



A che
punto è il
dibattito
nazionale?

Livia Giordano



2012

Bologna

Palazzo Re Enzo

gis
ma
gruppoitaliano screening
mammografico

CONVEGNO NAZIONALE GISMa 2012

12-13 settembre



senologia 2012

13-14 settembre

mercoledì 12 settembre

CONVEGNO NAZIONALE GISMa 2012

- 09.30 Registrazione partecipanti
10.00 Riscrivere il corpo. Le donne e la fotografia *F. Muzzarelli*
- I sessione - I dati quantitativi (Survey GISMa e SQTM)**
Chairman: *P. Giorgi Rossi*
- 10.20 I dati della survey annuale *D. Giorgi*
10.35 I dati della survey SQTM *M. Taffurelli*
10.50 Posters e news in pillola *E. Anghinoni*
11.05 Discussione e sintesi finale *M. Pellegrini*
- II sessione - Le donne tra 45-49 anni**
Chairmen: *V. Marra, P. Bravetti*
- 11.20 Service screening in Sweden for women 45-49 years:
background, justification and results *H. Jansson*
11.50 I dati dell'Emilia Romagna *P. Sassoli de Bianchi*
12.05 I dati del Piemonte *A. Ponti*
12.20 Discussione e sintesi finale *M. Zappa*
12.30 Gruppi di lavoro
13.00 Lunch
- III sessione - Hic sunt patologi**
Chairman: *F. Pietrini*
- 14.00 Biopsia a cavaliere: B3 *P. Querzoli*
14.20 Triplici negativi *L. Castellano*
14.40 Posters e news in pillola *S. Guzzetti*
14.55 Discussione e sintesi finale *D. Santini*
- IV sessione - Come ci vedono gli altri**
Chairmen: *L. Giordano, G. Saguati*
- 15.10 Tavola rotonda
Partecipano: *L. Cataliotti, P. Panizza, G.M. Giuseppetti, E. Benelli, P. Bruzzi*
- 16.20 Relazione dei gruppi di lavoro
17.00 Assemblea GISMa
20.30 Cena sociale GISMa

giovedì 13 settembre

V sessione - Nuovi indicatori per nuove indicazioni nel trattamento dell'ascella

- Chairman: *M. Taffurelli*
- 09.00 Il punto sulla linea guida e i documenti di consenso *D. Terribile*
09.20 Analisi critica dello Z1s *M. Fusari*
09.40 Posters e news in pillola *M. Bortolini*
09.55 Discussione e sintesi finale *M.P. Mano*
10.10 Premiazione miglior poster alla memoria di Vito Distanto
10.30 Coffee break

VI sessione - I nuovi assetti organizzativi dello screening in tempo di crisi

- Chairmen: *A. Fedaric, C. Naldoni*
- 10.50 I costi dello screening *G. Lippi*
11.10 Il rapporto tra screening organizzato e spontaneo *A. Frigerio*
11.30 Le fasce deboli *C. Cogo*
11.50 Posters e news in pillola *C. Naldoni*
12.05 Discussione e sintesi finale *P. Giorgi Rossi*
12.20 *Il grande freddo*
12.30 Chiusura del Convegno GISMa e compilazione questionari ECM

14.00 Apertura del Convegno SENOLOGIA 2012

Francesca Woodman, il mistero della normalità *F. Muzzarelli*

VII sessione - Dalla prevenzione primaria allo screening personalizzato

- Chairmen: *L. Giordano, R. D'Annunzio*
- 14.20 La densità radiologica *P. Panizza*
14.40 Rischio eredo-familiare *L. Corresi*
15.00 La terapia ormonale *N. Biglia*
15.20 Bili di vita *G. Masala*
15.40 Lo studio Abruzzo *E. Paci*
16.00 Discussione e sintesi finale *N. Segnan*

VIII sessione - Perseguendo la qualità

- Chairmen: *A. Federici, M. Annicchiarico*
- 16.20 Le site visits dell'ONB *P. Manfellini*
16.40 La certificazione del FDPA di Bologna *G. Frezza*
17.00 Accredimento RER dello screening mammografico *C. Naldoni*
17.20 EUSOMA e seno network *L. Cavallosi*
17.40 Discussione e sintesi finale *M. Rosselli del Turco*

venerdì 14 settembre

senologia 2012

09.00 **Giuglielmo Marconi: la leggenda,
la verità storica, l'eredità scientifica** *G. Falcinsecca*

IX sessione - RM mammaria: quali novità?

- Chairmen: *P. Panizza, E. Ossu*
- 09.30 I mezzi di contrasto possono fare la differenza? *F. Pediconi*
09.50 Nuove indicazioni alla RM mammaria *V. Londero*
10.10 RM mammaria senza MDC:
il vecchio (T1 e T2) e il nuovo (DWI) *L. Marrinich*
10.30 Lavori in corso *F. Sardaneli*
10.50 Discussione
11.00 Coffee break

X sessione - La biopsia vacuum assisted con sonde ad ampio calibro

- Chairmen: *M.C. Cecchi, G. Saguati*
- 11.20 Il parere del radiologo *E. Cassano*
11.40 Il parere del patologo *S. Bianchi*
12.00 Il parere del chirurgo *J. Günster*
12.20 BLES intact, un nuovo sistema escissionale *M. Albiro*
12.40 Discussione
13.00 Lunch


XI sessione - La tomosintesi

- Chairman: *P. Panizza*
- 14.00 Intro *G. Saguati*
14.20 La dose in tomosintesi *M. Calabrese*
14.40 Gli studi italiani di validazione: work in progress *D. Bernardi*
15.00 Come cambia la semiotica mammografica *E. Casmo*
15.20 Discussione e sintesi finale *A. Frigerio*

XII sessione - La chirurgia plastica della mammella

- Chairmen: *M. Taffurelli, A. Frigerio*
- 15.40 Lo stato dell'arte *M. Nava*
16.10 Imaging diagnostico *G. Scoperrona, S. Monsemmezzi*
16.40 Chiusura del Convegno Senologia 2012
e compilazione questionari ECM



- 
- 1. Balance harms benefits (overdiagnosis)**
 - 2. Lo screening personalizzato**
 - 3. La tomosintesi**
 - 4. Le breast units e senonetwork**
 - 5. Lo screening nelle donne tra i 45- 49 anni**

The benefits and harms of breast cancer screening



e il dibattito continua.....



**VII sessione - Dalla prevenzione primaria
allo screening personalizzato**

Chairmen: L. Giordano, R. D'Amico

- 14.30 La densità radiologica
- 14.40 Rischio eredo-familiale
- 15.00 La terapia ormonale
- 15.30 Stili di vita
- 15.40 Lo studio Abruzzo
- 16.00 Discussione e sintesi finale

Lo screening personalizzato e la prevenzione primaria

Lo screening personalizzato

One size fits all



Tailored screening

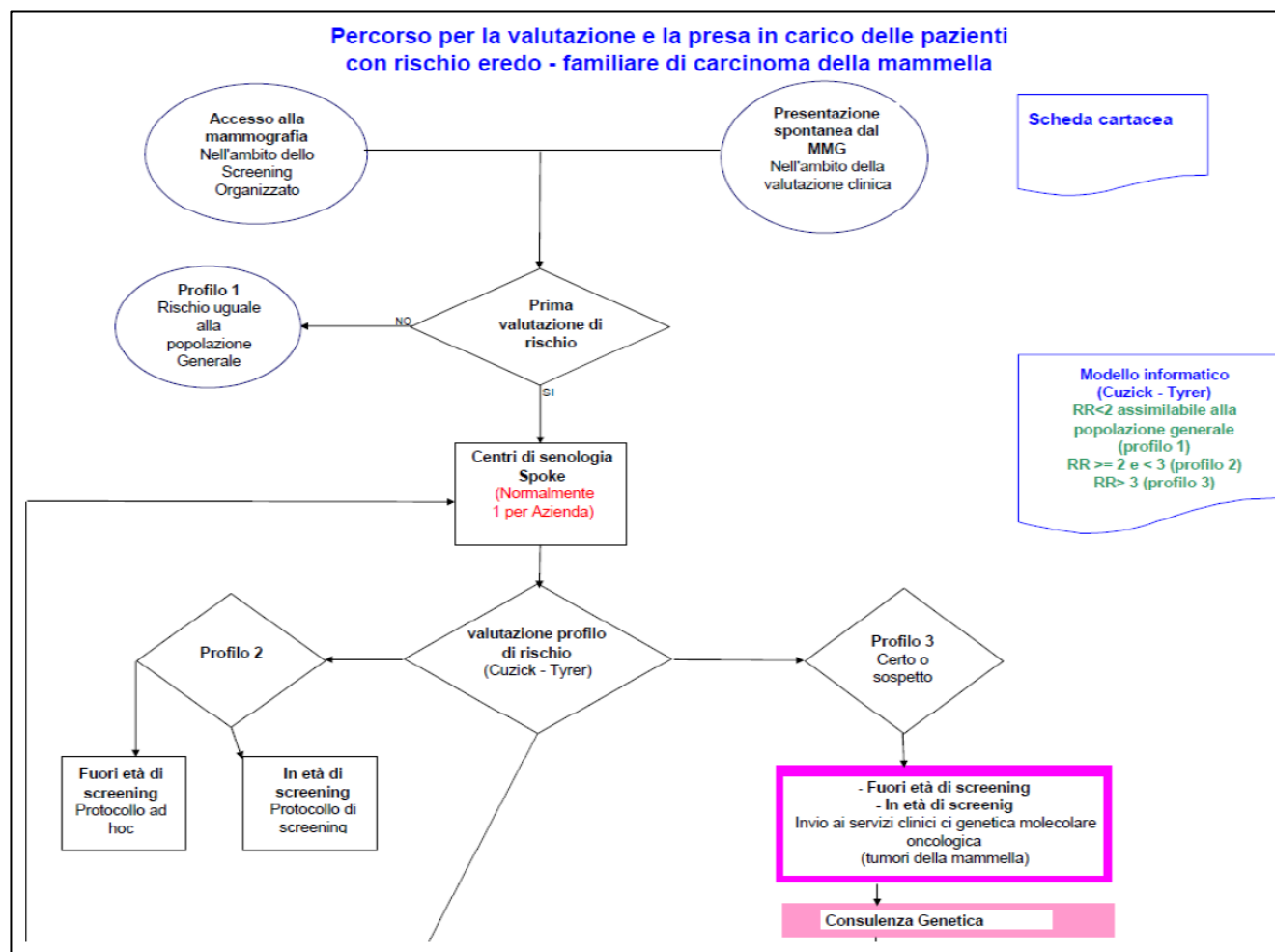
Risk factors



- Age
- Breast density
- Family history
- Benign breast lesion
- Previous malignant lesion
- BMI

le donne con rischio eredo-familiare

l'esperienza dell'Emilia Romagna



QUALE RUOLO PER LA DENSITA'?

