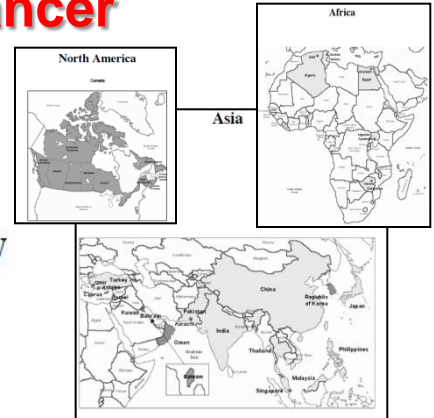
Registration area
The Modena cancer registry (ICR) covers the population of Modena (140,000), which is one of the largest provinces in Italy. It is a population-based registry covering the entire population of Modena. It is a population-based registry covering the entire population of Modena. It is a population-based registry covering the entire population of Modena.

Registry structure and content
The Modena Cancer Registry of Modena Province and A.S.L. Modena is a population-based registry covering the entire population of Modena. It is a population-based registry covering the entire population of Modena. It is a population-based registry covering the entire population of Modena.

Italy, Naples

Registration area
The Naples cancer registry (ICR) covers the population of Naples (1,000,000), which is one of the largest provinces in Italy. It is a population-based registry covering the entire population of Naples. It is a population-based registry covering the entire population of Naples.

Registry structure and content
The Naples Cancer Registry of Naples Province and A.S.L. Napoli is a population-based registry covering the entire population of Naples. It is a population-based registry covering the entire population of Naples. It is a population-based registry covering the entire population of Naples.



Italy



International Agency for Research on Cancer
World Health Organization

GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012

- ABOUT
- DATA SOURCES AND METHODS
- FACT SHEETS
- ONLINE ANALYSIS
- HELP

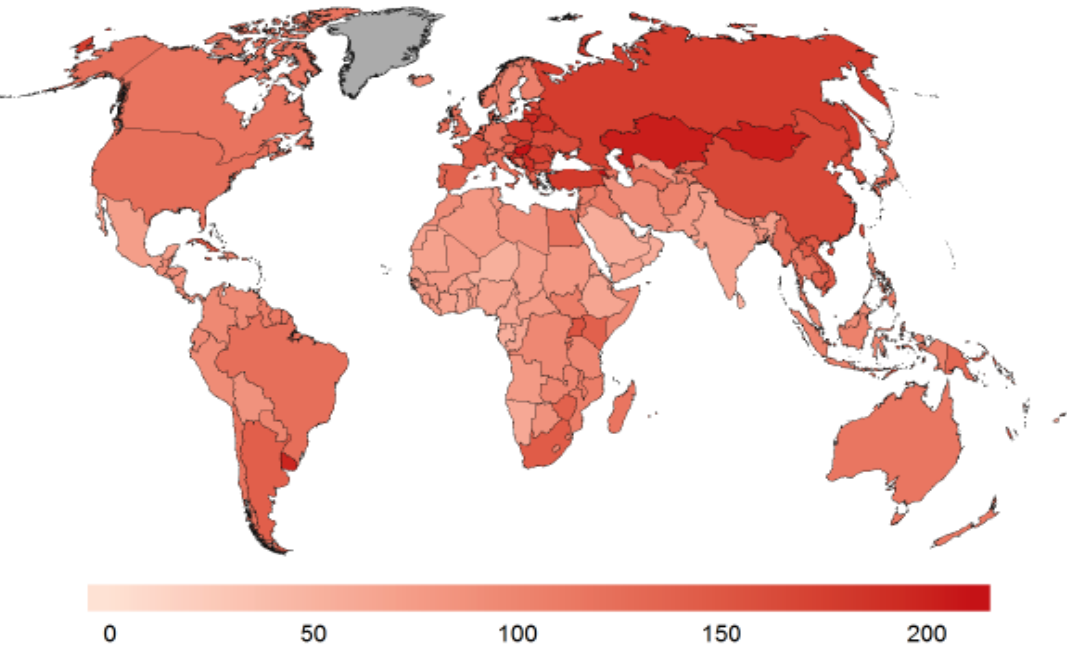
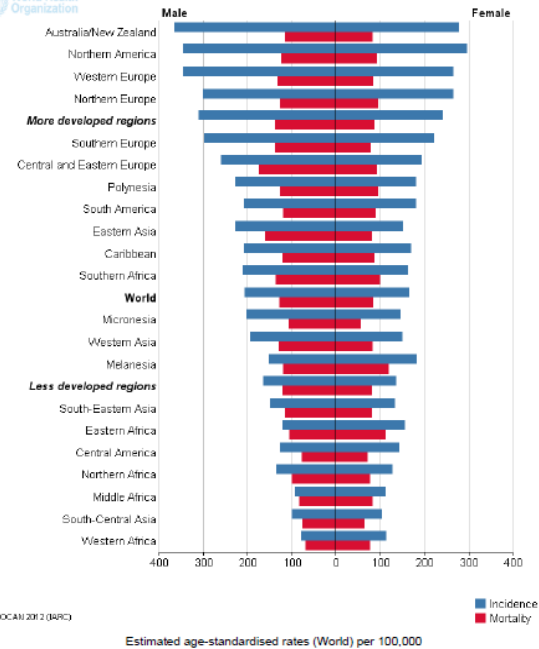
You are here: Home / About / References

REFERENCES

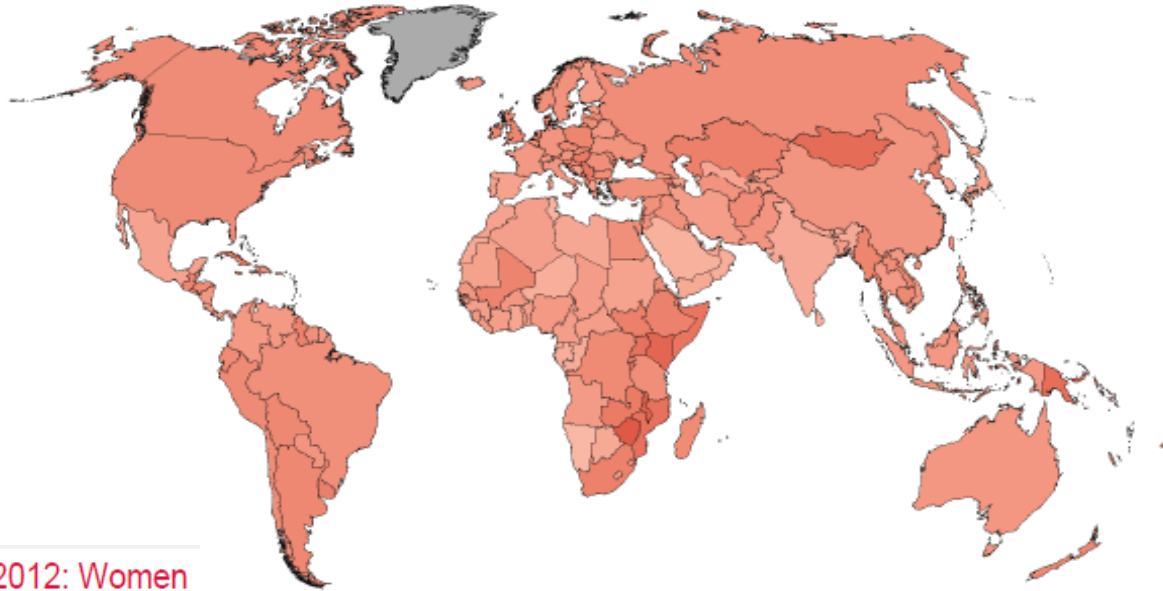
Any use of data published in this web-site should be referenced as follows:

Incidence/mortality data
Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. GLOBOCAN 2012 v1.0. Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Available from: <http://globocan.iarc.fr>, accessed on day/month/year.

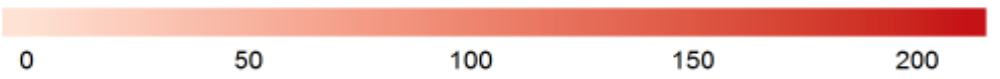
Prevalence data
Bray F, Ren JS, Masuyer E, Ferlay J. Estimates of global cancer prevalence for 27 sites in the adult population in 2008. Int J Cancer. 2013 Mar 1;132 (5):1133-45. doi: 10.1002/ijc.27711. Epub 2012 Jul 26.



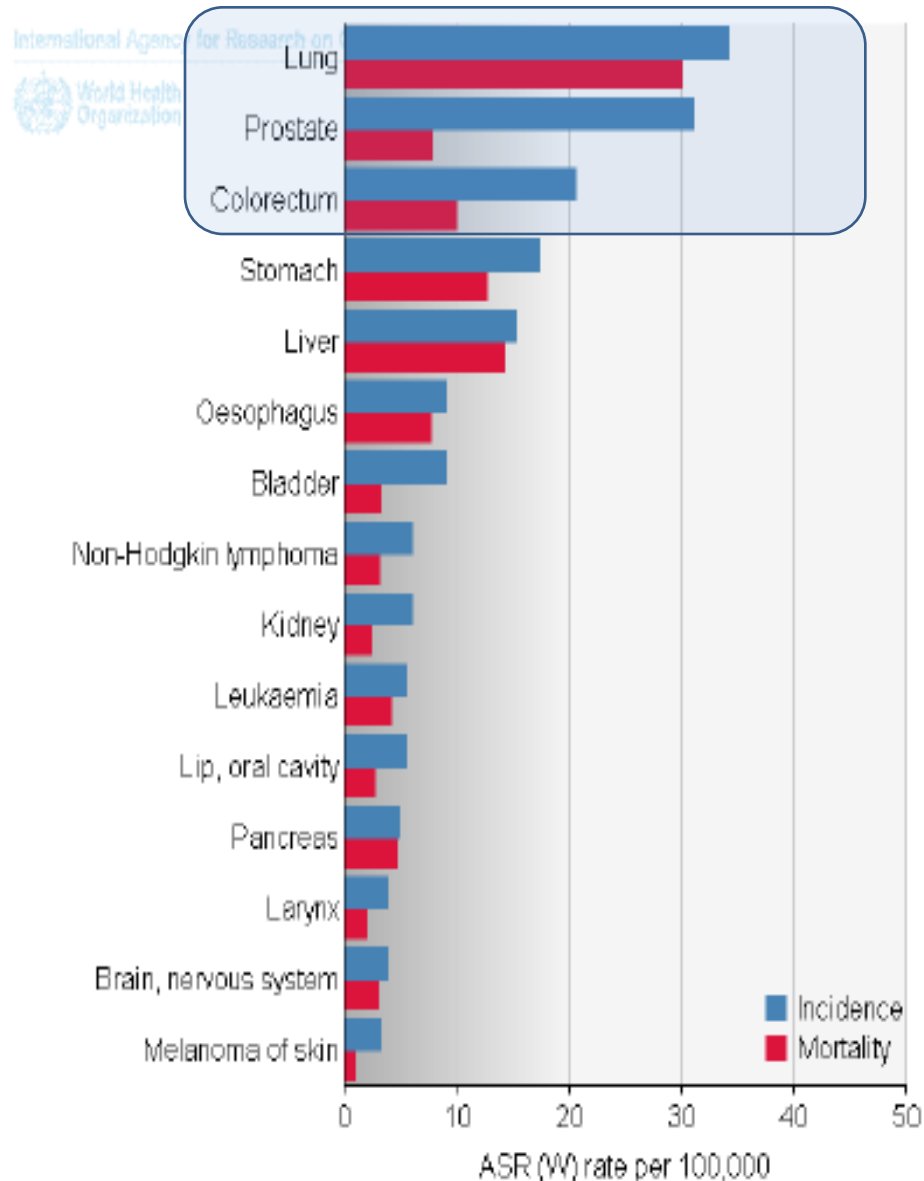
▲ Estimated Cancer Mortality Worldwide in 2012: Men



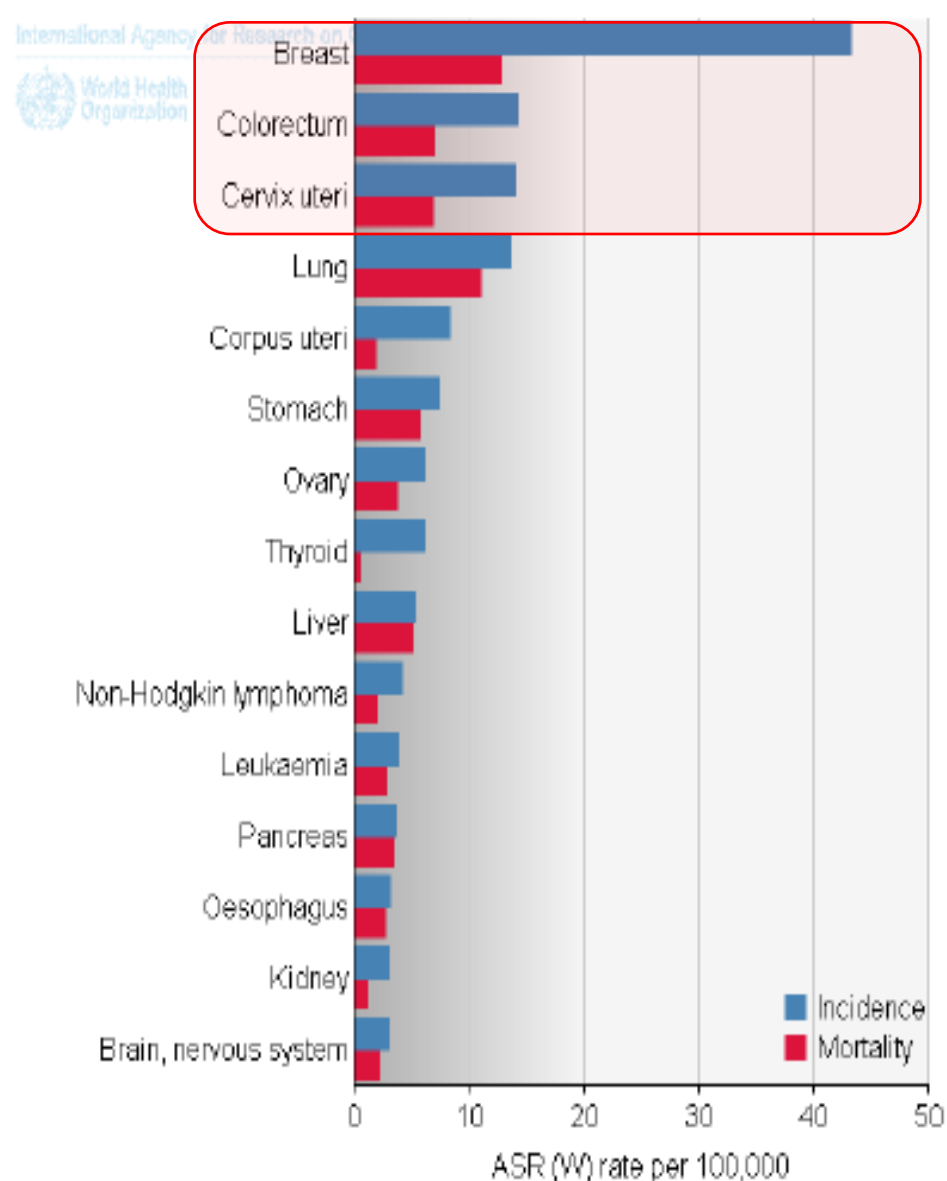
▲ Estimated Cancer Mortality Worldwide in 2012: Women