ORIGINAL RESEARCH

Annals of Internal Medicine

Personalizing Mammography by Breast Density and Other Risk Factors for Breast Cancer: Analysis of Health Benefits and Cost-Effectiveness

John T. Schousboe, MD, PhD; Karla Kerlikowske, MD, MS; Andrew Loh, BA; and Steven R. Cummings, MD

Prevention of Breast Cancer in Postmenopausal Women: Approaches to Estimating and Reducing Risk

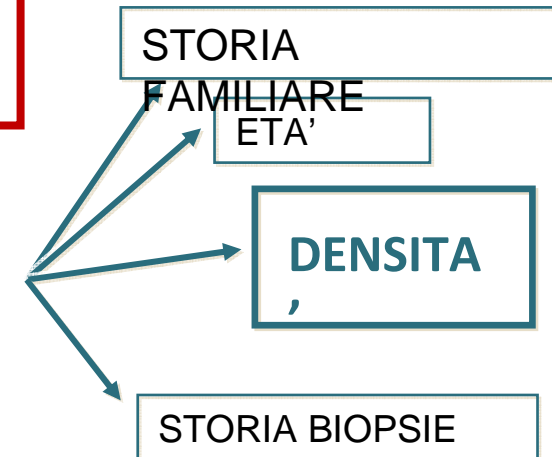
Steven R. Cummings, Jeffrey A. Tice, Scott Bauer, Warren S. Browner, Jack Cuzick, Elad Ziv, Victor Vogel, John Shepherd, Celine Vachon, Rebecca Smith-Bindman, Karla Kerlikowske

Review

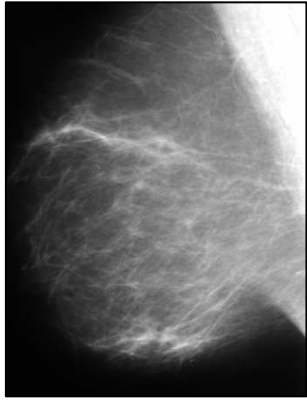
Journal of INTERNAL MEDICINE

doi: 10.1111/j.1365-2796.2012.02525.x

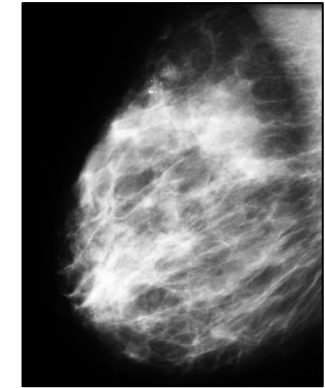
Prevention of breast cancer in the context of a national breast screening programme



Densità mammografica



Bassa densità mammografica



Elevata densità mammografica

■ **indicatore di rischio per t. mammella anche dopo aggiustamento per fattori di rischio noti**

■ **influenzata da fattori che a loro volta sono fattori di rischio/protettivi per il tumore**

■ **modificabile**



Potenziale variabile surrogato per studiare l'effetto di diversi tipi di interventi di prevenzione per il tumore del seno

☞ **Informazione potenzialmente disponibile per un elevato numero di donne (partecipanti ai programmi di screening)**

TBST trial

**Tailored Breast Screening in donne di 45-49 anni:
uno studio randomizzato
di popolazione e di non-inferiorità**

Eugenio Paci

Epidemiologia Clinica e Descrittiva



ISTITUTO PER LO STUDIO
E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA

TBST

- E' finalizzato alla valutazione di strategie di screening **“tailored”**, cioè che tengano conto delle caratteristiche individuali della donna per quanto riguarda la sensibilità della mammografia e il rischio di sviluppare un carcinoma mammario ed è rivolto alle donne in presumibile età pre-menopausale .
- Costruisce un setting controllato e randomizzato di valutazione che modula la offerta di screening in un mix di offerta di pratiche che sono già utilizzate nella pratica

TBST (tailored breast screening trial)

- Scopo è il contenimento dei possibili effetti collaterali negativi dell'intervento di screening (sovradiagnosi, falsi positivi) attraverso la riduzione del numero dei test offerti nell'arco di sei anni (45-50) cioè fino all'inserimento della donna al suo 50esimo anno di età nel percorso di *usual care* dello screening mammografico
- Il setting randomizzato è una opportunità per realizzare valutazioni del rischio individuale (stili di vita, familiarità) e per l'avvio di interventi in gruppi definibili ad alto rischio (seno denso e /o eredo-familiarità)

ELENCO DEI CENTRI PARTECIPANTI

-Studio Abruzzo

□ **TOSCANA**

- Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica, Firenze (centro coordinatore)

□ **LAZIO**

- Azienda ASL ROMA D, Roma

□ **VENETO**

- I.R.C.S.S. Istituto oncologico veneto, Padova
- Centro organizzativo screening, ULSS 4, Thiene (VI)
- Organizzazione Screening Oncologici, ULSS 13 Dolo Mirano (VE)

□ **LOMBARDIA**

- Servizio di Epidemiologia, ASL di Milano
- I.R.C.C.S. Fondazione Policlinico, Regina Elena, Mangiagalli, Milano
- I.R.C.C.S. Istituto Auxologico, Milano

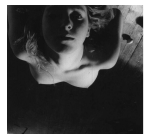
□ **EMILIA-ROMAGNA**

- AUSL Forlì, Forlì
- Irst Meldola, Forlì
- Ospedale Maggiore, AUSL Bologna, Bologna

Prevenzione primaria

La maggior parte dei fattori conosciuti che modulano il rischio di tumore della mammella (**familiarità, aspetti legati alla storia riproduttiva e personale**) appaiono del tutto o sostanzialmente **non modificabili**.

La ricerca epidemiologica ha però identificato fattori legati all'**alimentazione e allo stile di vita** che appaiono **potenzialmente modificabili**, rendendo quindi possibili interventi di prevenzione primaria anche per questo tumore.



Risk Factor Modification and Projections of Absolute Breast Cancer Risk

Elisabetta Petracci, Adriano Decarli, Catherine Schairer, Ruth M. Pfeiffer, David Pee, Giovanna Masala, Domenico Palli, Mitchell H. Gail

Manuscript received July 22, 2010; revised March 8, 2011; accepted March 9, 2011.

Correspondence to: Elisabetta Petracci, PhD, National Cancer Institute, 6120 Executive Plaza South, EPS 8049, Bethesda, MD 20892-7244 (e-mail: elisabetta.petracci@gmail.com) or Mitchell H. Gail, MD, PhD, National Cancer Institute, 6120 Executive Plaza South, EPS 8032, Bethesda, MD 20892-7244 (e-mail: gailm@mail.nih.gov).

- Background** Although modifiable risk factors have been included in previous models that estimate or project breast cancer risk, there remains a need to estimate the effects of changes in modifiable risk factors on the absolute risk of breast cancer.
- Methods** Using data from a case-control study of women in Italy (2569 case patients and 2588 control subjects studied from June 1, 1991, to April 1, 1994) and incidence and mortality data from the Florence Registries, we developed a model to predict the absolute risk of breast cancer that included five non-modifiable risk factors (reproductive characteristics, education, occupational activity, family history, and biopsy history) and three modifiable risk factors (alcohol consumption, leisure physical activity, and body mass index). The model was validated using independent data, and the percent risk reduction was calculated in high-risk subgroups identified by use of the Lorenz curve.
- Results** The model was reasonably well calibrated (ratio of expected to observed cancers = 1.10, 95% confidence interval [CI] = 0.96 to 1.26), but the discriminatory accuracy was modest. The absolute risk reduction from exposure modifications was nearly proportional to the risk before modifying the risk factors and increased with age and risk projection time span. Mean 20-year reductions in absolute risk among women aged 65 years were 1.6% (95% CI = 0.9% to 2.3%) in the entire population, 3.2% (95% CI = 1.8% to 4.8%) among women with a positive family history of breast cancer, and 4.1% (95% CI = 2.5% to 6.8%) among women who accounted for the highest 10% of the total population risk, as determined from the Lorenz curve.
- Conclusions** These data give perspective on the potential reductions in absolute breast cancer risk from preventative strategies based on lifestyle changes. Our methods are also useful for calculating sample sizes required for trials to test lifestyle interventions.

J Natl Cancer Inst 2011;103:1037-1048

STUDIO DAMA



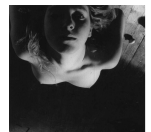
- Trial randomizzato per valutare l'efficacia di un **intervento strutturato della durata di 24 mesi basato sull'aumento dell'esercizio fisico di moderata intensità e/o specifiche modifiche dietetiche coerenti con le più recenti raccomandazioni internazionali (WCRF 2007) nel ridurre la densità mammografica** in donne in postmenopausa (50-69 anni) a rischio aumentato (MBD >50% definita alla mammografia di screening).

- Le partecipanti vengono assegnate casualmente ad uno dei seguenti gruppi:
 - 1 : **Intervento alimentare dieta basata principalmente su alimenti di origine vegetale, a basso indice glicemico e ricca in fibre, sostanze antiossidanti e povera di acidi grassi saturi e acidi grassi "trans", con ridotti consumi di bevande alcoliche**

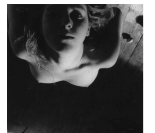
 - 2 : **Intervento attività fisica almeno un'ora al giorno di attività moderata (es camminare a passo spedito, biciclette associata ad un'ora di palestra settimanale condotta da personale dello studio**

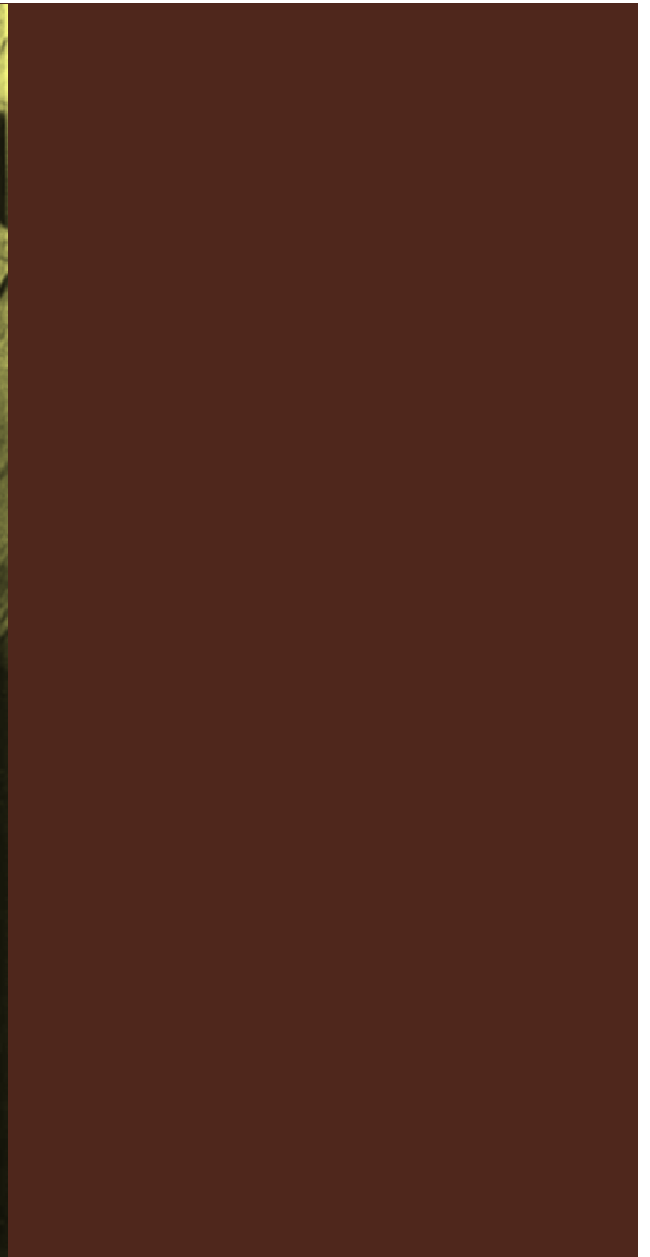
 - 3: **Intervento alimentare e attività fisica (1+2)**

 - 4: **informazioni generali su una sana alimentazione e corretti modelli di attività fisica (WCRF 2007 guidelines)**



- **Studio pilota di valutazione di interventi di prevenzione primaria nella popolazione invitata nei programmi di screening mammografico e coloretale**





LA TOMOSINTESI

Definizione

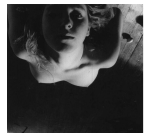
Digital breast tomosynthesis (DBT): è una tomografia ad angolo limitato applicata alla mammografia

- E' tecnologia di recente introduzione e di forte impatto per la detezione e la diagnosi della patologia mammaria.
- Permette di ricostruire piani paralleli al detector 2 D, con un effetto "pseudo 3D".
- Ciò contribuisce a ridurre gli artefatti da sovrapposizione e a ovviare al mascheramento delle lesioni relativo alla densità mammaria.