Estimated age-standardised incidence and mortality rates: men

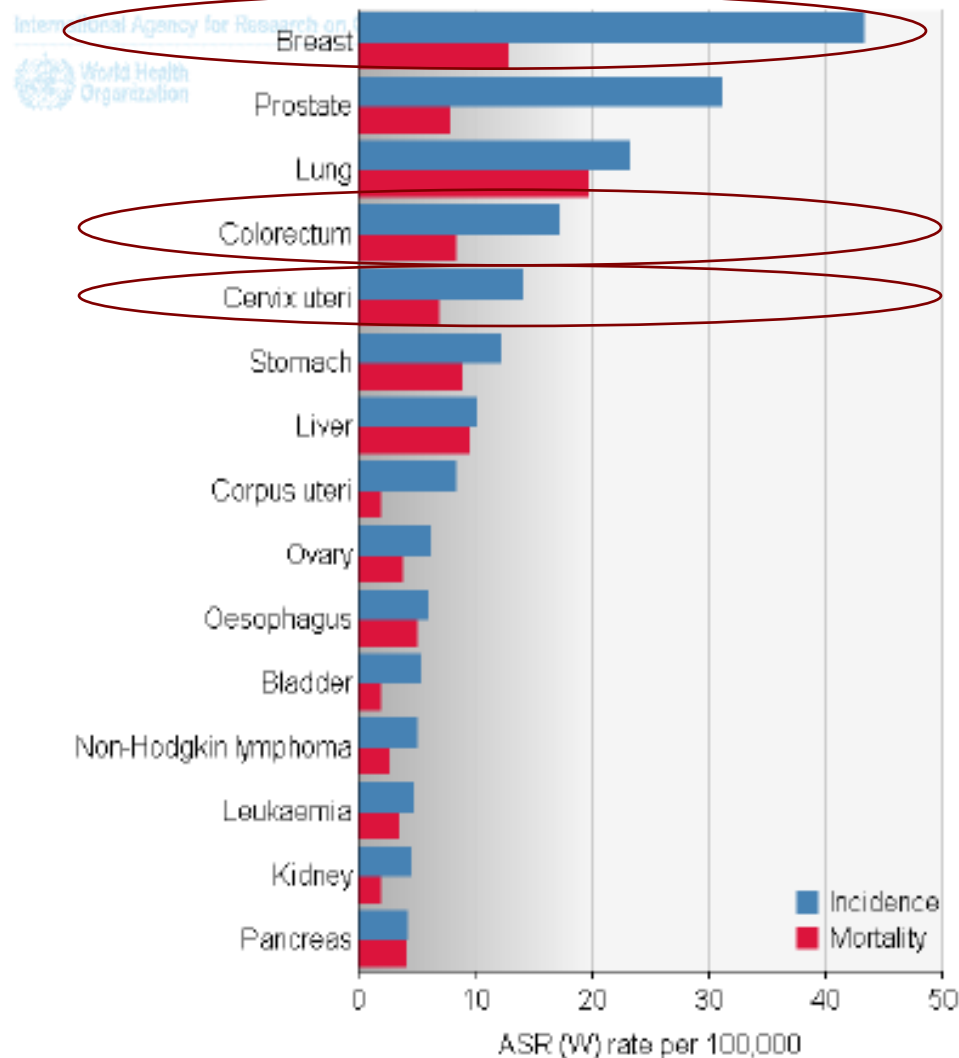


Estimated age-standardised incidence and mortality rates: women



WORLD

Estimated age-standardised incidence and mortality rates: both sexes

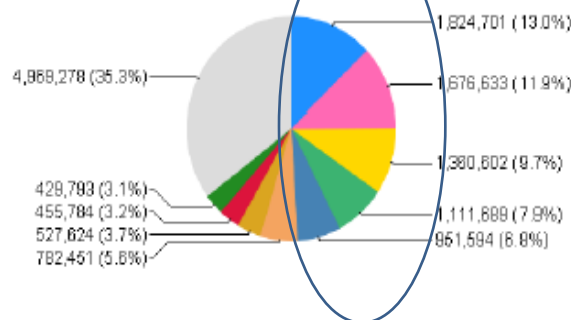


Breast : 1° al mondo Donna-Uomo

International Agency for Research on Cancer



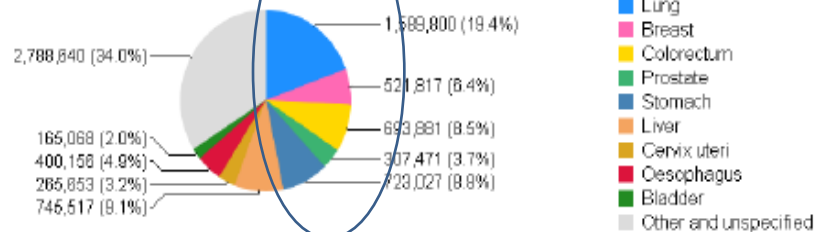
Incidence



International Agency for Research on Cancer



Mortality

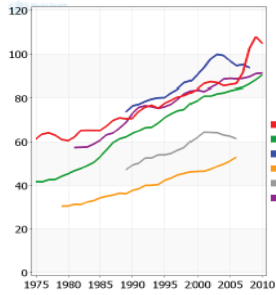


- Lung
- Breast
- Colorectum
- Prostate
- Stomach
- Liver
- Cervix uteri
- Oesophagus
- Bladder
- Other and unspecified

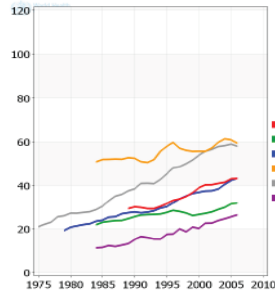
Estimated age-standardised rates (World) per 100,000

BREAST CANCER

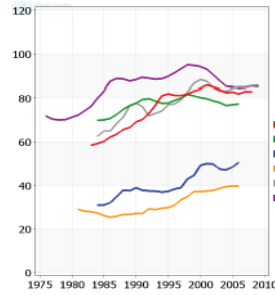
Trends in incidence of breast cancer in selected countries: age-standardised rate (W) per 100,000, men



- Denmark
- Finland
- France*
- Slovakia
- Spain*
- England



- China*
- India*
- Japan*
- Philippines*
- Singapore
- Thailand*



- Australia
- Canada
- Colombia*
- Costa Rica
- New Zealand
- USA*

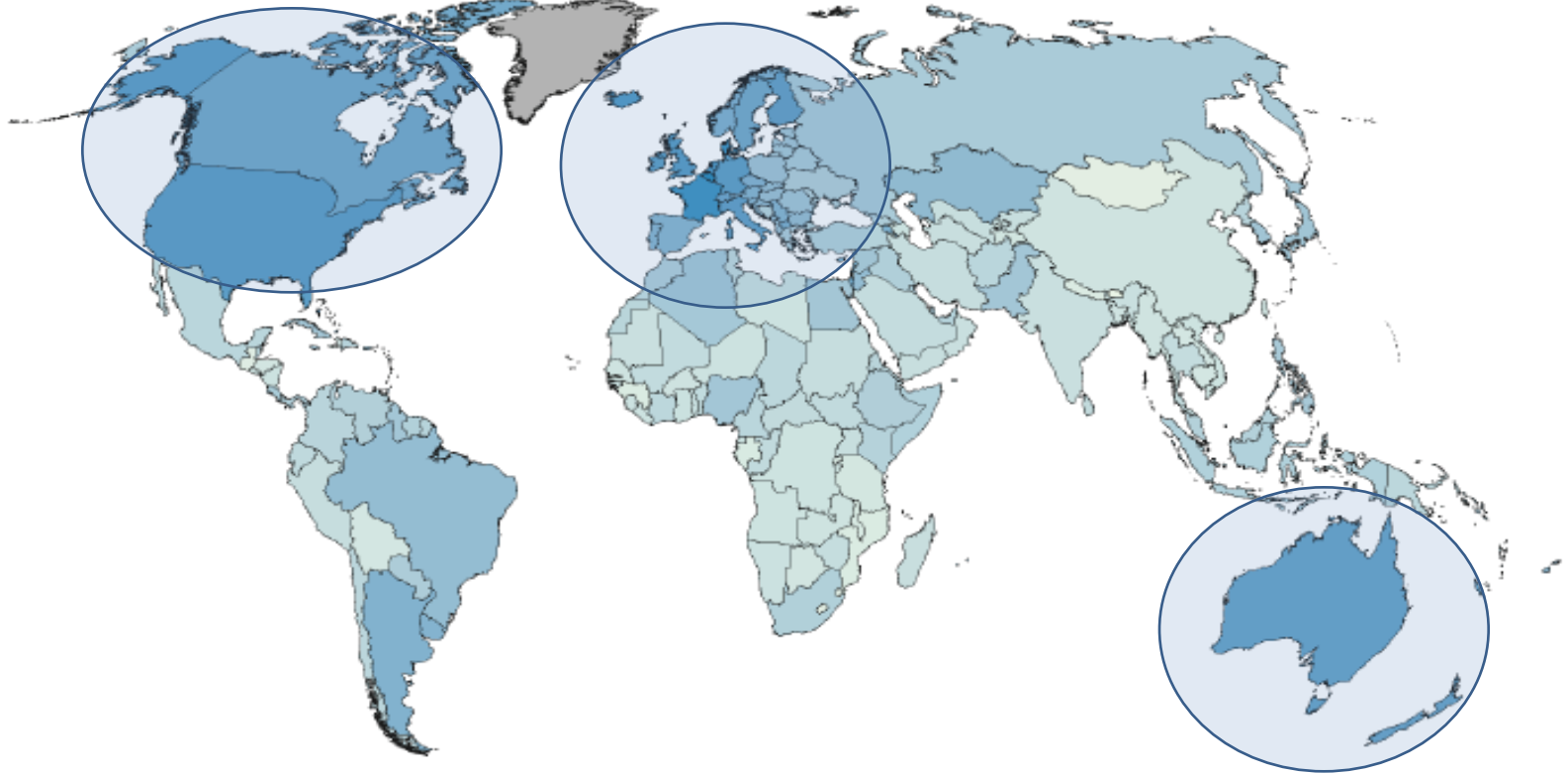
INCIDENZA IN AUMENTO

▲ Estimated Breast Cancer Incidence Worldwide in 2012

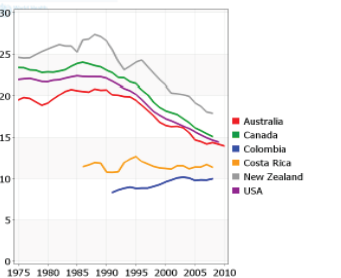
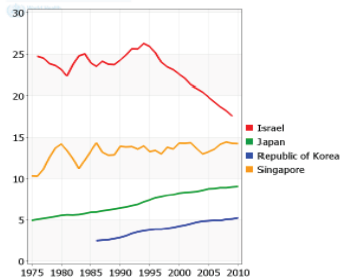
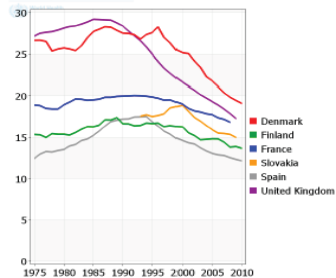
*Regional data
NORDCAN (www.aacr.nu)
ECO (eco.iarc.fr)

*Regional data
cfr.iam.fr

*Regional data
CB.iarc.fr
Australia: www.aihw.gov.au



Trends in mortality from breast cancer in selected countries: age-standardised rate (W) per 100,000, men



BREAST CANCER

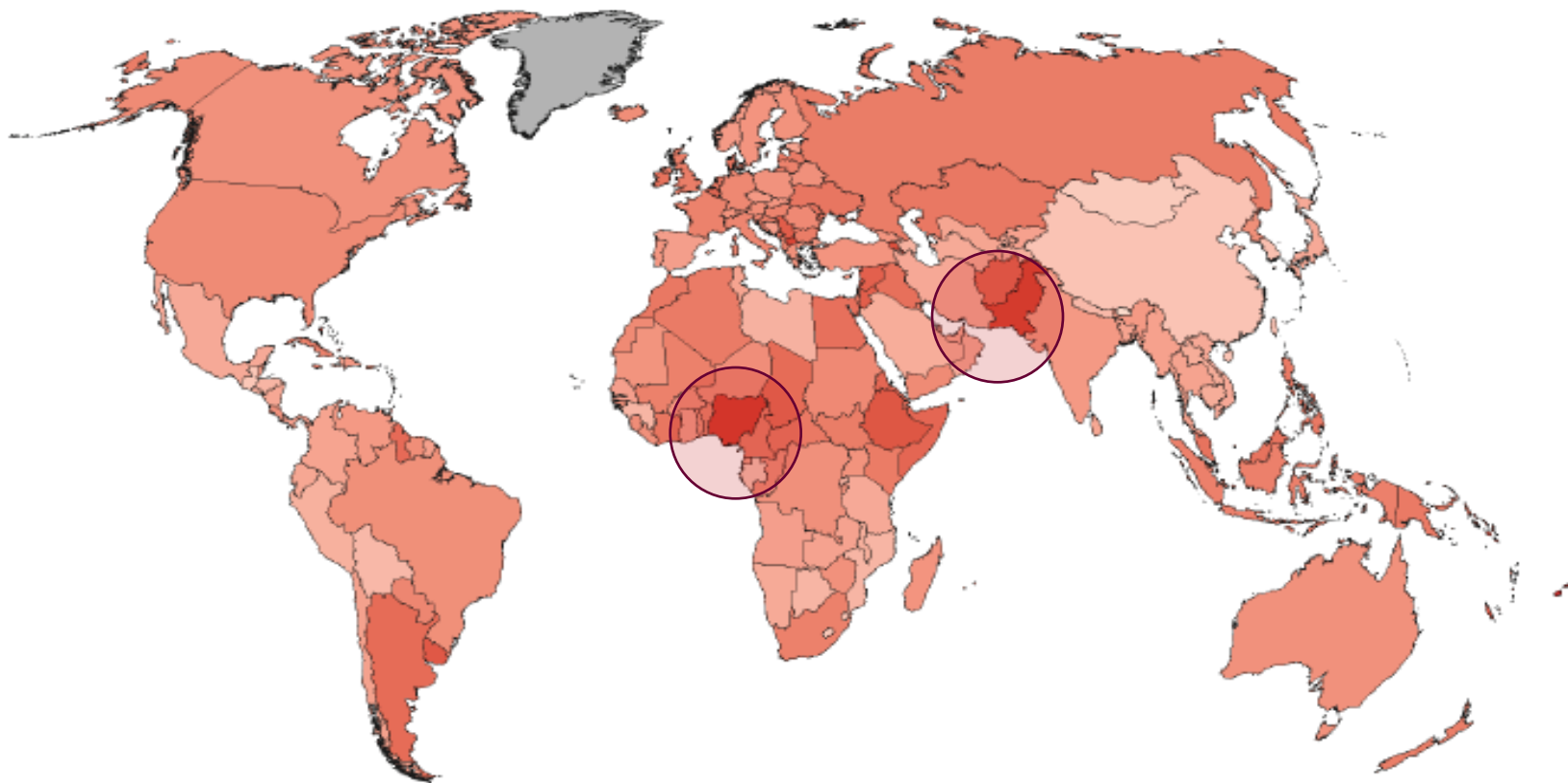
MORTALITA' IN DIMINUZIONE

▲ Estimated Breast Cancer Mortality Worldwide in 2012

WHO (www.who.int/healthinfo/en/)

WHO (www.who.int/healthinfo/en/)

WHO (www.who.int/healthinfo/en/)



POSITION STATEMENT

Early detection of breast cancer



Malaysia budget gives women free mammograms



Malaysia women to get the mammograms in free budget.
 MALAYA LAPOR: With breast cancer on the rise in Malaysia, the government is to free budget allocated to Malaysians, and that mammograms would be free of charge to women in the country in an effort to prevent breast cancer.
 However, not all women can get the free mammograms. The government is to free budget allocated to Malaysians, and that mammograms would be free of charge to women in the country in an effort to prevent breast cancer.
 MALAYA LAPOR: With breast cancer on the rise in Malaysia, the government is to free budget allocated to Malaysians, and that mammograms would be free of charge to women in the country in an effort to prevent breast cancer.



POSITION STATEMENT

Early Detection of Breast Cancer

Mammography screening for women 50-69 is an effective way of reducing deaths from breast cancer. The Cancer Society recommends that women in this age group have screening mammograms every two years. Screening should be done by experienced professionals in a high quality service, which is linked to a high quality assessment service. Women, especially those over the age of 40, should also look and feel for breast changes. Although the Cancer Society does not recommend that women have regular breast checks by a doctor, a breast examination should be offered to women who are concerned about breast cancer, especially those over the age of 40.

Breast Cancer in New Zealand
 Breast cancer is the most common cancer among women in New Zealand. It is also the leading cause of cancer death among women. However, early detection through mammography screening can reduce the risk of dying from breast cancer. Despite the fact that breast cancer is the leading cause of cancer death among women in New Zealand, early detection through mammography screening can reduce the risk of dying from breast cancer.

GUIDELINES

Recommendations on screening for breast cancer in average-risk women aged 40-74 years

The Canadian Task Force on Preventive Health Care
 See related commentary by Gatzsche on page 1957 and at www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.111721

CANADA

BreastScreen AUSTRALIA

AUSTRALIA

BREASTSCREEN AUSTRALIA NATIONAL ACCREDITATION STANDARDS

BreastScreen Australia Quality Improvement Program

Developed by the National Quality Management Committee of BreastScreen Australia
 Endorsed by the National Advisory Committee To BreastScreen Australia July 2008
 Revisions endorsed by the Australian Screening Advisory Committee November 2004
 Revisions recommended by the Digital Mammography Accreditation Standards Working Group and the National Quality Management Committee endorsed by the Screening Subcommittee April 2008

Informes especiales / Articles and special reports

Accreditation of diagnostic imaging centres in developing countries

SUDAMERICA

bio Jiménez,¹ Cari Borrás,² and Ileana Feitas¹
 In recent decades, medical imaging has experienced a technological revolution. After consulting several studies, the quality and safety of diagnostic imaging services in Latin America and the Caribbean, the Pan American Health Organization (PAHO) developed a basic accreditation program that can be implemented by the ministry of health of any developing country. Paired after the American College of Radiology's accreditation program, the PAHO program relies on a national accreditation committee to establish and maintain accreditation standards. The process involves a peer review evaluation of: (1) imaging and processing equipment, (2) physician and technologist staff qualifications, (3) quality control and quality assurance programs, and (4) image quality and, where applicable, radiation dose. Public and private diagnostic radiology/fluorography services in developing countries. *Int J Qual Health Care* 2008; 20(2):104-12.

SUDAMERICA

Consiglio Nazioni UE

Screening is the testing of people with no symptoms to identify early signs of disease. In 2002, the International Agency for Research on Cancer (IARC) of the World Health Organization convened an expert working group of 24 experts from 11 countries to assess the available evidence to date on breast cancer screening. The group concluded that:
 • Screening trials over many years provide sufficient evidence that screening mammography offered to women 50-69 as part of an organised programme reduces deaths from breast cancer

CLINICAL GUIDELINES | Annals of Internal Medicine

Screening for Breast Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement

U.S. Preventive Services Task Force*

USA

CA
 A Cancer Journal for Clinicians

American Cancer Society Guidelines for the Early Detection of Cancer, 2006
 Robert A. Smith, Vilma Cokkinides and Harmon J. Eyre
Cd Cancer J Clin 2006;56:11-25
 DOI: 10.3322/canjclin.56.1.11

This information is current as of August 22, 2010

The online version of this article, along with updated information and services, is located on the World Wide Web at:
<http://caonline.amncancersoc.org/cgi/content/full/56/1/11>

NHS National Institute for Health and Clinical Excellence

UK

Familial breast cancer
 The classification and care of women at risk of familial breast cancer in primary, secondary and tertiary care
 This is a partial update of NICE clinical guideline 14

NICE clinical guideline 41
 Developed by the National Collaborating Centre for Primary Care

NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

SEPTEMBER 23, 2010 VOL 363 NO 39

Screening Mammography on Breast-Cancer Mortality in Norway

NORVEGIA

Cost Effectiveness of Mammography Screening for Chinese Women

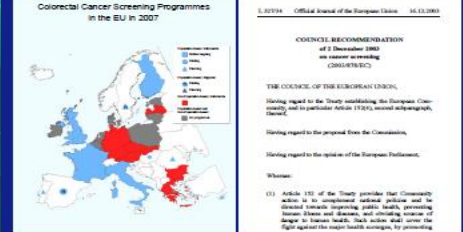
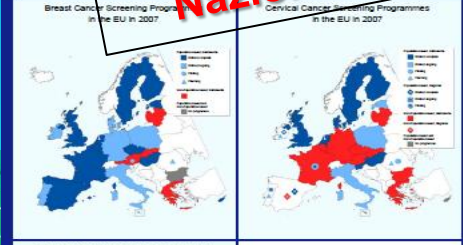
CINA

Wang G, Wang W, Wang X, et al.
 The cost-effectiveness of mammography screening for Chinese women was evaluated by comparing the health benefits of mammography with the costs of screening. The authors estimated that the cost-effectiveness of mammography for Chinese women was more likely to be displaced at an earlier stage. The authors compared one, quarterly-based life year (QALY) cost, and life year saved (LYS) for 5 screening strategies.
 RESULTS: Health savings resulted in a gain in life expectancy ranging from 4.3 days to 4.4 days compared with no screening at an incremental cost of from US\$106 to US\$245 per woman. The best study, conventional screening option was screening from ages 40 years to 69 years, with an incremental cost-effectiveness ratio (ICER) of US\$106 per QALY saved or US\$245 per LYS compared with no screening. In probability-sensitivity analysis, the probability of the ICER being below a threshold of US\$100 per QALY (QALY) was 0.274 (94.8%).
 CONCLUSIONS: The current results suggest that mammography for Hong Kong Chinese women currently may not be cost-effective based on the arbitrary threshold of US\$100 per QALY. However, Chinese costs remain unclear and probably should include the quality of population screening. These results in China have been interesting because of mammography screening development. *Cancer* 2007;101:88-95. © 2007 American Cancer Society.

Cost Effectiveness of Mammography Screening for Chinese Women

American Cancer Society continuously since Cancer Society, 250 All rights reserved.

KEYWORDS: mammography screening, cost effectiveness, China.



Cancer screening in the European Union
 Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening
 First Report



EUSOMA

European Society of Breast Cancer Specialists



Improving Breast Cancer Care in Europe



The official journal of EUSOMA

MULTI-DISCIPLINARY ASPECTS OF QUALITY ASSURANCE IN THE DIAGNOSIS OF BREAST DISEASE
EUSOMA

Associazioni di Specialisti

Author
NM Perry
on behalf of EUSOMA Working Party



PERGAMON

European Journal of Cancer 37 (2001) 447-453

Position Paper
EUSOMA Guidelines
Quality control in the locoregional treatment of breast cancer

E.J.Th. Rutgers* for the EUSOMA Consensus Group

Department of Surgery, Netherlands Cancer Institute, Pleinlaan 121, 1066 CX Amsterdam, The Netherlands

Received 11 August 2000; accepted 28 August 2000

This is a revised version of the original EUSOMA Position paper published in 2001 (European Journal of Cancer, 2001; 37: 159-172).



Position Paper

Quality indicators in breast cancer care

M. Rosselli Del Turco^a, A. Ponti^b, U. Bick^c, L. Biganzoli^d, G. Cerrini^e, B. Cutuli^f, T. Decker^g, M. Dieter^h, G. Gerstlinskiⁱ, T. Kuehn^j, M.P. Mano^k, P. Marzolini^l, L. Marzetti^m, P. Pfortmannⁿ, F. Rank^o, H. Rue^p, E. Scuffi^q, J.A. van der Hage^r, G. Viale^s, C. Wells^t, M. Wolkecha-Jaskiewicz^u, Y. Wangstein^v, L. Catalani^w

Associazioni Scientifiche



European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis Fourth Edition



EUROPA DONNA
The European Breast Cancer Coalition

Mission

EUROPA DONNA - The European Breast Cancer Coalition is an independent non-profit organisation whose members are affiliated groups from countries throughout Europe. The Coalition works to raise awareness of breast cancer and to mobilise the support of European women in pressing for improved breast cancer education, appropriate screening, optimal treatment and increased funding for research. EUROPA DONNA represents the interests of European women regarding breast cancer to local and national authorities as well as to institutions of the EU.

Annual Report

2009

Associazioni di Donne



European Breast Cancer Statistics

Lifetime risk 1 In 10
Number of deaths per year* 139,829
Number of newly diagnosed cases per year* 450,322

*Source: Jemal J. et al. GLOBOCAN 2008 v1.2, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancerbase No. 10. Lyon, France

- The main priorities for EUROPA DONNA's evidence-based advocacy work today are:
 - Establishing population-based mammography screening programmes in all countries set up according to the European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis
 - Implementing specialist breast units in all countries set up according to the EU guidelines
 - Development of an accreditation protocol for breast units
 - Establishing national breast cancer registries
 - Enhancing breast cancer research
 - Prevention: Breast Health Day

Ministero della Salute

Gli screening oncologici
VADEMECUM

screening del carcinoma della mammella, della cervice uterina e del colon retto

Le raccomandazioni del ministero della Salute in una sintesi per gli operatori sanitari

F.O.N.Ca.M.
FORZA OPERATIVA NAZIONALE SUL CARCINOMA MAMMARIO

Linee guida sulla diagnosi, il trattamento e la riabilitazione

TUMORI della MAMMELLA
Linee guida sulla diagnosi, il trattamento e la riabilitazione

Aggiornamento 2008
Sorveglianza e trattamento delle donne ad alto rischio per carcinoma mammario familiare

EUROPA DONNA 2013

I PROGRAMMI DI SCREENING IN ITALIA 2009

Screening del tumore della mammella

Di screening organizzati sono intenzionalmente di efficacia dimostrata, che stanno rapidamente gli interventi che a essere previsti che migliorano la qualità. Per favore copiarli per adattarli.

Ministero della Sanità
CCM
Osservatorio Nazionale Screening

OSSERVATORIO NAZIONALE SCREENING

I PROGRAMMI DI SCREENING IN ITALIA

CCM
Ministero della Sanità

10 ANNI DI PROGRAMMI DI SCREENING IN ITALIA

Di screening organizzati sono intenzionalmente di efficacia dimostrata, che stanno rapidamente gli interventi che a essere previsti che migliorano la qualità. Per favore copiarli per adattarli.

CCM
Ministero della Sanità

ITALIA

cervicale * colorettrale * mammografico

Il sistema di monitoraggio dei programmi organizzati permette anno dopo anno di rendere conto del numero di test fatti e degli esiti di questa attività di indagine precoce. Una vera e propria bussola che consente di orientare le scelte.

GCM
Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie

Ministero della Sanità

Regione Emilia-Romagna
Agenzia Sanitaria Regionale

Requisiti per l'accreditamento dei Programmi di screening per la diagnosi precoce del tumore della mammella

Novembre 2005

N.B. E' auspicabile una revisione dei requisiti contenuti nel presente documento entro due anni. Per quel che riguarda la dotazione di personale individuata nelle varie articolazioni in cui si configura il servizio, questa deve essere rapportata ad una lettura complessiva delle dotazioni e dell'organizzazione della struttura oggetto dell'applicazione dei requisiti.

Regione Emilia-Romagna

REGIONE DEL VENETO
giunta regionale - 8^a legislatura

ALLEGATO A alla Dgr n. 4538 del 28 dicembre 2007 pag. 140

Manuale per l'accreditamento istituzionale dei programmi di screening oncologici

Standard - Evidenze - Indicatori di attivita

(complemento di attuazione della legge regionale 16 agosto 2002 n. 22)

BOLETTINO UFFICIALE della REGIONE CAMPANIA n. 18 del 17 Marzo 2014

Atti della Regione

Regione Campania
Il Presidente
Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)

DECRETO N. 14 DEL 14.03.2014

OGGETTO: Screening oncologici. Azioni per il potenziamento delle attività aziendali e del coordinamento regionale

Regioni

PREVENZIONE NEI LUOGHI DI VITA E DI LAVORO

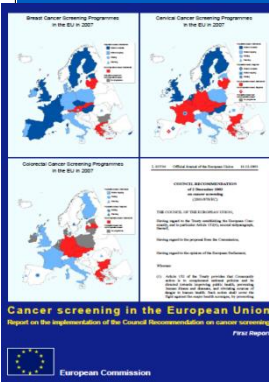
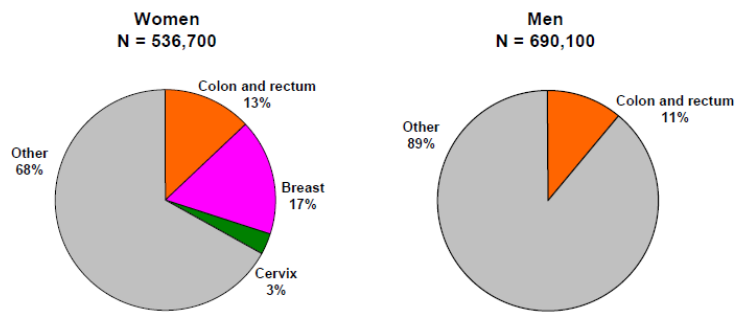
Il protocollo diagnostico-terapeutico dello screening per la diagnosi precoce dei tumori della mammella

69

Emilia-Romagna
IV edizione - anno 2012

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA

Deaths due to Breast, Cervical and Colorectal Cancer in the EU in 2006



Consiglio Nazioni UE

Figure 1 c. Proportion of cancer deaths in the European Union in 2006 by gender and type of non-melanotic skin cancer, proportions in percent). Percentages for women do not add up due to r
 Source: mortality estimates by IARC (2007) adapted from: Arbyn M, Autier P, Ferlay J (2007) Ann Oncol 18: 1-
 M, Raifu AO, Autier P, Ferlay J (2007) Ann Oncol 18: 1708-1715; Boyle P, Ferlay J (2005) Ann Oncol 16: 481-48
 (2007) Ann Oncol 18: 581-592 .

Table 6 Number of Persons attending Breast, Cervical and Colorectal Cancer Screening Programmes in the European Union in 2007 by Target Cancer and Programme Type

SCREENING IN EUROPA : 55.000.000 persone

SCR MAMMELLA : 11.000.000 donne

Persons attending screening programmes for	Breast Cancer		Cervical Cancer		Colorectal cancer		Total	
	persons (X 1000)	% of column	persons (X 1000)	% of column	persons (X 1000)	% of column	persons (X 1000)	% of column
	1	2	3	4	5	6	7	8
Population-based	11,262	97%	7,791	25%	3,519	30%	22,572	41%
Non-population-based	343	3%	23,744	75%	8,120	70%	32,207	59%
Total	11,606	100%	31,535	100%	11,639	100%	54,780	100%

Source: European Commission, 2007 (DG SANCO); IARC, 2007 (ECN and EUNICE projects); other sources see Tables 3 b - 5 b.
 * Estimates of volume of screening in 2007. Volumes in Tables 3 b - 5 b corrected for programmes with missing data and for programmes in rollout phase in 2007.