Le finalità

- Individuare lesioni che ora sfuggono alla mammografia digitale
- Ridurre il numero dei falsi positivi
- Incidere sul tasso di richiami nei programmi di screening



VALIDAZIONE NUOVA METODICA



**Validazione tecnologica da parte delle case produttrici –
prima di commercializzazione**

Validazione da parte di chi utilizza la metodica – dopo la commercializzazione

-facilità/difficoltà di impiego (implicazioni all'utilizzo)

-vantaggi/svantaggi (confronto con metodiche già consolidate)

per capire quando e come impiegarla!

VALIDAZIONE NUOVA METODICA: TOMOSINTESI

Principio:

acquisire multiple proiezioni a bassa dose della mammella mediante un movimento angolare del tubo radiogeno e, successivamente, mediante software dedicati determinare una ricostruzione pseudo-tridimensionale della mammella.

Di quanto si allunga il tempo di acquisizione dell'esame?

Di quanto si allunga il tempo lettura dell'esame?

Scopo:

ridurre tutti gli effetti di sovrapposizione che possono comportare un mascheramento/misconoscimento delle lesioni eteroplastiche della mammella;

ridurre i dubbi/sospetti che questi fenomeni di sovrapposizione talora determinan

Di quanto si riducono i richiami?

Di quanto aumenta la detection rate?

TOMOSINTESI: IMPATTO SULL'ATTIVITA' DEL TSRM

Analisi dei tempi di acquisizione esame								
7 TSRM dedicati esperti								
Valutazione di due sequenze consecutive di 20 soggetti (2D e 2D+3D)								
Tempo "macchina": da inizio posizionamento a fine ultima compressione								
Selenia Dimension (Hologic, Bedford, Mass) DBT system								
TSRM	A	B	C	D	E	F	G	Media
Tempo medio 2D	3'28"	3'19"	3'05"	3'13"	3'01"	3'14"	3'13"	3'13"
Tempo medio 3D	4'08"	4'02"	3'51"	4'13"	3'48"	4'05"	4'13"	4'03"
≠ (3D+2D vs 2D)	40"	42"	45"	60"	47"	51"	60"	+49"
≠% (3D+2D vs 2D)	19%	21%	25%	31%	26%	26%	31%	+26%

*in press BJR

ulteriore diluizione "da porta a porta" (variabile)

impatto realistico = +10%

scarsa influenza, anche in uso in screening di popolazione

TOMOSINTESI: IMPATTO SULL'ATTIVITA' DEL RADIOLOGO

Tempi di lettura: 100 casi (10 k, 90 controlli), 4 set di 25 3 radiologi esperti (>50.000 mammografie lette) Lettura cieca (come primo esame), indipendente, 3D slices di 1 mm				
Radiologo	A	B	C	Media
Tempo lettura 2D	41'28"	45'32"	76'10"	54'23"
Tempo lettura 2D+3D	133'06"	100'11"	150'16"	127'51"
Differenza 2D+3D s 2D	91'38"	54'39"	74'06"	73'28"
Differenza % 2D+3D vs 2D	+220 %	+120 %	+97%	+135%

*in press BJR

leggere un esame di tomosintesi richiede il doppio del tempo

curva di apprendimento?

TOMOSINTESI: IMPATTO SULL'ATTIVITA' DEL RADIOLOGO

Tempi di lettura		
Seconda valutazione = 1000 letture di tomosintesi in più, per lettore		
Tempo lettura	Prima valutazione	Seconda valutazione
2D	33"	30"
2D+3D	77"	69"
Differenza	44"	39"
Differenza %	+135 % (p<0.01)	+128% (p=0.02)

*in press BJR

Anche dopo un buon «allenamento» il tempo di lettura rimane il doppio!

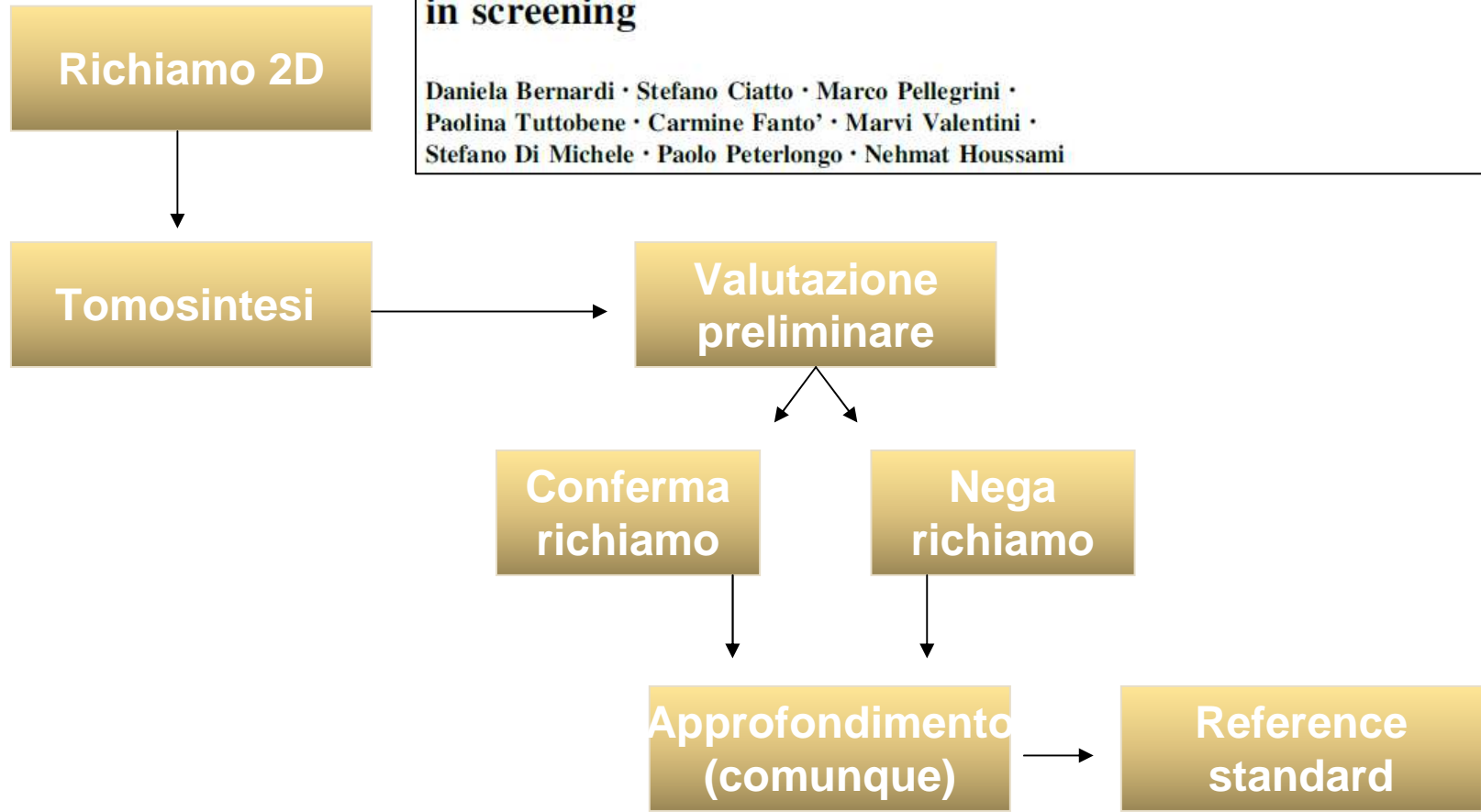
TOMOSINTESI: TRIAGE DEI RICHIAMI ALLA 2D

Breast Cancer Res Treat
DOI 10.1007/s10549-012-1959-y

CLINICAL TRIAL

Prospective study of breast tomosynthesis as a triage to assessment in screening

Daniela Bernardi · Stefano Ciatto · Marco Pellegrini ·
Paolina Tuttobene · Carmine Fanto' · Marvi Valentini ·
Stefano Di Michele · Paolo Peterlongo · Nehmat Houssami



TOMOSINTESI: TRIAGE DEI RICHIAMI ALLA 2D

Triage 3D di richiami alla 2D	
Casi consecutivi	158
Riduzione RR in Ca. (N=55) (falsi negativi)	0 % (0/21) ←
Riduzione RR in negativi (approfondimenti evitati)	- 74.4 % (102/137)

netta riduzione dei richiami disponendo della 3D

Riduzione richiami in funzione della densità		
Casi consecutivi	158	
Riduzione RR in BI-RADS D1-2	- 68.4 % (65/108)	P = 0.13
Riduzione RR in BI-RADS D3-4	- 74.0% (37/50)	

TOMOSINTESI: TRIAGE DEI RICHIAMI ALLA 2D

Riduzione richiami in funzione della tipologia di lesione			
	Richiami alla 2D	Negativi alla 3D	% riduzione RR
Distorsioni	3	3	- 100%
Asimmetrie	70	63	- 90%
Opacità sfumate	44	28	- 63,6%
Opacità nette	22	8	- 36,3%
Opacità spiculate/stellariformi	13	0	0
Microcalcificazioni	6	0	0

La tomosintesi conferma il sospetto più marcato e negativizza la maggior parte delle alterazioni legate a fenomeni di sovrapposizione

TOMOSINTESI: UTILIZZO IN SCREENING DI POPOLAZIONE

Settembre 2011, approvazione comitato etico

STORM Trial

Screening with Tomosynthesis OR standard

Mammography

Disegno dello studio Ciatto S

Co-PIs Bernardi D e Caumo F

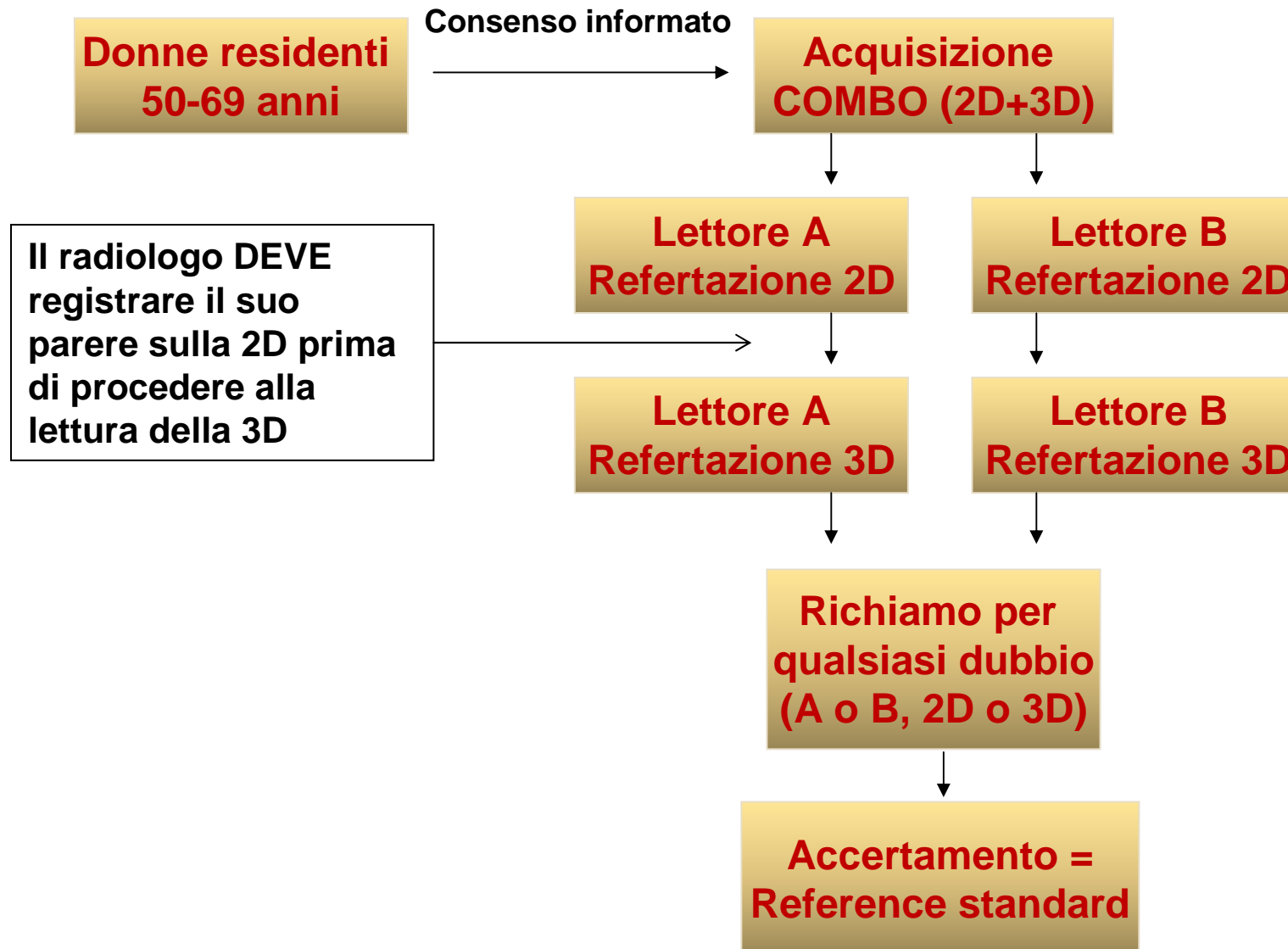
Direttore Scientifico: Houssami N

Presupposti: i programmi di Trento e Verona sono molto simili per

- **popolazione target (donne 50 – 69 anni)**
- **invito per lettera ogni due anni (rispetto del round)**
- **doppia lettura in modalità cieca ed indipendente**
- **performance (DR, RR, CI)**

TOMOSINTESI: UTILIZZO IN SCREENING DI POPOLAZIONE

disegno dello studio:



TOMOSINTESI: UTILIZZO IN SCREENING DI POPOLAZIONE

STORM trial - esaminate 3575 al 20 Feb 2012				
	2D	2D+3D	Diff%	P
Detected	18 (5.0‰)	24 (6.7‰)	+33.3%	n.s.
Detection rate D1-2	14	16	+14.2%	n.s.
Detection rate D3-4	4	8	+100%	
Recall rate	222	181	- 18.5%	0.04
Recall rate D1-2	153	122	- 20.3%	0.82
Recall rate D3-4	69	59	- 14.5%	

3D aumenta la detection rate e riduce il tasso di richiami!



SENSIBILITA'



SPECIFICITA'

VALIDAZIONE NUOVA METODICA: TOMOSINTESI



- premesse sono buone
- necessità di ulteriori studi clinici
- studi prospettici di impiego della metodica in screening
 - Per Skaane OSLO Trial
 - Copia Zackrisson MALMØ Trial
 - Michael Michell TOMMY Trial
 - STORM trial

 - Regione Piemonte/Lombardia (Proteus Donna)
 - Regione Toscana



BREAST UNITS AND SENONETWORK

BREAST UNITS

European Resolution 2006



[...] Calls on the Member States to ensure Nationwide provision of interdisciplinary breast centres in accordance with EU Guidelines by 2016, since treatment in an interdisciplinary breast centre has been proved to raise chances of survival and to improve the quality of life, and calls on the Commission to deliver a progress report on this every two years

BREAST UNITS

Parlamento Italiano

Mozione Senato della Repubblica 15 Ottobre 2003

Mostra rif. normativi

Legislatura 14 Atto di Sindacato Ispettivo n° 1-00194
Atto n. 1-00194

Pubblicato il 30 luglio 2003
Seduta n. 454

BIANCONI, ACCIARINI, ALBERTI CASELLATI, BETTONI BRANDANI, BOLDI, DATO, DENTAMARO,
DONATI, FRANCO VITTORIA, MANIERI, PAGANO, TOIA, BAILO DOSSI, SOLIANI, PILONI, STANISCI,
BONFIETTI, D'IPPOLITO, DE ZULUETA, MAGISTRELLI, IOANNUCCI, DE PETRIS.

[...] a garantire a tutte le donne affette da carcinoma della mammella il diritto ad essere curate da un' équipe interdisciplinare e a sviluppare una rete capillare di centri di senologia certificati e interdisciplinari, che debbano soddisfare criteri di qualità

Biondelli, Rizzotti, Chiaromonte, Bassoli, Calabrò, Rizzi, Astore, Castiglione, Fosson, Aderenti, Baio, Poretti, Tomassimi, Gasparri, Quagliariello, Saccomanno, D'Ambrosio Lettieri, Marino Ignazio, Di Giacomo, Spadoni Urbani, Carlino, Lannutti, Caforio, Mascitelli, De Lillo, Massidda, Carrara, Bianchi, D'Alia, Gustavino, Sbarbati, Serra, Fistarol, Gai, Galioto, Musso, Antezza.

.....impegna il governo

- ▣ di invitare le Regioni a ridurre l'utilizzo dei centri di senologia che non superano la soglia dei 150 casi trattati all'anno richiesti a livello europeo e di promuovere interventi di sostegno al fine di realizzare nel Paese un numero adeguato di unità di senologia con certificazione di qualità Eusoma, secondo un livello minimo di almeno una Breast Unit certificata ogni 1-2 milioni di abitanti
- ▣ di verificare ed eventualmente di disporre una revisione dei relativi DRG, nell'ottica di un DRG di percorso
- ▣ di avviare ogni idonea iniziativa nell'ambito dell'Unione europea volta a sostenere la realizzazione in tutti gli Stati membri di unità multidisciplinari per la cura del tumore alla mammella entro il 2016

Delibera del Senato della Repubblica approvata il 6 Aprile 2011

BREAST UNITS



Requisiti di una Breast Unit

Volume casi trattati: almeno 150 nuovi casi all'anno

Direttore Clinico: l' Unità deve identificare un Direttore, responsabile del coordinamento dell' Unità

Protocolli: L'unità deve avere protocolli scritti, per la diagnosi, il trattamento della patologia della mammella in tutti gli stadi (iniziale/avanzato) e il follow up.

I protocolli devono essere concordati da tutti i membri del team.

Eventuali modifiche/emendamenti devono essere discussi e

Formalmente registrati durante le riunioni di audit

BREAST UNITS

EUROPEAN JOURNAL OF CANCER 43 (2007) 660–675



available at www.sciencedirect.com



journal homepage: www.ejconline.com

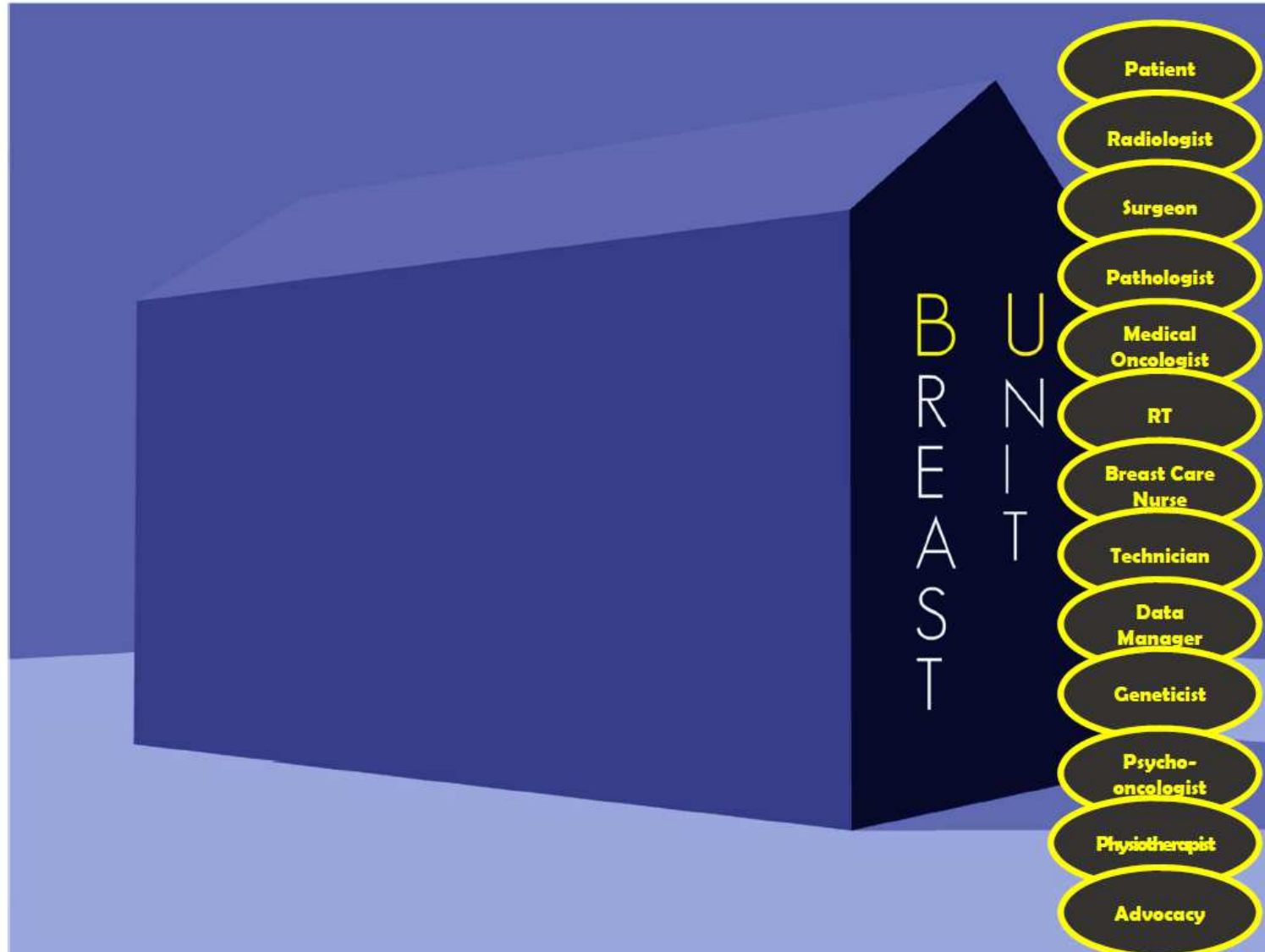


Position Paper

Guidelines on the standards for the training of specialised health professionals dealing with breast cancer