The total population targeted by the screening programme services covered in the report comprised 26.9 million women predominantly aged 50-69



7 May 2003

REPORT

on breast cancer in the European Union
(2002/2279(DNF))

Committee on Women's Rights and Equal Opportunities

Rapporteur: Karin Jóns

RXN497647EN.doc

PE 323.538

EN

Cancer screening in the European Union
Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening
First Report

European Commission

Breast cancer incidence in the EU Member States 2006

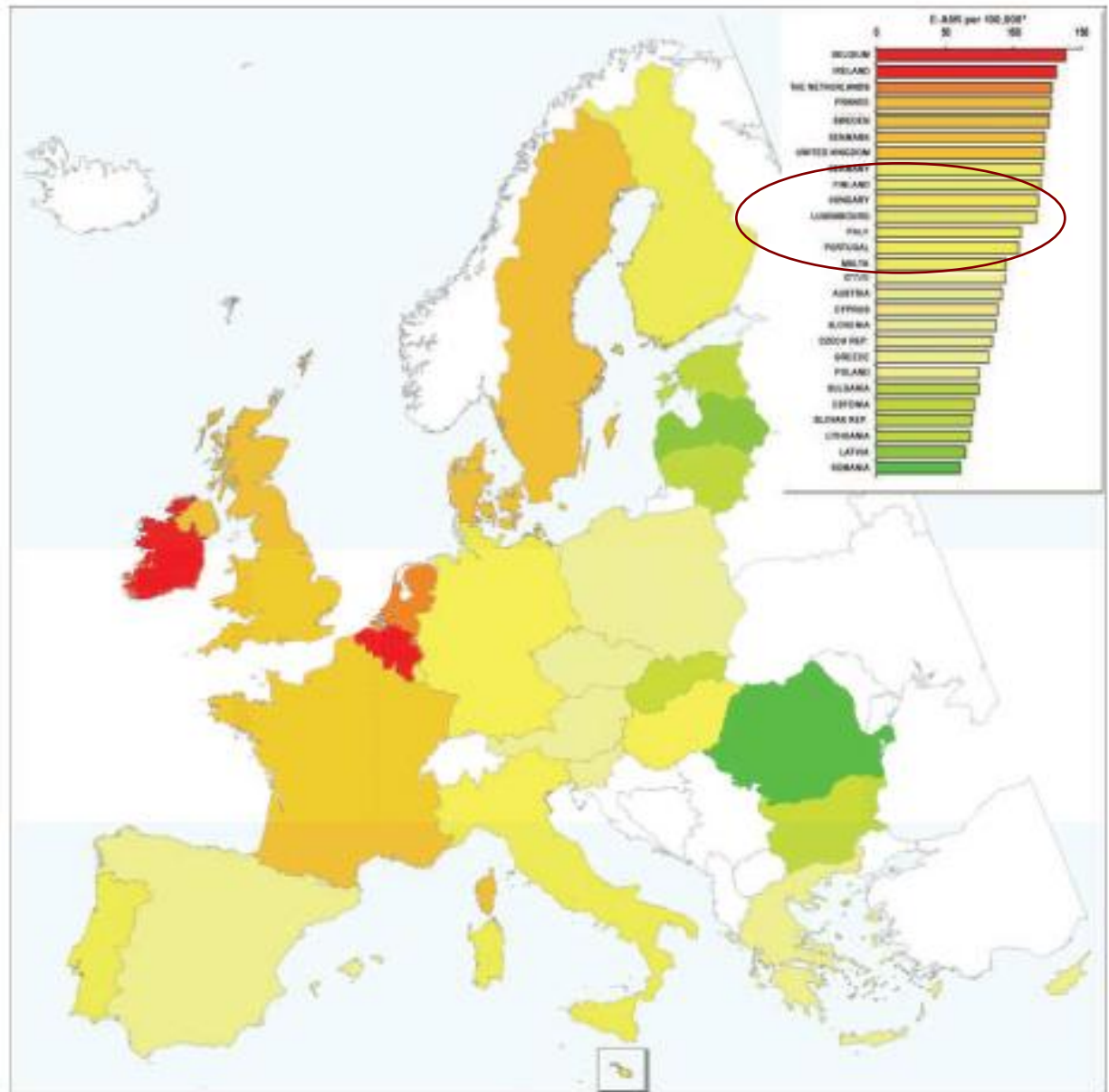


Figure 2 a. Age-standardised rates of incidence of breast cancer (cases per 100,000 women-years) in the 27 Member States of the European Union, ranked by increasing incidence, estimates for 2006 (direct standardisation using the European reference population)

Breast cancer mortality in the EU Member States 2006

EUROPEAN PARLIAMENT

1999



2004

Session document

FINAL
A5-0159/2003

7 May 2003

REPORT

on breast cancer in the European Union
(2002/2279(INI))

Committee on Women's Rights and Equal Opportunities

Rapporteur: Karin Jóns

RIN497647EN.doc

PE 323.538

EN

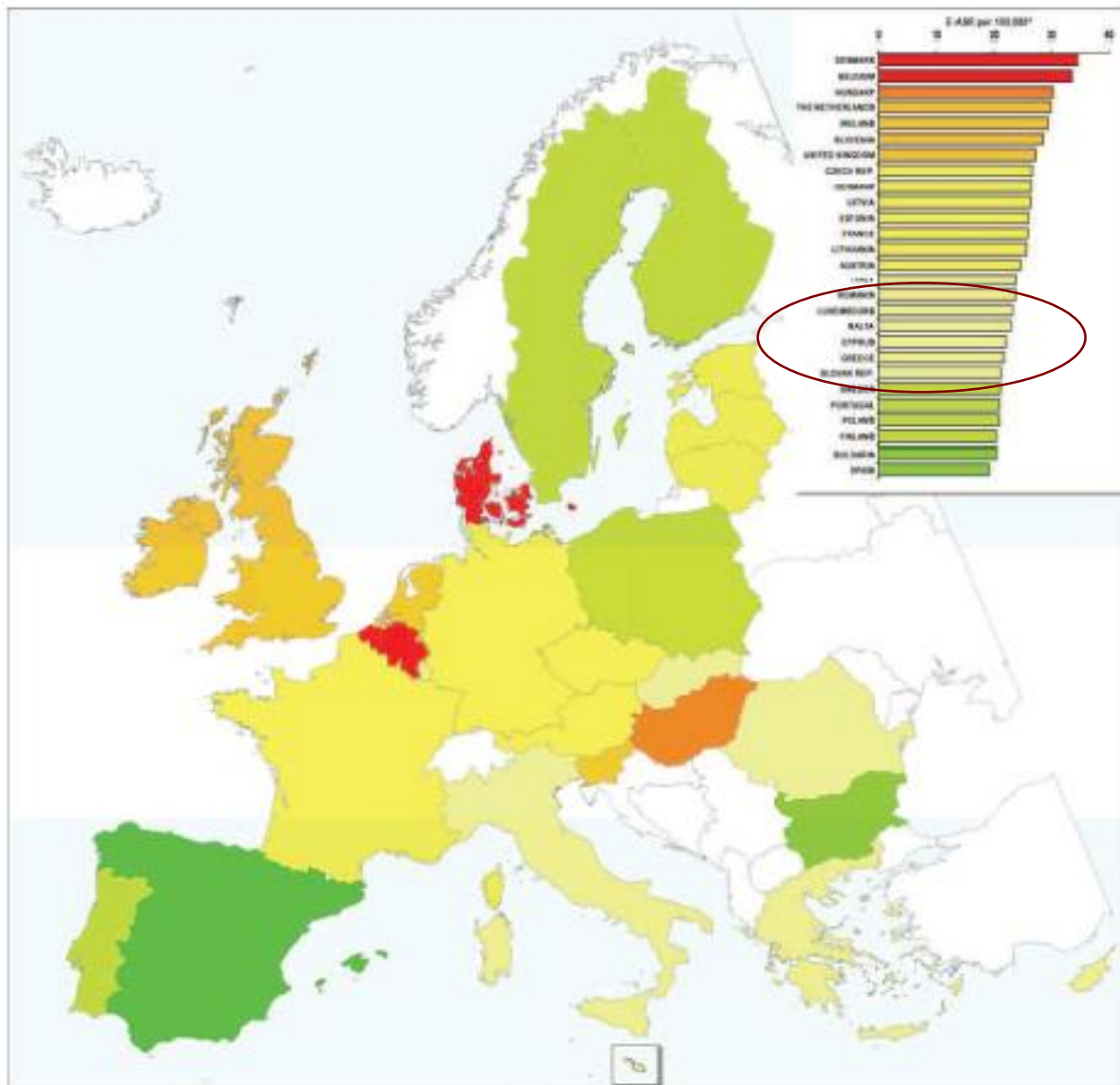
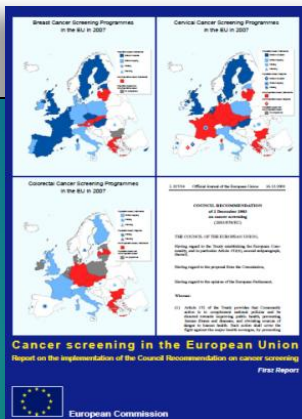


Figure 2 b. Age-standardised rates of mortality of breast cancer (deaths per 100,000 women-years) in the 27 Member States of the European Union, ranked by increasing mortality, estimates for 2006 (direct standardisation using the European reference population)

Table 1 Breast cancer screening programme features by country or region in 26 European programmes (2007)

Country or region	Start (year)	Target age (years)	Interval (months)	Intermediate mammograms		Mammography views at screening (N)*	Double reading (Yes/No)
				After screening (Yes/No)	After further assessment (Yes/No)		
Belgium, Flanders	2001	50-69	24	Yes	No	2	Yes
Czech Republic	2002	45-69	24	Yes	Yes	2	Yes†
Denmark, Copenhagen	1992	50-69	24	No	No	2/1	Yes
Estonia	2002	50-59	24	No	Yes	2	Yes
Finland	1989	50-69	24	NA	NA	NA	Yes
Germany, pilot projects	2001	50-70	24	No	Yes	2	Yes
Hungary	2002	45-65	24	Yes	Yes	2	Yes
Italy	1990	50-69	24	Yes	Yes	2/1	Yes
Luxembourg	1992	50-69	24	Yes	No	2	Yes
Norway	1996	50-69	24	No	No	2	Yes
Poland	2007	50-69	24	Yes	Yes	2	No
Portugal, centre	1990	45-69	24	No	Yes	2	Yes
Portugal, north	1999	45-69	24	No	Yes	2	Yes
Republic of Ireland (East)	2000	50-64	24	No	Yes	2	Yes
Spain, Asturias	1991	50-69	24	No	Yes	2/1	No
Spain, Balears	1990	50-64	24	Yes	Yes	2	Yes
Spain, Galicia	1992	50-66	24	Yes	Yes	2	Yes
Spain, Navarra	1990	45-69	24	Yes	Yes	2	No
Spain, Pais Vasco	1990	50-64	24	Yes	Yes	2	No
Spain, Valencia	1992	45-69	24	Yes	Yes	2/1	Yes
Sweden, Södermanland	1990	40-74	24	NA	NA	2/1	No
Sweden, Stockholm	1989	40-69	24	NA	NA	2/1	Yes
Sweden, Västmanland	1986	40-69	24	NA	NA	2/1	Yes
Switzerland, Fribourg	2004	50-70	24	No	Yes	2/1	Yes
The Netherlands	1988	50-75	24	NA	NA	2/1	Yes
UK, England	1988	50-70	36	No	Yes	2	Yes

NA, not available

*2/1: two views at first screening, one at subsequent screening

†Performed not in all but in most screened women

3

1

2



7 May 2003

REPORTon breast cancer in the European Union
(2002/2279(INI))

Committee on Women's Rights and Equal Opportunities

Rapporteur: Karin Jóns

XX-497647EN.doc

PE 323.538

EN

**OBIETTIVI SCR****35%****Cancer Screening in the European Union**

Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening

*First Report***Authors**L. von Karsa
A. Anttila
G. Ronco
A. Ponti
N. Malila
M. Arbyn
N. Segnan
M. Castillo-Beltran
M. Boniol
J. Ferlay
C. Hery
C. Sauvaget
L. Voti
P. Autier**2006-2007
IARC**International Agency for Research on Cancer
Centre International de Recherche sur le Cancer**Annex 6: Examples of effective implementation of screening programmes in the EU**

There are several examples of effective implementation of population-based cancer screening programmes in the European Union. Due to the available space they cannot all be mentioned here. A number of examples are provided below and in [18]. They include substantial decreases in cervical cancer mortality subsequent to introduction of population-based screening in Finland and the United Kingdom, and less substantial, but pronounced reduction of population-based screening in Sweden, Denmark, or piloting prior to nationwide rollout can provide information on implementation [32, 41, 44].

1 Breast cancer screening

The IARC and numerous other institutions and organizations have concluded that trials have provided sufficient evidence for the efficacy of mammographic screening of women between 50 and 69 years old. Women who were invited to be screened showed a reduction in breast cancer mortality averaging 25% with the degree of benefit depending on the particular trial. Since not all women accepted the invitation, the reduction among those who chose to participate in screening programmes is somewhat higher, being estimated, based on the trials, at 35% [19].

1.4 Italy

The impact of population-based breast cancer screening programmes has also been investigated in Italy. A cohort evaluation of the breast screening programme in Florence showed a 25% reduction in mortality with invitation to screening [28, 29]. Furthermore, earlier detection of breast cancer led to a significant reduction in mastectomies [30, 46]. A large multi-centre case-control study has been performed within the project "Impatto", the results of which are expected in the near future.

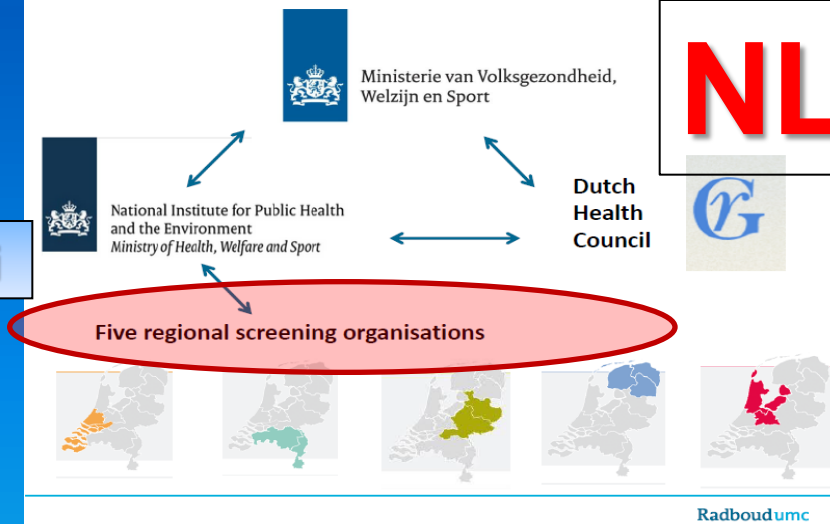
Communication

Experiences from The Netherlands

Mireille Broeders

30 January 2014, Bologna

50-75 anni – Round 24 mesi

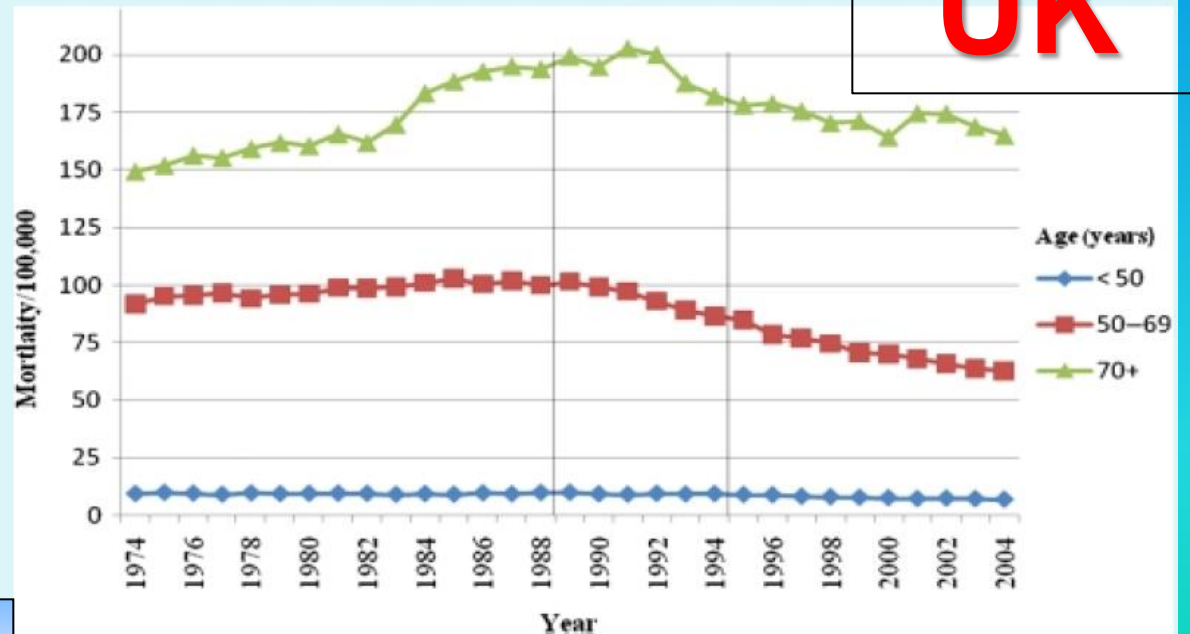


1988

The impact of population-based screening with mammography on breast cancer mortality : issues in mortality trends evaluation

Sue Moss
Centre for Cancer Prevention
Wolfson Institute,
Queen Mary University of London , UK