L. Cataliotti^{a,*}, C. De Wolf^b, R. Holland^c, L. Marotti^d, N. Perry^e, K. Redmond^f,
M. Rosselli Del Turco^g, H. Rijken^c, N. Kearney^h, I.O. Ellisⁱ, A. Di Leo^j, R. Orecchia^k,
A. Noel^l, M. Andersson^m, W. Audretschⁿ, N. Bjurstam^o, R.W. Blamey^p, M. Blichert-Toft^m,
H. Bosmans^q, A. Burch^r, G. Bussolati^s, M.R. Christiaens^q, M. Colleoni^t, G. Csemi^u, T. Cufer^v,
S. Cush^w, J. Damilakis^x, M. Drijkoningen^q, P. Ellis^y, J. Foubert^z, M. Gambaccini^{aa},
E. Gentile^g, F. Guedea^{ab}, J. Hendriks^{ac,ap}, R. Jakesz^{ad}, J. Jassem^{ae}, B.A. Jerezek-Fossa^k,
O. Laird^{af}, E. Lartigau^{ag}, W. Mattheiem^{ah}, N. O'Higgins^{ai}, E. Pennery^{aj}, D. Rainsbury^{ak},
E. Rutgers^{al}, M. Smola^{am}, E. Van Limbergen^q, K. von Smitten^{an}, C. Wells^{ao}, R. Wilson^p,
on behalf of EUSOMA^{aq}

BREAST UNITS



BREAST UNITS

Requisiti di una Breast Unit

Indicatori di Qualità: L'unità deve raggiungere, o eventualmente adottare le misure necessarie per il raggiungimento, dello standard minimo per gli indicatori di qualità indicati da Eusoma

EUROPEAN JOURNAL OF CANCER 46 (2010) 2344–2356

available at www.sciencedirect.com

 ScienceDirect 

journal homepage: www.ejconline.com

Position Paper

Quality indicators in breast cancer care

M. Rosselli Del Turco ^{a,*}, A. Ponti ^b, U. Bick ^c, L. Biganzoli ^d, G. Cserni ^e, B. Cutuli ^f,
T. Decker ^g, M. Dietel ^h, O. Gentilini ^h, T. Kuehn ^h, M.P. Mano ^j, P. Mantellini ⁱ, L. Marotti ^a,
P. Poortmans ^l, F. Rank ^m, H. Roe ⁿ, E. Scaffidi ^h, J.A. van der Hage ^o, G. Viale ^p, C. Wells ^q,
M. Welnicka-Jaskiewicz ^r, Y. Wengstöm ^s, L. Cataliotti ^t

Senonetwork

Tale progetto nasce come aggregazione spontanea delle Unità di Senologia Italiane, delle Società monodisciplinari coinvolte nella diagnosi e terapia del tumore della mammella

- **Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM)**
- **Associazione Italiana Radioterapia Oncologica (AIRO)**
- **Associazione Nazionale Italiana Senologi Chirurghi (A.N.I.S.C.)**
- **Gruppo Italiano Screening Mammografico (GISMa)**
- **Società Italiana di Anatomia Patologica e Citopatologia Diagnostica (SIAPEC-IAP)**
- **Società Italiana di Radiologia Medica (SIRM)**

e Europa Donna Italia (EDI)

finalizzata a far sì che la patologia della mammella venga trattata nelle Breast Units che rispettano i requisiti dell'European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA).

Senonetwork



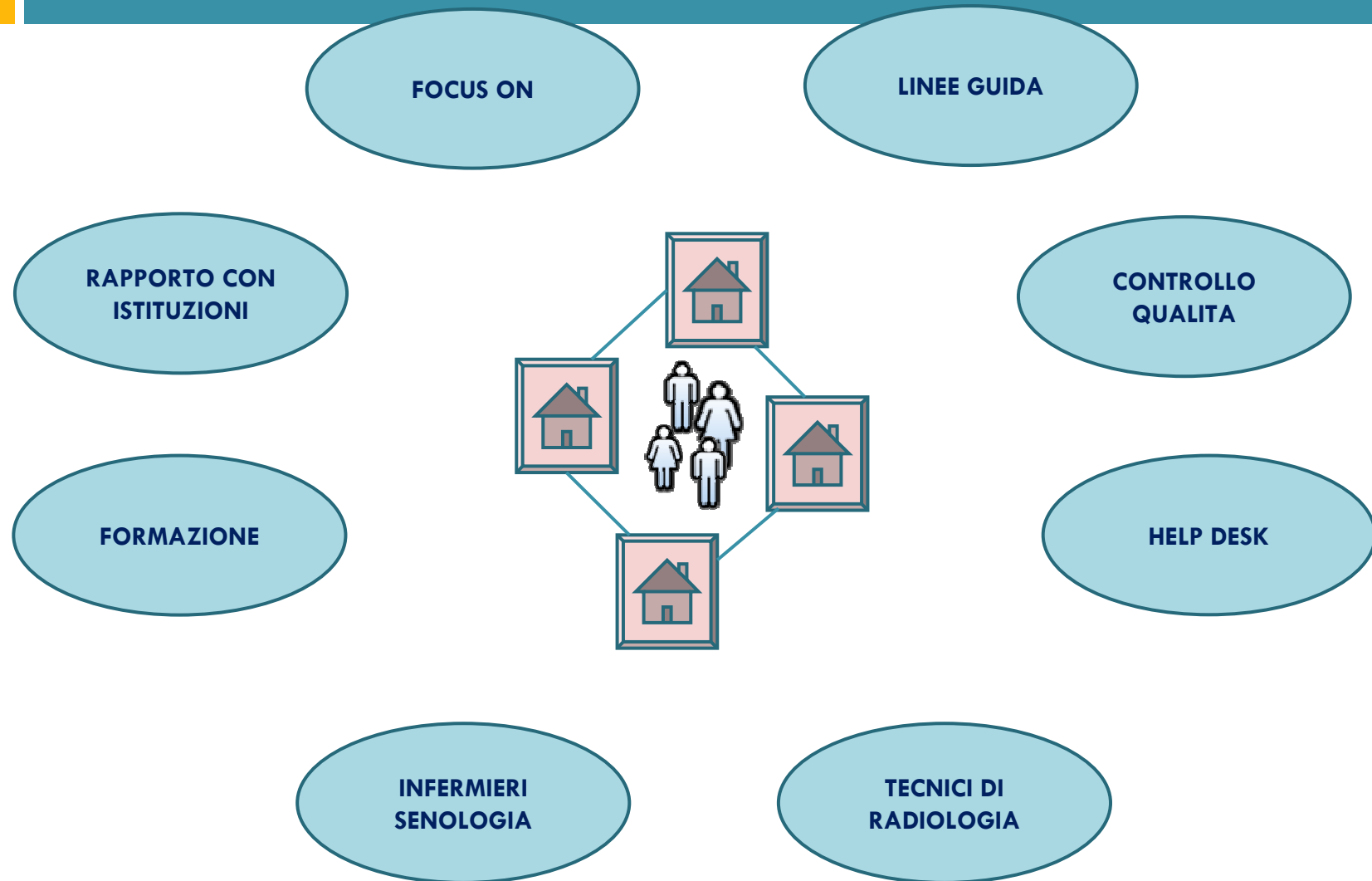
Un ulteriore obiettivo di questo progetto è di farsi trovare pronti a quando il Governo avrà sviluppato il mandato del Senato della Repubblica ad “avviare ogni idonea iniziativa nell’ ambito dell’ Unione Europea volta a sostenere la realizzazione in tutti gli Stati membri di Unità multidisciplinari per la cura del tumore alla mammella entro il 2016”.

Struttura Senonetwork



- **Board**
- **Segreteria**
- **Gruppi di lavoro**
- **Assemblea Unità di Senologia**

Gruppi di lavoro

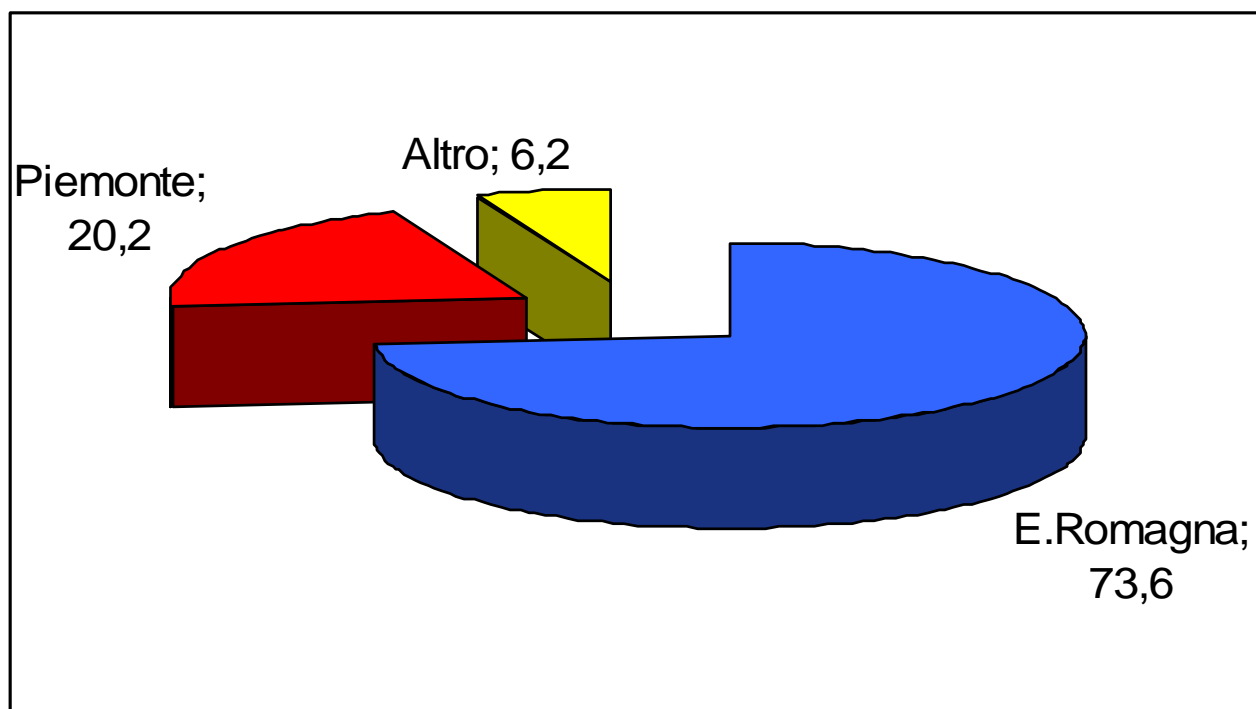




Le fasce estreme (le 45-49 enni)