Breast cancer mortality in England 1974–2004



Duffy et al JMS 2010

50-70 anni – Round 36 mesi

ITALIA

Nascita degli Screening 1990

REGIONAL ORGANISATION

NATIONAL MONITORING (National Centre for Screening Monitoring)

TARGET POPULATION: 50-69 YEARS (7.350.000 women)

50-69 anni – Round 2 anni - 24 mesi

SCREENING INTERVAL: 2 YEARS

TWO VIEWS MX

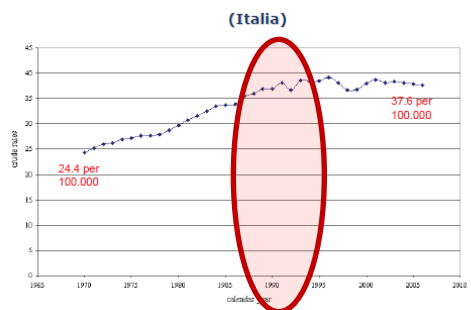
DOUBLE READING

FREE TEST

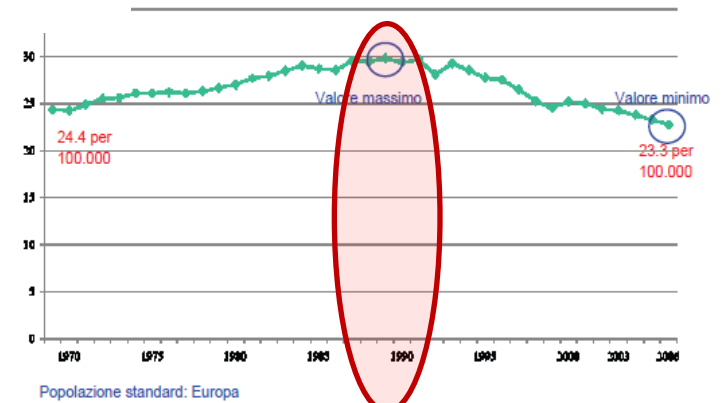
GP's INVOLVEMENT

pre-FIXED APPOINTMENT

Tassi grezzi di mortalità per tumore della mammella



tandardizzati di mortalità per tumore della mammella (Italia)

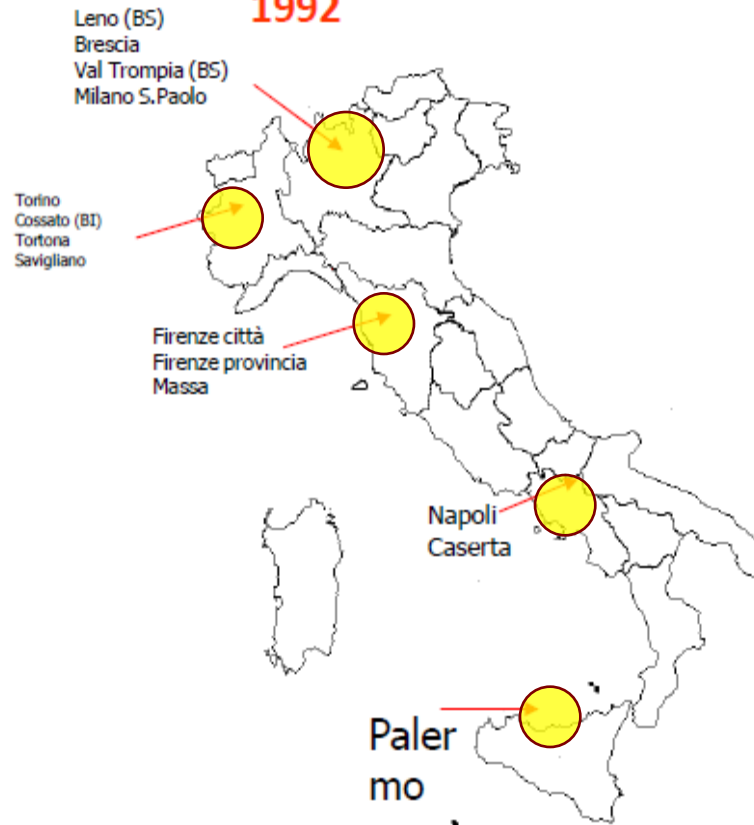


Popolazione standard: Europa

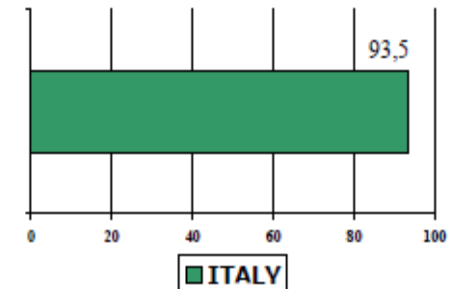
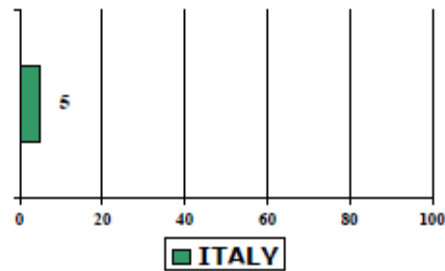
Geographical distribution

< 50%	Red
50 - 74%	Purple
75 - 94%	Light Green
> 94%	Dark Green

1992



2012



Italy: INVITATION COVERAGE – 2012

72,8 %



96,1%

90,5%

33,9%

Italy: PARTICIPATION RATE – 2012

57,4 %



62,7%

53,7%

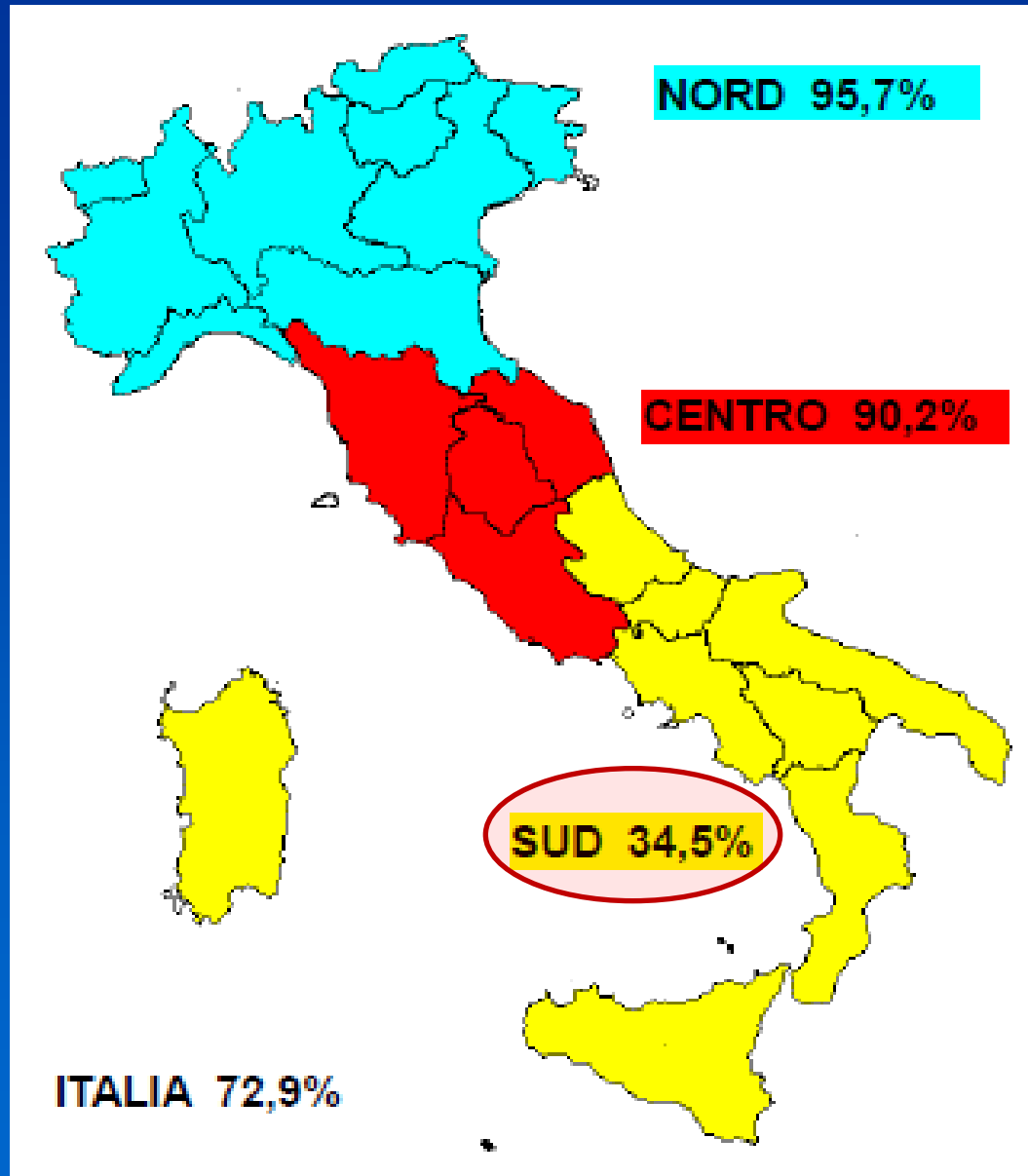
44,2%

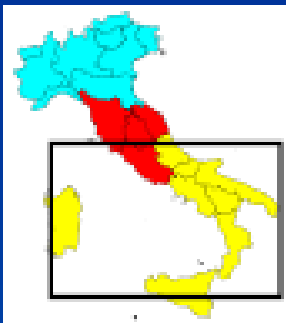
Estensione effettiva (%) 2012

NORD 50.0% - 135,1%
(2,9%) 1 progr

CENTRO 10,5% - 153.2%

SUD 4,2% - 111.8%





34,5%

Estensione corretta (%) – SUD e ISOLE

Regione	Pop bersaglio ISTAT (annuale)	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Abruzzo</i>	83.669	33,4	32,3	40,5	37,0	33,8	43,2	44,3	1,4	3,8	8,9
<i>Molise</i>	19.760	44,8	133,7	118,5	132,6	44,4	98,1	95,7	85,3	97,6	70,1
<i>Campania</i>	345.448		31,9	36,3	26,2	28,6	45,6	34,1	32,8	45,0	21,9
<i>Puglia</i>	255.321					11,8	37,1	50,5	62,1	55,3	41,8
<i>Basilicata</i>	35.821	111,2	119,1	78,6	113,5	87,6	102,5	118,1	121,4	97,1	81,9
<i>Calabria</i>	120.267		0,5		20,3	58,4	56,5	60,8	47,3	35,8	22,5
<i>Sicilia</i>	312.038	11,2	12,3	15,8	22,1	17,9	15,7	10,5	22,0	44,9	39,8
<i>Sardegna</i>	111.350				0,9	28,1	24,6	13,7	24,3	41,0	53,4

	2008-2009	2010-2011	2012
Numero totale di donne invitate	4.935.484	5.150.652	2.611.719
Numero di donne aderenti all'invito *	2.725.194	2.842.013	1.500.537
Adesione all'invito	55%	55%	57,5%
Classi di età			
50-54	52%	52%	54%
55-59	59%	58%	58%
60-64	59%	60%	61%
65-69	56%	57%	59%
Numero di donne esaminate (nel periodo considerato) **	2.690.442	2.772.433	
Numero di donne richiamate per approfondimenti	166.141	149.476	
Percentuale di donne richiamate per approfondimenti	6,2%	5,4%	
Numero di biopsie benigne	1.933	1.722	
Numero di carcinomi diagnosticati allo screening	12.154	12.392	
Numero di carcinomi duttali in situ diagnosticati allo screening	1.508	1.499	
Numero di carcinomi invasivi ≤ 10 mm diagnosticati allo screening	3.423	3.715	

Tabella 1.
Dati nazionali di attività di screening mammografico 2008-2012

ADESIONE

RICHIAMI

Diagnosi CA

* numero di donne che hanno accettato di fare una mammografia in seguito ad invito effettuato nel periodo considerato
 ** numero di donne che hanno effettuato una mammografia nel periodo considerato, indipendentemente da quando è stato mandato l'invito.

www.osservatorionazionalecreening.it



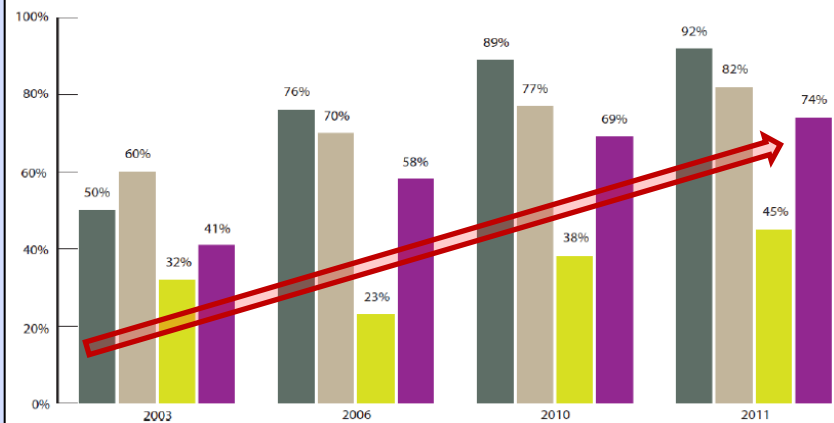
Figura 3.
Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni (%)
Donne 50-69enni. Passi 2010-12 (n. 19.538)

■ al di fuori dei programmi di screening
 ■ all'interno dei programmi di screening

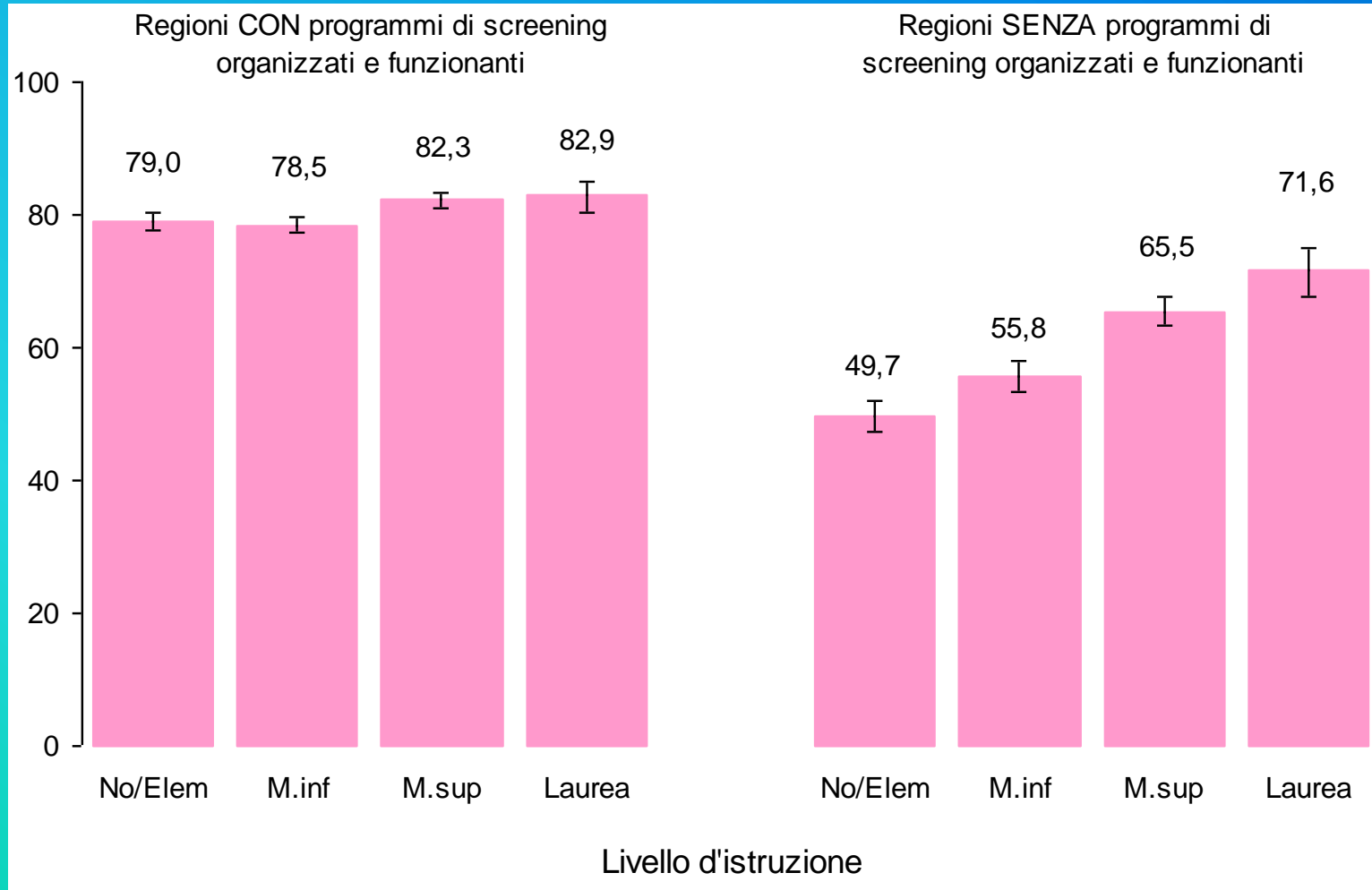


*Regioni che non hanno aderito con un campione regionale

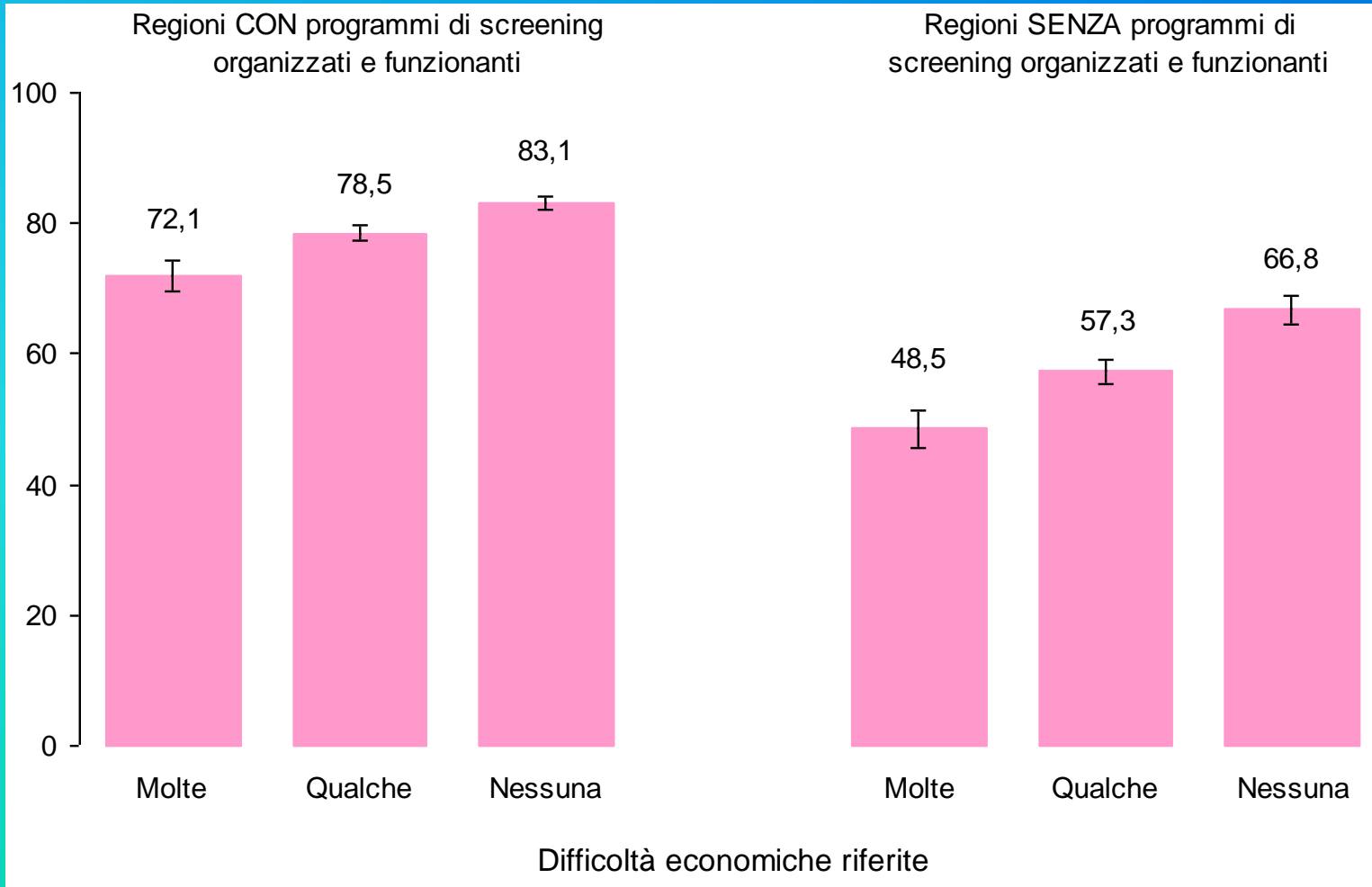
Figura 4.
Estensione effettiva dello screening mammografico per area geografica (%)
delle donne in età 50-69 che ricevono la lettera di invito. Fonte: survey Ons



**Impatto dei programmi di screening organizzati
sull'esecuzione della MAMMOGRAFIA nella riduzione
delle disuguaglianze per **livello d'istruzione****



Impatto dei programmi di screening organizzati
sull'esecuzione della MAMMOGRAFIA nella riduzione
delle disuguaglianze per **difficoltà economiche**





2012-2013

L'Emilia-Romagna è l'unica regione che invita non soltanto le persone residenti, ma anche le persone domiciliate, ampliando quindi l'opportunità di partecipare ai programmi di screening, con l'intento di garantire una maggiore equità d'accesso nella popolazione.

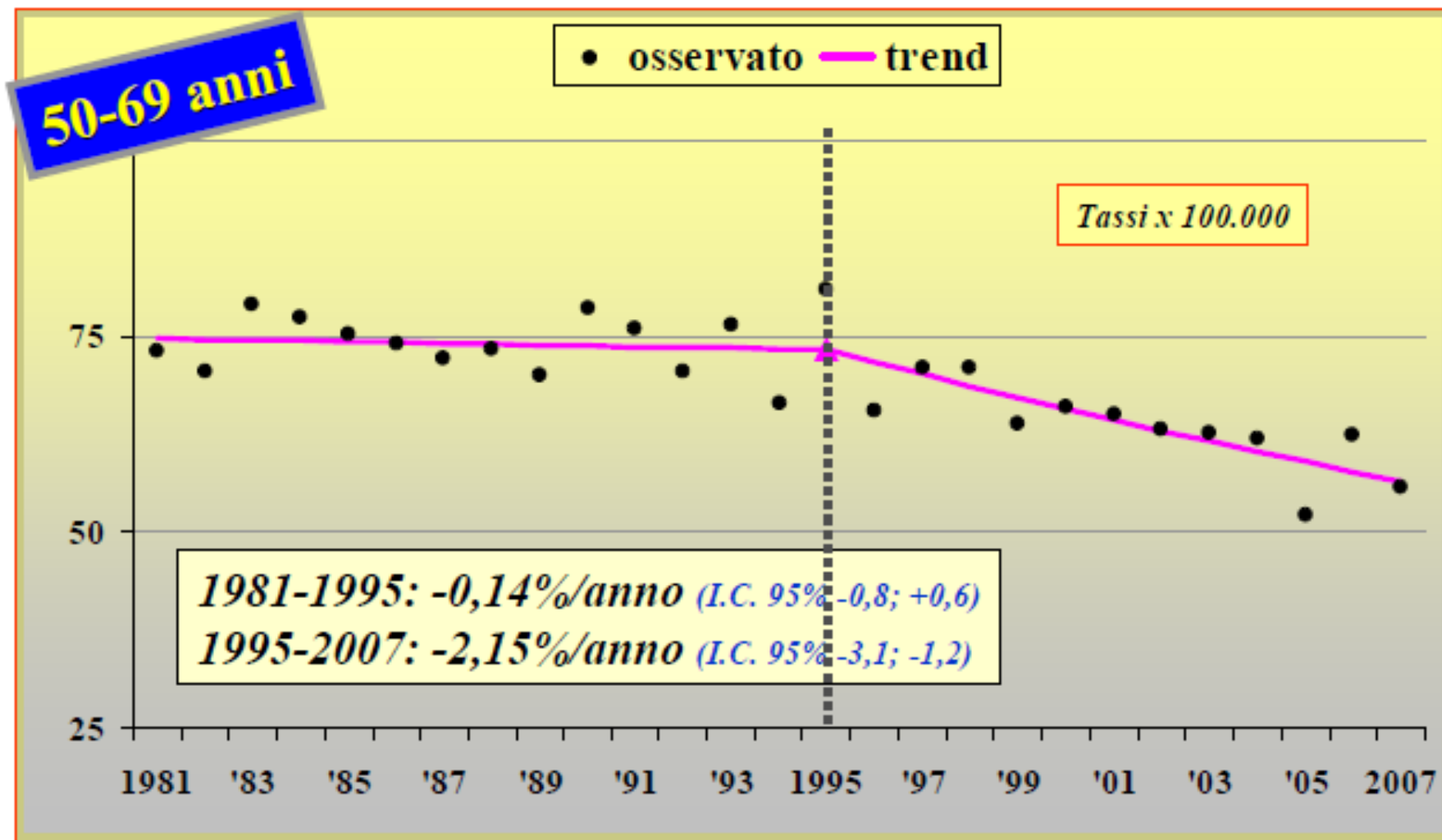
L'estensione dell'invito alle nuove fasce di età ha comportato notevoli sforzi organizzativi per i programmi di screening, che hanno aumentato il carico di lavoro di quasi il 50%. **45-49 anni – 70-74 anni**

I risultati sono comunque buoni, sia per quanto riguarda l'invio degli inviti che l'adesione, tenendo conto che una minore adesione nelle donne domiciliate è comunque attesa.

L'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) rileva ogni anno i dati di attività di tutti i programmi organizzati di screening attivi in Italia: complessivamente nell'anno 2011, ultimo dato disponibile, il 74% della popolazione target annuale di 50-69 anni era stata invitata (Emilia-Romagna 100%) e il 60% aveva risposto (68% Emilia-Romagna).

Mortalità per tumore della mammella età 50-69 (tassi per 100.000 donne): l'analisi evidenzia un trend temporale costante dal 1981 fino al 1995 e poi un trend in diminuzione fino al 2007

 Regione Emilia-Romagna



Fonte: Registro di mortalità della Regione Emilia-Romagna

EFFICACIA - EFFICIENZA dello SCREENING

Tumori maligni della mammella femminile
Emilia-Romagna anno 2007

incidenza	maschi	femmine
casi totali		3.671
tassi grezzi*		169,3
tassi st. ER '98*		167,9
tassi st. Europa*		121,5
rischio cum 0-74 aa**		95,1
mortalità		
	maschi	femmine
casi osservati		978
tassi grezzi*		45,1
tassi st. ER '98*		43,0
tassi st. Europa*		23,9
rischio cum 0-74 aa**		17,6
mortalità/incidenza***		26,6

*x 100.000 **x 1.000 ***x 100
Da: "I tumori in Emilia-Romagna -2007" S.Ferretti, A.C. Finarelli

2007-2008
SOPRAVVIVENZA 89%

L'incidenza è aumentata progressivamente dal 1995 al 1998, per un maggior ricorso alla diagnosi precoce e per effetto dello screening, in particolare gli anni 1995-1998 corrispondono all'attivazione dello screening che ha sicuramente incrementato il numero di tumori identificati a causa dell'anticipazione diagnostica, portando alla luce anche quelli che altrimenti sarebbero stati evidenziati in anni successivi, in stadio più avanzato. Dal '98 al 2007 si osserva un trend in diminuzione.

2. Prevalenza

Si stima che al primo gennaio 2006 il numero di donne viventi in Emilia-Romagna che hanno avuto negli anni precedenti una diagnosi di tumore della mammella sia 45.885, corrispondente a oltre 2 donne ogni 100 residenti.

3. Sopravvivenza

La sopravvivenza, già attestata su buoni livelli, è migliorata ulteriormente, tanto che in dieci anni in Emilia-Romagna è passata da 84 a 89% e questo significa che 88 donne con tumore della mammella su 100 sono vive dopo 5 anni. **Questo risultato è tra i migliori a livello europeo.** La media italiana, sempre a cinque anni, è di 83 per 100 (dato meno recente rispetto a quello regionale).

EUROPA

MONITORAGGIO E FORMAZIONE

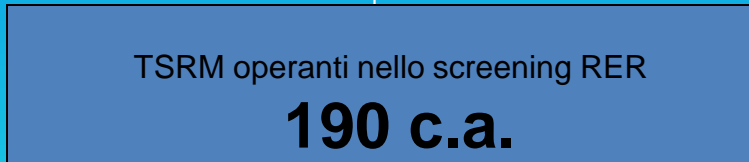
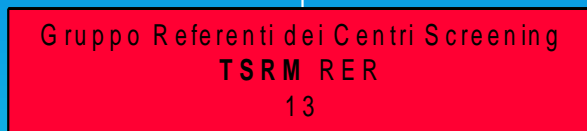
La partecipazione costante delle donne al programma di screening è fondamentale per identificare i tumori della mammella in uno stadio precoce e raggiungere così l'obiettivo di diminuire la mortalità per questo tumore. Come emerge dallo studio nazionale "Impatto"[^], in Emilia-Romagna partecipare al programma di screening effettuando la mammografia **riduce del 56% il rischio di mortalità** per i tumori della mammella (50-69 anni), un risultato superiore alla media nazionale che è **il 50%**.

L'attenzione delle donne dell'Emilia-Romagna alla prevenzione è documentabile anche attraverso il sistema di sorveglianza PASSI, che tutti gli anni intervista un campione di cittadini su diverse tematiche relative alla salute tra cui anche l'utilizzo della mammografia in assenza di sintomi. In particolare per il periodo 2010-2011 si è potuto stimare che l'86% delle donne di 50-69 anni della regione ha eseguito la mammografia negli ultimi due anni, mentre a livello nazionale il valore è del 70%.

La qualità del programma è costantemente monitorata in ogni sua fase: dall'invio degli inviti al rigoroso controllo e aggiornamento delle apparecchiature utilizzate, dalla lettura indipendente di ogni mammografia da parte di due radiologi, all'accompagnamento nel percorso di cura quando necessario. L'elevata competenza ed esperienza degli operatori sanitari coinvolti nel programma è garantita da **una formazione e aggiornamento specifici**, inoltre la maggior parte sono dedicati esclusivamente allo screening. Il buon livello raggiunto è probabilmente percepito anche dalle donne che partecipano, come dimostra l'alta adesione al programma, in particolare per le donne che hanno già aderito una prima volta. Eventuali criticità nel percorso, emerse dalle segnalazioni o dagli indicatori di qualità, vengono discussi nei seminari e in gruppi di lavoro specifici al fine di individuare le soluzioni più appropriate.

Rete integrata di servizi collocati all'interno di ciascuna delle 11 AUSL (relazionate alle 5 AO) in modo **multicentrico e partecipato**, organizzato con una serie di attività di supporto basate sui Gruppi di Lavoro: trattamento, citologia ed istologia, **nuove tecnologie, controlli di qualità e formazione.** → CRR

Gruppo di Lavoro TSRM RER



Qualità del Momento Radiologico :

Ottimizzazione ed omogeneizzazione
della indagine mammografica (LG Europee)

Site Visit:

monitoraggio della qualità e strumento di formazione continua in Mammografia.