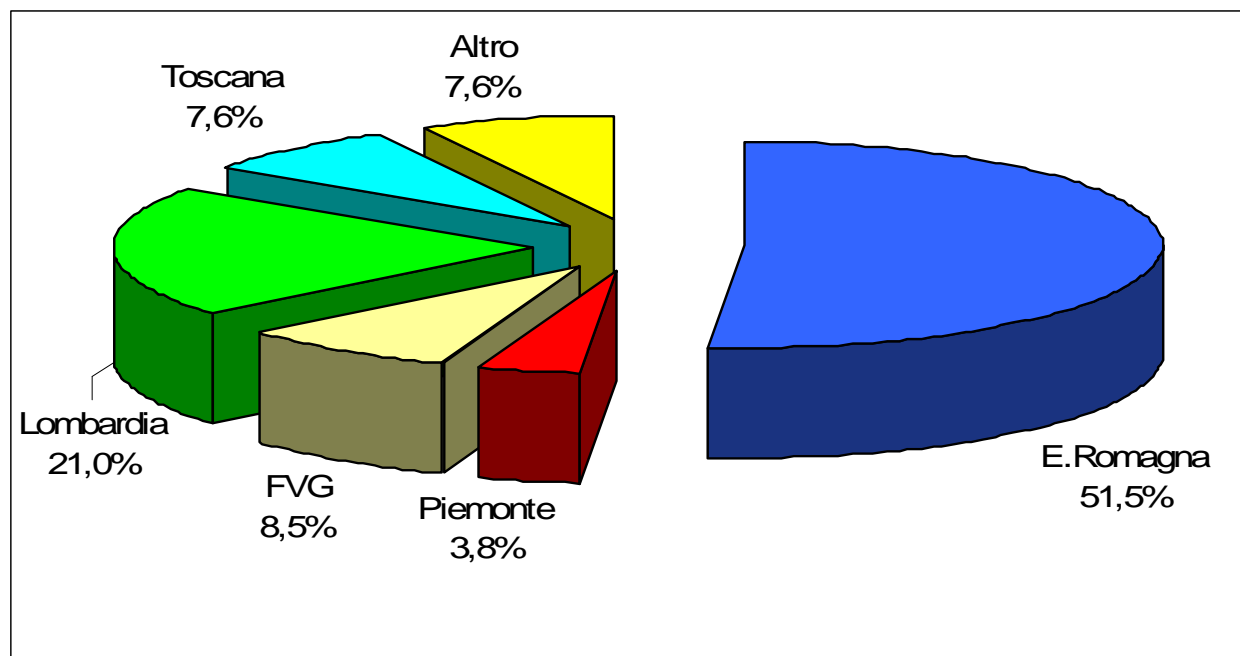
Fascia di età 45-49

Pop. Bersaglio ISTAT:	2.343.039
Donne invitate:	154.376
Escl. Prima di invito:	20.593
“Estensione %”:	6.6%

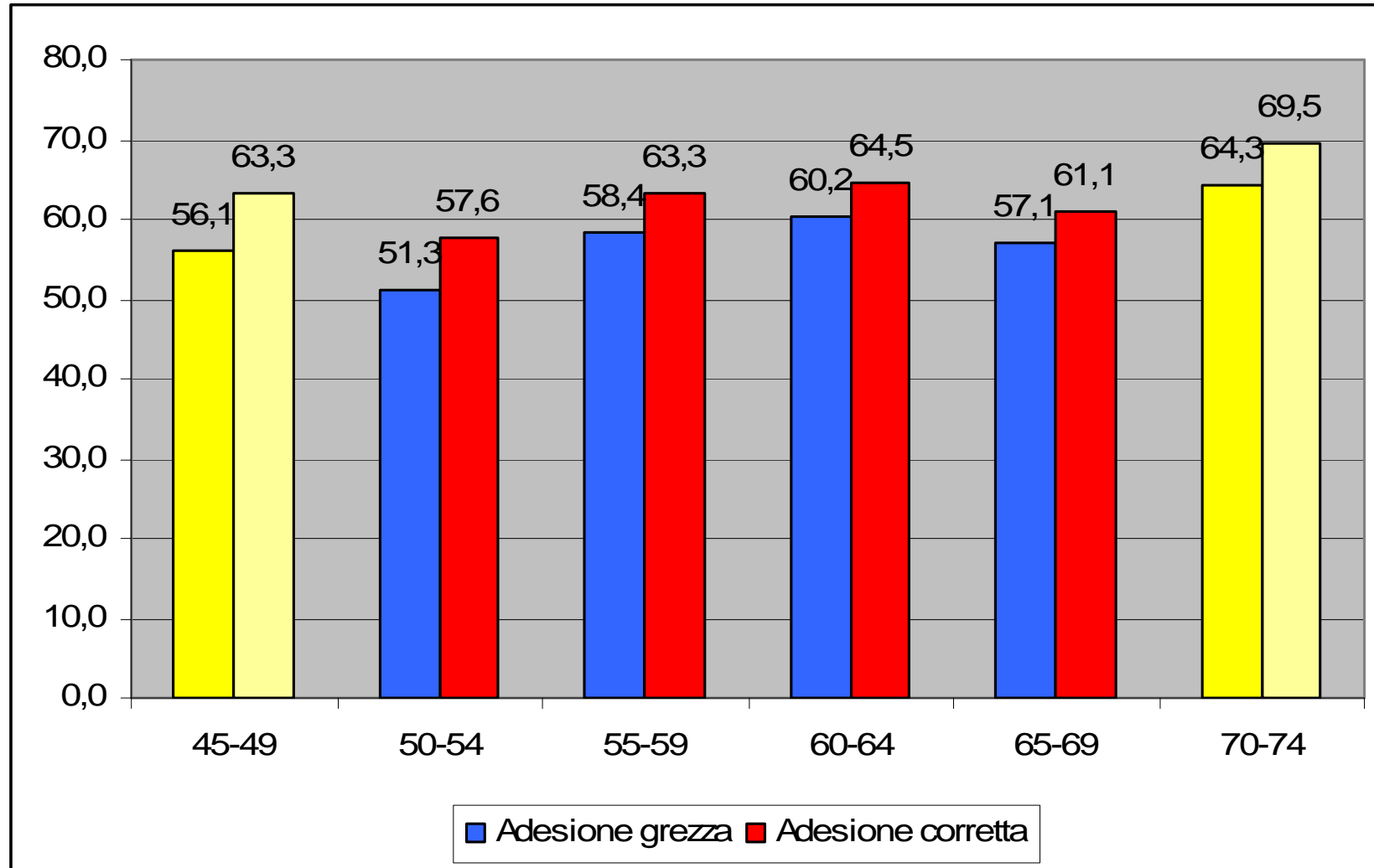


Fascia di età 70-74

Pop. Bersaglio ISTAT:	826.083
Donne invitate:	116.027
Escl. Prima di invito:	17.405
“Estensione %”:	14.1%



Adesione per età 45-74



Alcuni indicatori per età 45-74

Primi esami	RR	DR	BM
45-49	8,1	4,4	0,29
50-54	10,0	5,3	0,32
55-59	8,3	5,7	0,19
60-64	8,2	9,3	0,12
65-69	8,6	10,5	0,16
70-74	5	6,7	0,09

Es. successivi	RR	DR	BM
45-49	6,0	2,1	0,60
50-54	5,4	3,5	0,22
55-59	4,4	4,1	0,14
60-64	4,2	6,0	0,09
65-69	4,2	7,0	0,09
70-74	4,4	9,7	0,06

L'esperienza dell' Emilia Romagna e del Piemonte

Regione Emilia Romagna

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

LUNGA VITA ALLE SIGNORE!
LO SCREENING MAMMOGRAFICO SI ESTENDE DAI 45 AI 74 ANNI

mammografia
pap test

UNA
SEMPLICE
SANA
ABITUDDINE.

PROGRAMMA REGIONALE PER LA PREVENZIONE DEI TUMORI FEMMINILI
NUMERO VERDE: 800.033.033 - WWW.SALUTER.IT/SCREENING_FEMMINILI

The advertisement features a close-up of an elderly woman's face on the right and a smiling woman on the left. A large pink speech bubble contains the main headline. The bottom section is a solid pink bar with white text.

Rispettare ci fa sentire bene.

PREVENZIONE SERENA

Programma di prevenzione dei tumori femminili.

The advertisement shows three women of different ethnicities smiling and touching their breasts. The bottom section is a solid blue bar with white and green text.

Estensione degli inviti e adesione per fasce di età

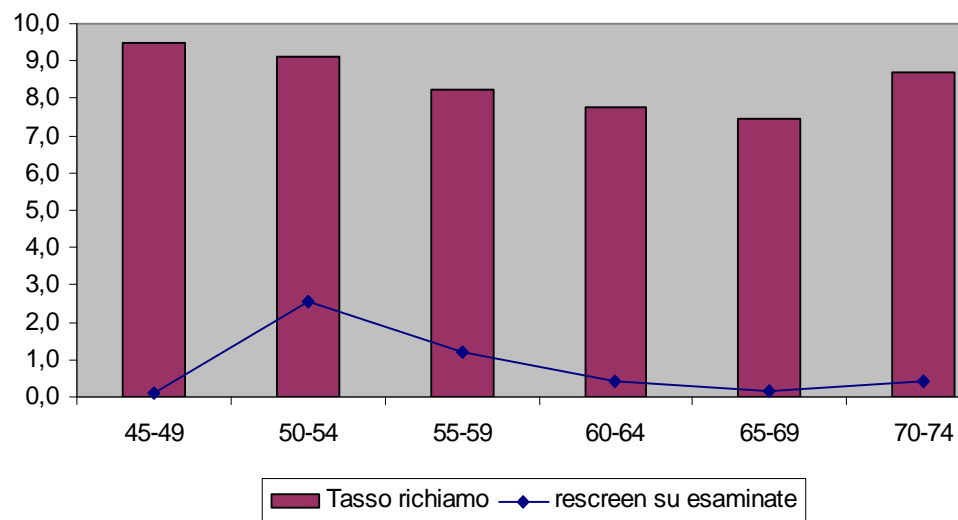
Scheda ONS GISMa - INDICATORI in %

	45-49 anni		50-69 anni		70-74 anni	
Emilia-Romagna	Estensione degli inviti	Adesione all'invito	Estensione degli inviti	Adesione all'invito	Estensione degli inviti	Adesione all'invito
2010	66,5	62,7	90,4	72,9	105,5	65,6
2011	77,4	71,5	115,9	68,3	101,4	65,6