Analisi di VARIABILI

- 1) Tecnologia
- 2) Tecnici Sanitari di Radiologia Medica (TSRM)
- 3) Controlli di Qualità (CQ)

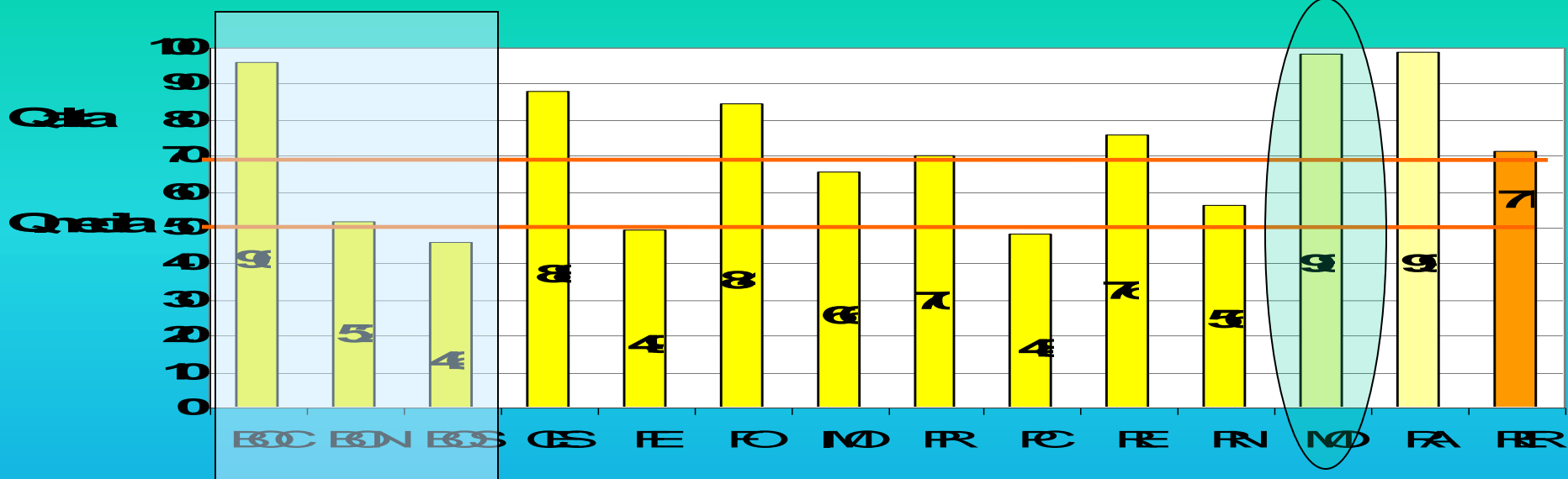
Centri (Programmi) visitati : 13 - 11

Unità Mammografiche : 56 – 70 c.a.

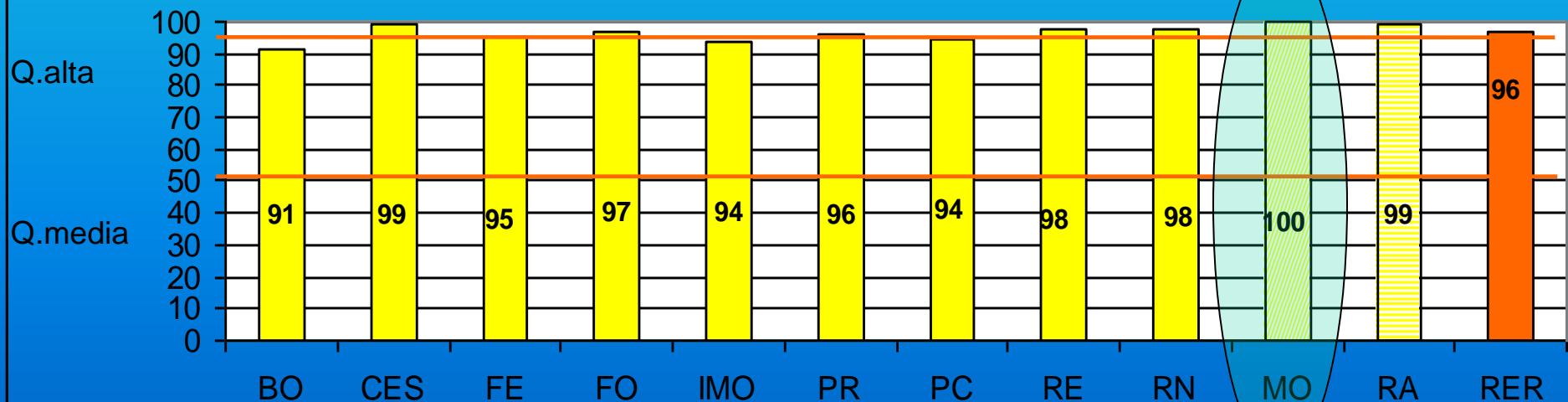
TSRM : 110 – 190 c.a.



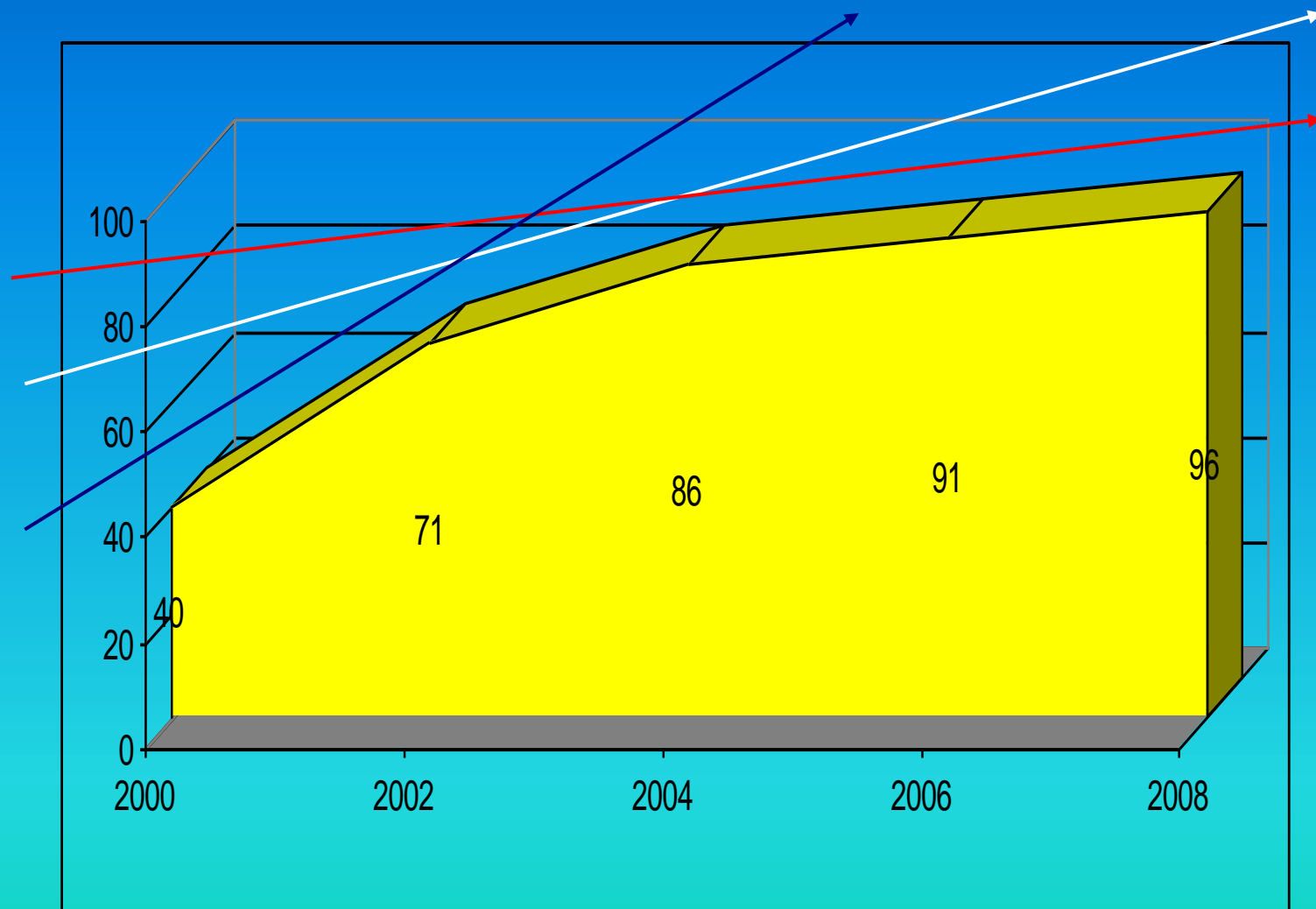
Qualità complessiva AS (%) 2007-2008



Qualità complessiva 2008



TREND RER Qualità 2000-2008

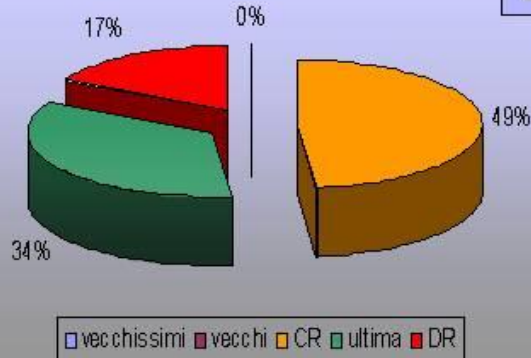


OTTIMIZZAZIONE

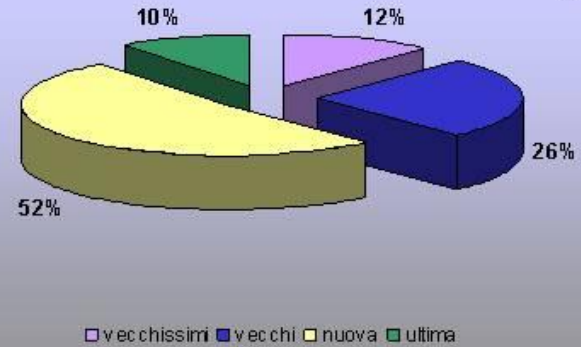
Evoluzione veloce digitale

66%

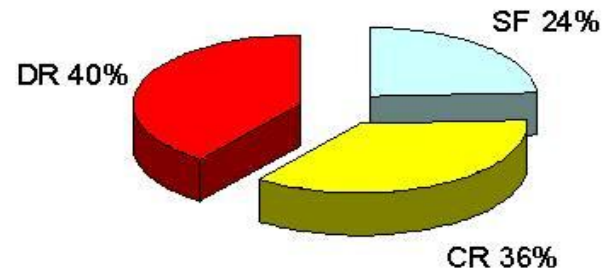
2008



2002



**Tecnologie
Screening Mammografico RER:
Aprile 2010**



Regione Emilia-Romagna

CTSRM Vania Galli

2013



100%



Health & Consumer Protection
Directorate-General

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



Editors

N. Perry
M. Broeders
C. de Wolf
S. Törnberg
R. Holland
L. von Karsa

Technical editor

E. Puthaar

SCHEDA Audit 2011-2012

FORMAZIONE TSRM
Screening Mammografico Regione Emilia-Romagna

DATA		PROGRAMMA DI SCREENING MAMMOGRAFICO																	
Apparecchiatura (CR/DR)***		Sede																	
valutazione	ID PAZIENTE	LATO CC	Dimensione**	Caprezzo in asse	Simmetria ghiandolare	Visione completa Mammella	Assenza di pieghe	Assenza di artefatti	Qualità fotografica	LATO M.O.	Caprezzo in asse	Simmetria Ghiandolare	Visione completa Mammella	Assenza di pieghe	Assenza di artefatti	Qualità fotografica	Miscelo pettorale visibile fino al livello del capezzolo	Visualizzazione angolo sottomammario	
P	ID	DX	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	DX	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
		SN	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SN	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
P	ID	DX	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	DX	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
		SN	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SN	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
P	ID	DX	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	DX	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
		SN	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SN	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
B	ID	DX	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	DX	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI
		SN	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SN	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
B	ID	DX	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	DX	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
		SN	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SN	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO

CPS CTRM VANIA GALLI CO-RESPONSABILE REGIONALE
Gruppo Coordinamento TSRM Screening Mammografico RER

REFERENTE TSRM SCREENING MAMMOGRAFICO

GRUPPO VALUTATORI TSRM :
TSRM RITA BISOGNIN Referente Risk Management Dip. Oncologico Ausl Bologna
TSRM DANIELE DE METRIO Referente Responsabile Qualità d'immagine e C.Q. Ausl Ferrara

Bologna,li

SCHEDA Audit 2013-2014

DATA		TSRM										PROGRAMMA DI SCREENING MAMMOGRAFICO												
ID PAZIENTE		Sede										Sede												
DATA	PAZIENTE	LATO CC	Caprezzo in asse A	Visione completa Mammella D	Simmetria Ghiandolare C	MANCATA DIMOSTRAZIONE SPAZIO RETRO MAMMARIO BI	Artefatti H	Artefatti L	Artefatti M-N	Qualità Fotografica F	Qualità Fotografica G	LATO M.O.	Caprezzo in asse A	Visione completa Mammella D	Simmetria Ghiandolare C	Artefatti H	Artefatti L	Artefatti M-N	Qualità Fotografica F	Qualità Fotografica G	MUSCOLO PETTORALE DISTESO E VISIBILE FINO AL LIVELLO DEL CAPEZZOLO B	VISUALIZZAZIONE ANGOLO SOTTOMAMMARIO D	VALUTAZIONE	Indagato
ID	ID	DX	1	1	1	1	1	1	1	1	1	DX	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
		SN	1	1	1	1	1	1	1	1	1	SN	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,00
ID	ID	DX	1	1	1	1	1	1	1	1	1	DX	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
		SN	1	1	1	1	1	1	1	1	1	SN	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,00
ID	ID	DX	1	1	1	1	1	1	1	1	1	DX	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
		SN	1	1	1	1	1	1	1	1	1	SN	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,00
ID	ID	DX	1	1	1	1	1	1	1	1	1	DX	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
		SN	1	1	1	1	1	1	1	1	1	SN	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,00
ID	ID	DX	1	1	1	1	1	1	1	1	1	DX	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
		SN	1	1	1	1	1	1	1	1	1	SN	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,00
		A D C B1 H LMN F G										A D C H LMN F G B E												

CRITERI DI INADEGUATEZZA

1) ERRORI DI POSIZIONAMENTO

MLO

CC

- A) MUSCOLO PETTORALE NON BEN RAPPRESENTATO
- B) CAPEZZOLO NON IN ASSE
- C) SOLCO SOTTOMAMMARIO NON RAPPRESENTATO

- A) MANCATA DIMOSTRAZIONE SPAZIO RETRO MAMMARIO
- B) CAPEZZOLO NON IN ASSE
- C) CORPO GHIANDOLARE NON AL CENTRO DEL RADIOGRAMMA

2) QUALITA' FOTOGRAFICA (AEC/compressione/omogeneità)

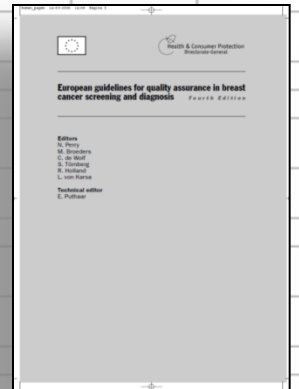
- A) COMPRESSIONE (movimento/omogeneità etc.)
- B) AEC (sistemi CR)
- C) ALTRO (errore processing etc)

3) ARTEFATTI DA POSIZIONAMENTO (spalla, naso, pieghe etc)

4) ALTRI PROBLEMI

- A) SCHERMI (GHOST,RIGATURE etc.)
- B) CASSETTE (POLVERE, GRAFFI etc.)