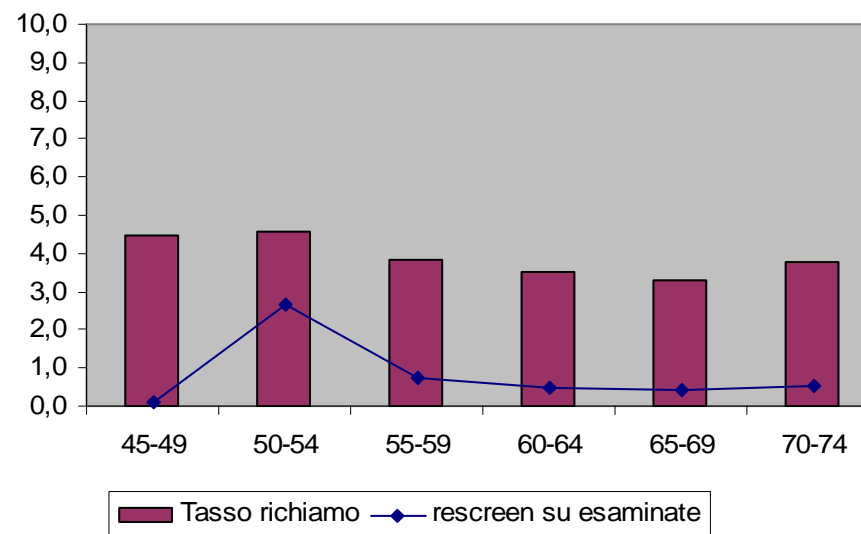
Anno 2011

EMILIA ROMAGNA: Tasso di richiamo e di rescreen sulle esaminate %

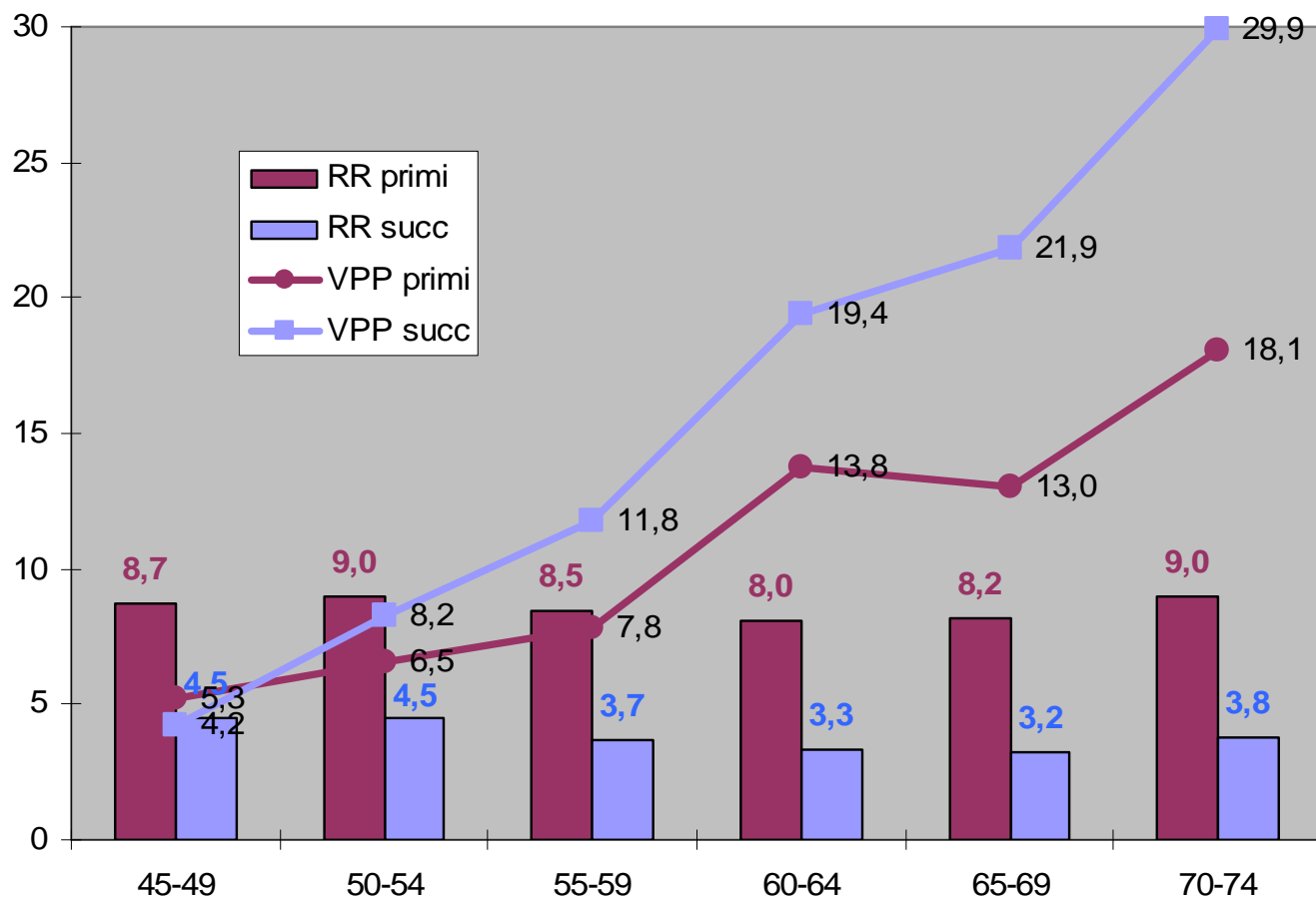
Primi esami



Esami Successivi

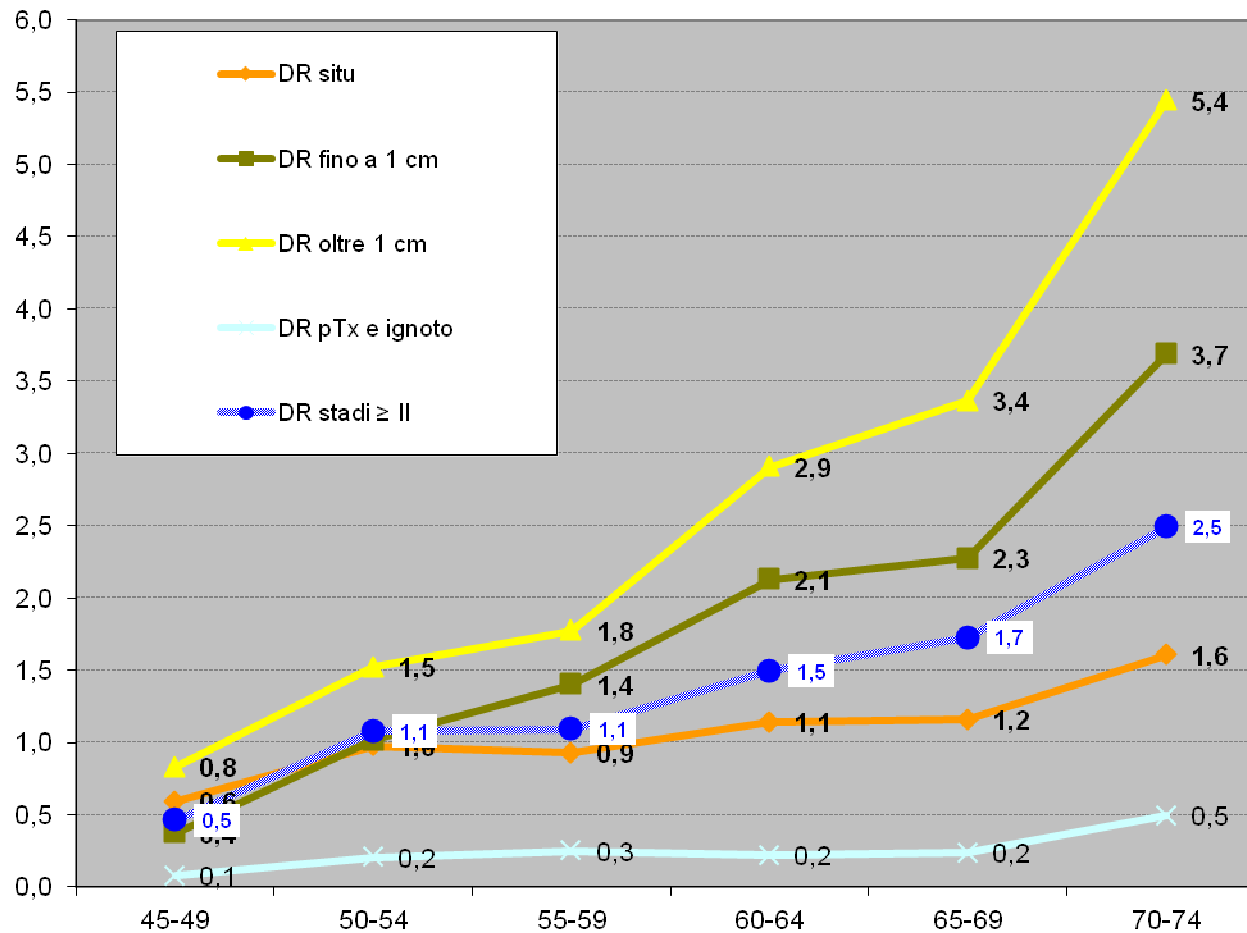


Tasso di Richiamo e VPP per classi di età (%)

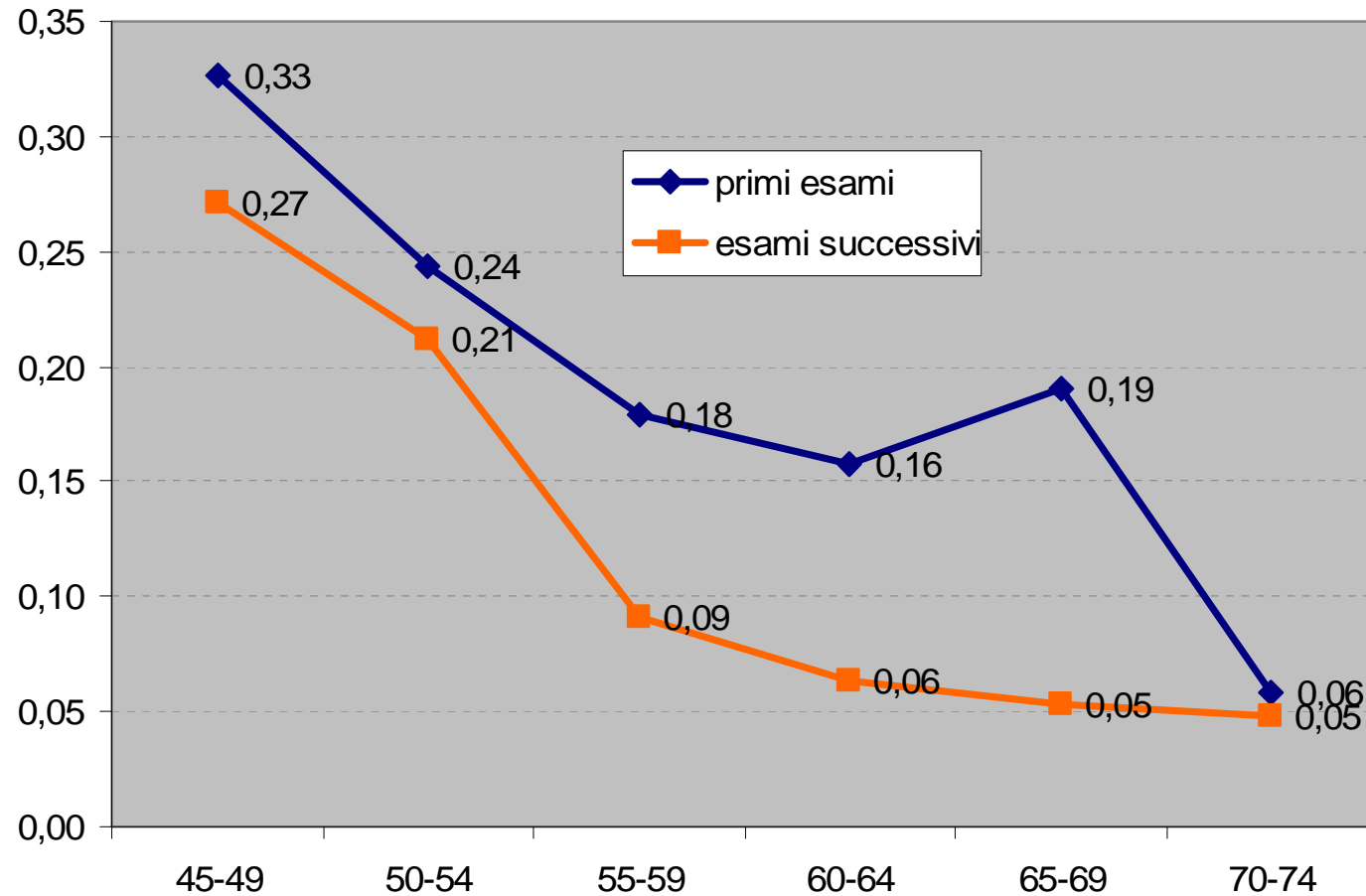


Esami successivi

DR Ca ‰ per classi di età e tipo

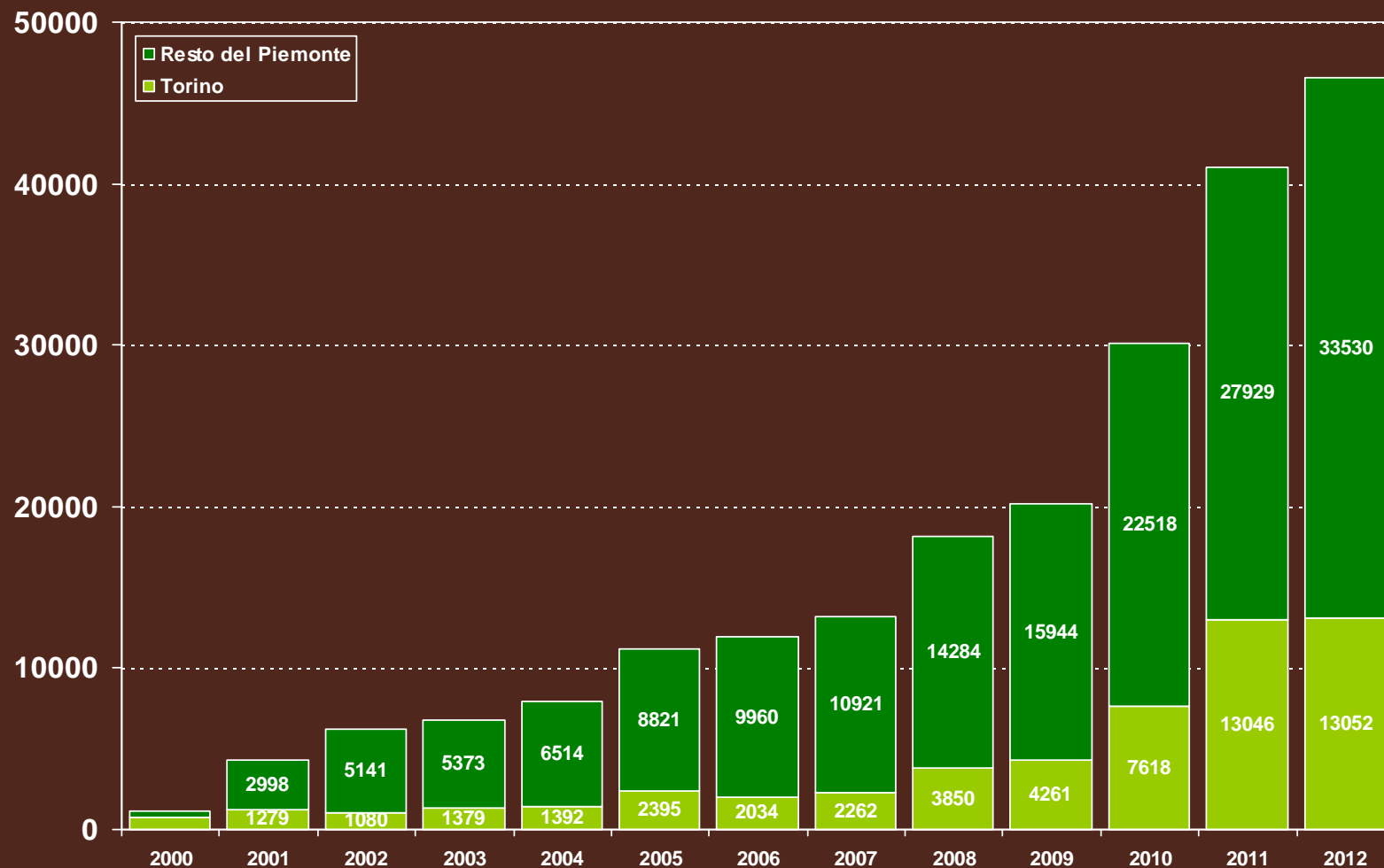


Rapporto B/M (Benigni/Maligni)



Numero esami screening 45-49 anni Piemonte

(in questa slide e nelle successive il dato del 2012 è una proiezione dai dati del 1 semestre)



Numero esami screening 45-49 anni **Piemonte**

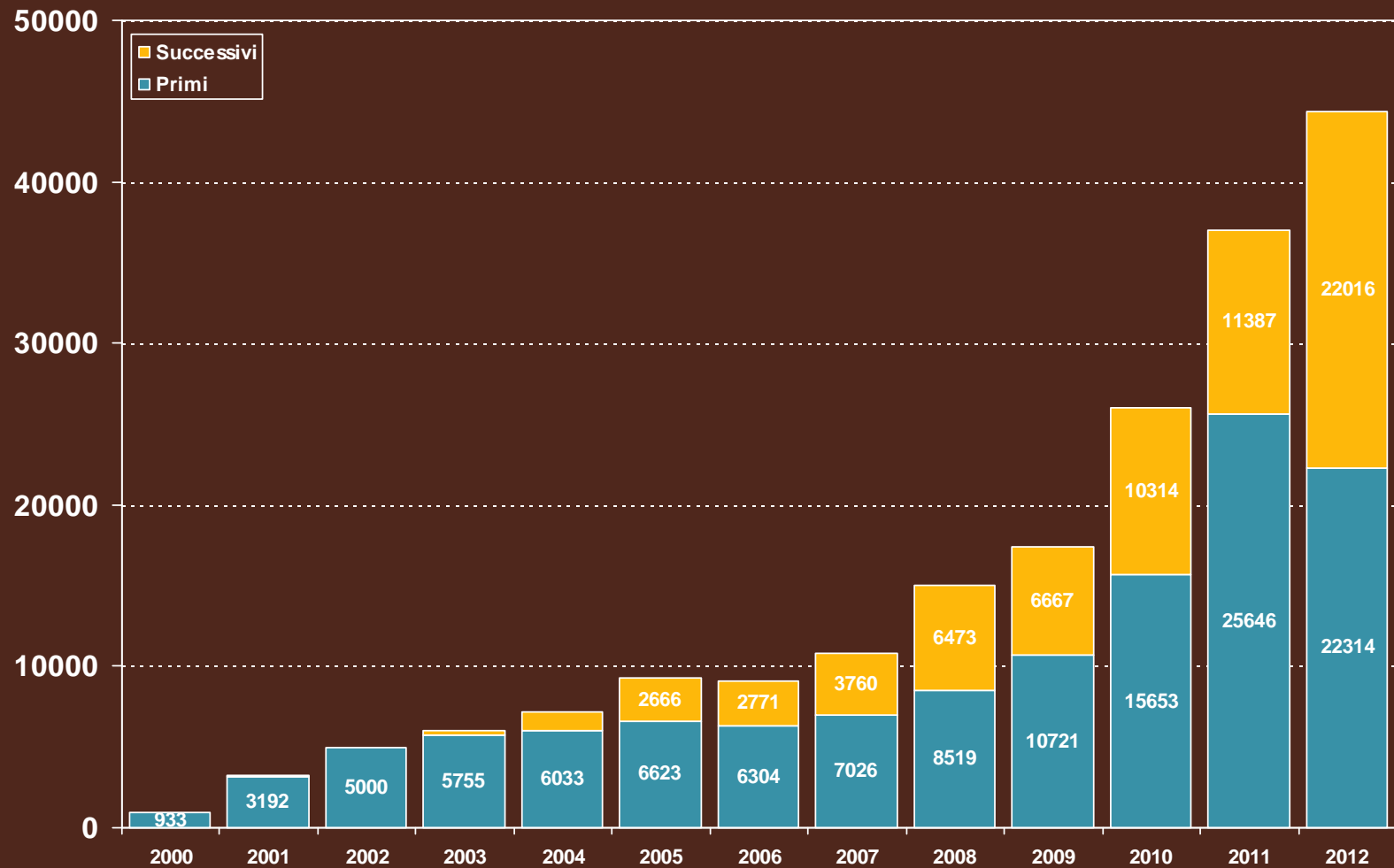


Tabella 2. Adesioni spontanee periodo pre e post-informativa

PERIODO PRE - LETTERA INFORMATIVA

N° donne	N° adesioni spontanee	Adesione
7881	514	6,5%

PERIODO POST - LETTERA INFORMATIVA

Lettera informativa	N° donne	N° aderenti	Adesione
SI'	6497	1921	29,6%
NO	1362	349	25,6%
Totale	7859	2270	28,9%

ATTIVITA' 2011

RECALL RATE												
		Dip. 1	Dip. 2	Dip. 3	Dip. 4	Dip. 5	Dip. 6	Dip. 7	Dip. 8	Dip. 9	Piemonte	
Primi esami	45-49	7,3%	1,9%	2,0%	4,6%	6,2%	9,6%	8,8%	2,8%	8,8%	7,2%	
	50-69	7,0%	6,3%	3,2%	8,7%	4,3%	6,4%	7,7%	4,3%	9,1%	6,4%	
	Tutte le età	7,1%	5,9%	3,1%	9,0%	4,4%	6,6%	7,9%	4,3%	9,3%	6,6%	
Esami successivi	45-49	5,6%	4,7%	2,5%	8,3%	6,0%	6,4%	4,7%	3,1%	8,2%	5,0%	
	50-69	5,6%	2,9%	2,6%	4,2%	2,3%	3,8%	2,7%	2,5%	4,9%	3,7%	
	Tutte le età	5,6%	3,3%	2,7%	4,4%	2,4%	3,9%	2,9%	2,7%	5,3%	3,9%	

DETECTION RATE TUMORI INVASIVI												
		Dip. 1	Dip. 2	Dip. 3	Dip. 4	Dip. 5	Dip. 6	Dip. 7	Dip. 8	Dip. 9	Piemonte	
Primi esami	45-49	5,06	0,00	0,00	0,00	0,00	9,57	4,55	0,00	7,50	4,67	
	50-69	6,52	9,35	8,26	8,58	2,41	3,76	6,87	10,20	9,35	6,63	
	Tutte le età	6,45	8,77	8,49	14,52	2,21	4,31	6,39	9,35	9,14	6,83	
Esami successivi	45-49	1,83	1,04	1,21	3,45	0,00	4,00	1,68	1,19	3,18	1,75	
	50-69	4,21	5,46	5,36	4,85	2,81	3,97	3,18	3,63	3,65	4,12	
	Tutte le età	4,02	5,29	5,17	4,94	2,82	4,04	3,14	3,51	3,96	4,09	

Necessità di



- **approfondire l'analisi**
- **identificare degli standard di riferimento idonei**
- **il problema dell'estensione dell'offerta (equità)**

Estensione scr mammografico - attività 2010



Est. teorica
Italia 91,7%

2009 93,8%

	< 50%
	50 - 74%
	75 - 94%
	> 94%



Est. corretta
Italia 69,1%

2009 69,5%

grazie