Solo per i sistemi CR
Solo per i sistemi CR

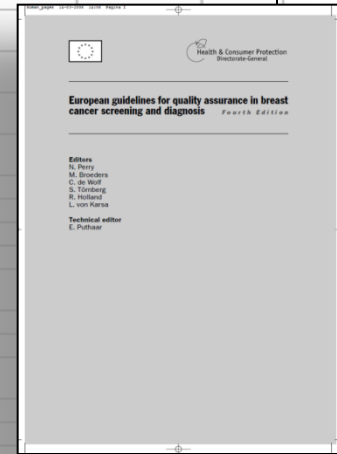


GLI ESAMI COSI VALUTATI VENGONO CLASSIFICATI:

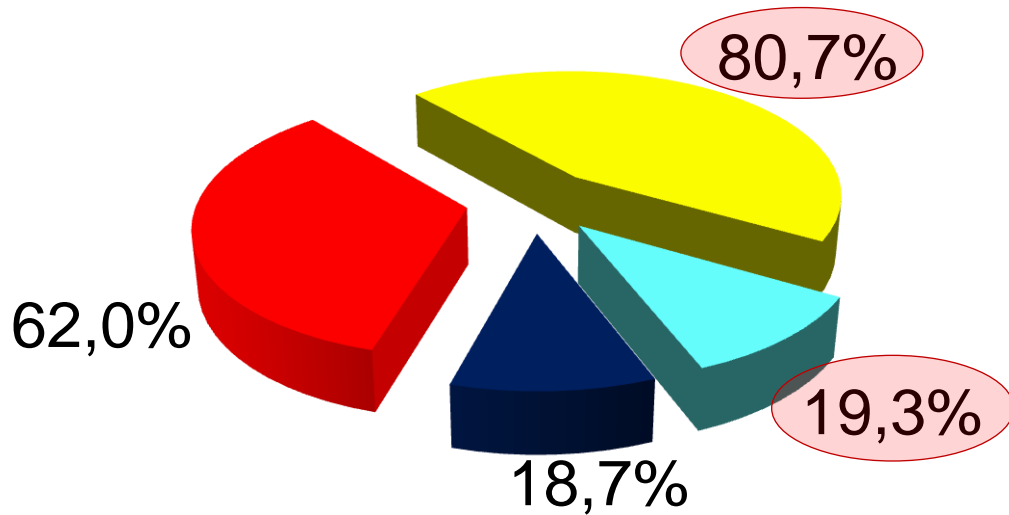
- P = ESAME PERFETTO**
(TUTTI I RADIOGRAMMI RISPONDONO AI CRITERI DI BUONA VALUTAZIONE)
- B = ESAME BUONO**
(UN'IMMAGINE E' LIEVEMENTE FUORI DAI PARAMETRI DI CORRETTEZZA)
- M = ESAME MEDIOCRE**
(MA ACCETTABILE PER SCOPI DIAGNOSTICI)
- I = IMMAGINE INADEGUATA**
(ESAME DA RIPETERE)

Indicatori PERFORMANCE

PERCENTUALI RACCOMANDATE	
I	< 3%
P+B	> 85%
P+B+M	> 97%



PERCENTUALI ANALIZZATE I <3% M <12% O+P+B >85% O+P+M+B >97%

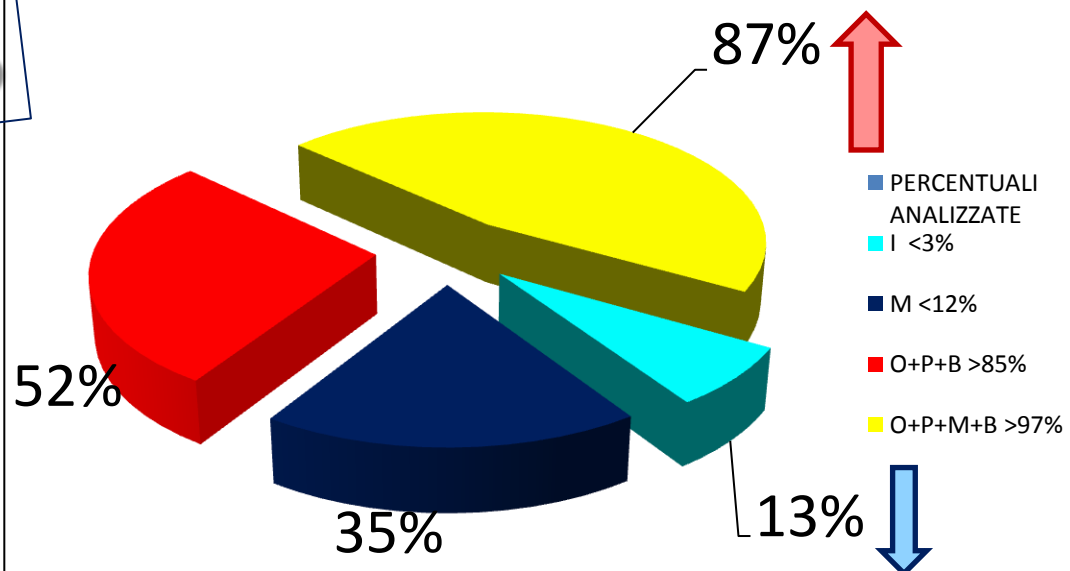


2012

ESAMI VALUTATI MX		
910		
	N.	%
P	72	7,9%
O	173	19,0%
B	319	35,1%
M	170	18,7%
I	176	19,3%
O+P+B	564	62,0%
O+P+M+B	734	80,7%
MX DA RIPETERE	176	19,3%

2013

ESAMI VALUTATI MX		
945		
	N.	%
P	30	3%
O	144	15%
B	317	34%
M	327	35%
I	127	13%
O+P+B	491	52%
O+P+M+B	818	87%
MX DA RIPETERE	127	13%



Vi sono prove che il rischio di tumore della mammella sia associato a occupazioni di rango elevato quali quelle professionali, manageriali e accademiche

Un recente studio statunitense ipotizza che il principale fattore che media la relazione tra occupazione e aumentato rischio di tumore della mammella sia

lo stress psicosociale

nelle donne impegnate con lavori di alta responsabilità in contesti caratterizzati da disegualianze di genere.

Lo studio ha adottato un approccio *life-course* per indagare in una coorte di 5.326 donne del Wisconsin, nel periodo 1957-2011, gli effetti della storia lavorativa e dell'esposizione agli estrogeni sull'incidenza del tumore della mammella.

Le donne con **un'occupazione professionale** sono risultate avere un rischio aumentato del

72% di aver diagnosticato un tumore della mammella rispetto alle donne casalinghe e quelle

con lavoro **manageriale** un rischio aumentato del **57%.**

PudrovskaT, CarrD, McFarlandM, CollinsC. Higher-status occupations and breast cancer: A life-course stress approach. Social Science & Medicine 2013

È noto che lo stress psicosociale cronico attiva la produzione di ormoni glucocorticoidi dalla corteccia surrenale (**il cortisolo**) in grado, attraverso i recettori di cui è ricco il tessuto mammario, di stimolarne la proliferazione cellulare e aumentare il rischio di trasformazione maligna.

Negli anni '50 e '60 le donne più istruite si rivolgevano per tradizione a lavori considerati appropriati al genere, come quelli di **insegnante o infermiera** – occupazioni professionali di cura alla persona che comportano elevato coinvolgimento personale e generano stress.



Consegna
Dei diplomi
Alle neo
Infermiere
Anni 60





Health Professions Stress and Coping Scale (HPSCS)

Questionario autovalutativo, self-report sviluppato per la valutazione dello stress percepito e l'utilizzo del coping in ambito sanitario..

PROPONE 19 SITUAZIONI LAVORATIVE POTENZIALMENTE STRESSANTI IN AMBITO SANITARIO..

- Le situazioni sono state scelte dalla letteratura e da incontri svolti con operatori sanitari..
- Le situazioni contengono i potenziali stressor

Dott. Gioele Santucci

HPSCS – Health Professions Stress and Coping Scale

Chiara A. Ripamonti, Patrizio Steca, Antonio Prunas

FOGLIO PER LE RISPOSTE

Modulo scoring online

Data di compilazione _____ Nome e cognome _____
 Codice _____ Et  (in anni compiuti) _____ Sesso: M F

Istruzione (indicare il pi  alto livello conseguito):
 Diploma di scuola professionale
 Diploma di scuola superiore (licei)
 Diploma di scuola superiore (istituti tecnici)
 Diploma universitario, laurea breve
 Laurea e oltre (settore umanistico)
 Laurea e oltre (settore scientifico)

Ruolo:
 Caposala Infermiere Infermiere generico Altro (specificare _____)
 Reparto ospedaliero in cui opera _____
 Ospedale _____ Azienda ospedaliera _____
 Anzianit  di servizio (in anni) _____ Anzianit  di servizio nel reparto attuale (in anni) _____
 Numero medio di ore settimanali di lavoro all'interno del reparto _____

Attenzione: Chi fotocopia i test commette un reato! Questo libretto   protetto dalle leggi vigenti, internazionali e italiane, sul diritto d'autore e quindi non   in alcun modo riproducibile senza l'esplicita autorizzazione dell'Editore. I trasgressori possono incorrere nelle sanzioni civili e penali previste (leggi 633/41 e 43/2005).

0 = Per nulla		1 = Poco		2 = Abbastanza		3 = Molto	
1. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	4. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	7. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	10. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	13. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	16. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	19. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	
1A. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	4A. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	7A. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	10A. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	13A. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	16A. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	19A. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	
1B. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	4B. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	7B. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	10B. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	13B. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	16B. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	19B. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	
1C. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	4C. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	7C. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	10C. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	13C. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	16C. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	19C. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	
1D. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	4D. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	7D. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	10D. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	13D. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	16D. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	19D. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	
2. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	5. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	8. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	11. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	14. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	17. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3		
2A. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	5A. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	8A. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	11A. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	14A. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	17A. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3		
2B. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	5B. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	8B. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	11B. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	14B. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	17B. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3		
2C. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	5C. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	8C. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	11C. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	14C. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	17C. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3		
2D. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	5D. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	8D. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	11D. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	14D. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	17D. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3		
3. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	6. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	9. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	12. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	15. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	18. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3		
3A. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	6A. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	9A. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	12A. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	15A. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	18A. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3		
3B. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	6B. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	9B. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	12B. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	15B. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	18B. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3		
3C. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	6C. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	9C. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	12C. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	15C. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	18C. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3		
3D. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	6D. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	9D. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	12D. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	15D. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	18D. <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3		

PERCHE'?...CCC

 Regione Emilia-Romagna

ESPERIENZE DA:

CONDIVIDERE

PER POTERSI:

CONFRONTARE

PER POTER:

COSTRUIRE



SCREENING MAMMOGRAFICO - PROSPETTIVE future

Equità, monitoraggio del processo, valutazione dell'impatto, formazione, ricerca continua, *quality assurance* e *comunicazione efficace* sono i criteri su cui tutti programmi di screening organizzato della mammella sono chiamati, e tenuti, a confrontarsi.

La scelta se accettare l'invito è **individuale**, ma la sanità pubblica italiana si è assunta la responsabilità di sostenere i programmi di screening e di promuovere la loro diffusione (infatti, lo screening mammografico è incluso tra i Livelli Essenziali di Assistenza **LEA** del sistema sanitario nazionale ed è quindi offerto gratuitamente alle donne, in accordo con le linee guida regionali).

Interrompere lo screening mammografico

significherebbe quindi interrompere

**un intervento efficace di sanità pubblica
offerto alle donne**

con rigorosi controlli di qualità, in grado di incidere sulle diseguaglianze nella salute e di contenere gli effetti negativi.



Screening mammografico: conoscenza scientifica, controversie e incertezze.
La comunicazione per una decisione consapevole

Torino, 25 Settembre 2013

LA DICHIARAZIONE GISMA-ONS

La dimensione nazionale e internazionale per lo screening mammografico.

La riflessione che proponiamo con questo documento si articolerà in una proposta di incontri e discussioni rivolta agli interessati nel nostro Paese, ma aspira a **mantenere l'attenzione anche al contesto europeo, nel quale l'iniziativa degli screening oncologici si è particolarmente sviluppata.**

Vorremmo quindi proporre questo tema come uno di quelli qualificanti dell'agenda per il prossimo semestre di **Presidenza europea dell'Italia.**

Infatti, la caratteristica comune ai sistemi sanitari dei Paesi che hanno realizzato i programmi di screening è stata quella di avere un sistema universalistico di protezione della salute e di essere capaci di promuovere azioni di popolazione in sanità pubblica efficaci e attente al rapporto benefici/effetti negativi e ai costi economici e sociali degli interventi sanitari. In questa prospettiva lo screening mammografico di popolazione è un **esempio di buona pratica** per un servizio sanitario universalistico capace di rispondere in maniera appropriata e razionale al **bisogno di salute.**



Screening mammografico: conoscenza scientifica, controversie e incertezze.
La comunicazione per una decisione consapevole

Torino, 25 Settembre 2013

LA DICHIARAZIONE GISMA-ONS

Mammographic screening programmes in Europe: organization, coverage and participation.

Giordano L, von Karsa L, Tomatis M. Mammographic screening programmes in Europe: organization, coverage and participation. J Med Screen **2012**;19 Suppl1:72–82



The total population targeted by the screening programme services covered in the report comprised **26.9 million women**

PARTICIPATION

The average participation rate across all programmes was **53.4%**

Thirteen (**13**) of the **26 programmes** achieved the **European Union** benchmark of acceptable participation **>70%**

Nine (**9**) achieved the desirable level **>75%**.

ITALIA 50%

INVITATION - COVERAGE

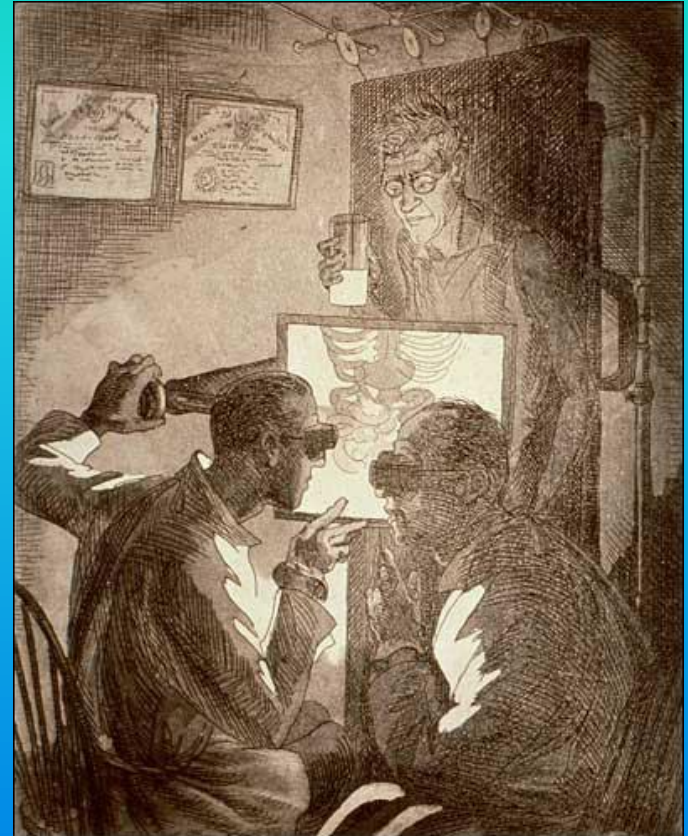
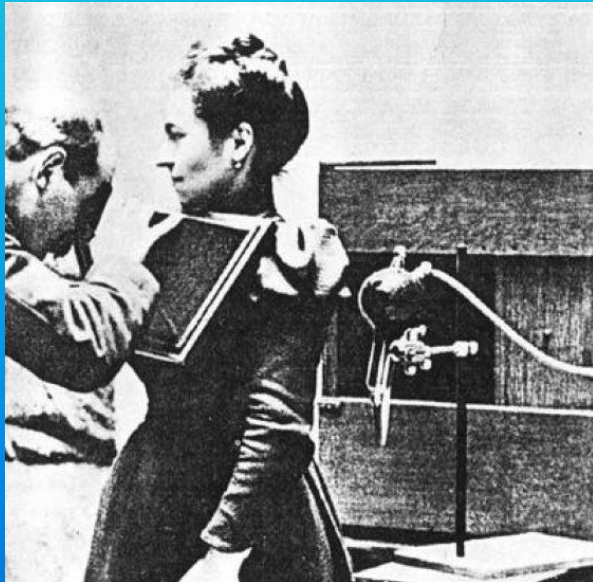
Despite considerable invitation coverage across all programmes **79.3%**

only **48.2%** of the target population were actually screened.

The overall invitation excluding Poland was 70.9%
and examination coverage 50.3%

Ancora tanto da fare e **GRANDE IMPEGNO...**

TSRM : che **stress** ESSERE professione
d'impegno.....d'ingegno !!!



Per cui.....ATTENZIONE a tutto, in particolare

al confronto per la crescita comune

Soprattutto GRAZIE DELLA VS di attenzione!