

Poster piemontesi presentati al GISMa

Salerno, 26 giugno 2014
Convegno annuale GISMa

1. ESECUZIONE DELLE MAMMOGRAFIE

Perino S, Bertoldi A, Cesa E, Selvestrel V, Artuso F.

Confronto ragionato tra utilizzo della modalità di compressione disomogenea fast (fully automatic self-adjusting tilt – inclinazione autoregolante completamente automatica) versus modalità compressione standard all'interno del progetto di screening mammografico di I livello

OBIETTIVI

Valutare l'utilizzo della metodica di compressione FAST in rapporto alla metodica di compressione standard per:

- impatto in termini di soglia del dolore
- qualità delle immagini ottenute
- forza di compressione utilizzata
- dose ghiandolare media



Migliorare la qualità diagnostica e discriminare l'utilizzo del compressore più adeguato

RISULTATI (400 casi)

A fronte di una non significativa variazione di compressione e di dose:

Utilizzando la metodica di compressione FAST:

- La qualità tende ad attestarsi su livelli medio/bassi
- Aumentano le pazienti che hanno percepito dolore moderato e dolore severo (maggiore compressione dell'area retroareolare)

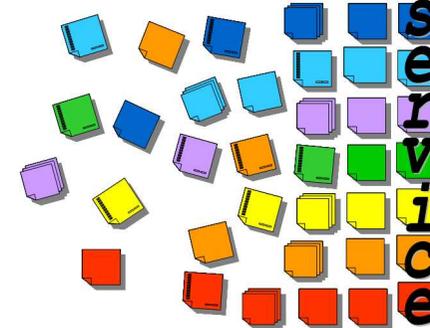
Con la metodica STANDARD:

- Sono maggiori le pazienti che non hanno percepito alcun dolore durante l'esame

2. RACCOLTA DATI PER LA VALUTAZIONE

Gallo F, **Giubilato P**, Tomatis M, Casella D, Di Leo A, Caprioglio A, Calcagno M, Ponti A, Segnan N, Giordano L e il gruppo di lavoro service.

Service: un servizio centralizzato per la raccolta delle informazioni cliniche sui casi identificati allo screening mammografico in Piemonte.



INTRODUZIONE

Il Service è un servizio coordinato dal Centro di Prevenzione Oncologica del Piemonte che opera a livello regionale come supporto agli operatori dei 9 Dipartimenti di screening piemontesi.

Il suo scopo è quello di rendere più centralizzata, più completa ed efficiente la fase di recupero delle informazioni sia per lo screening della mammella che per quello del cervicocarcinoma; inoltre promuove l'interazione con e tra le unità organizzative e valutative dello screening di ciascun Dipartimento e fornisce un supporto metodologico ed organizzativo per la raccolta dei dati.

MATERIALI E METODI

L'avvio del Service, nel 2009, ha iniziato un processo di semplificazione nel reperimento delle informazioni cliniche sui casi screen-detected.

Nella prima fase (2009-2011) un record-linkage tra le lesioni presenti in SQTМ (Scheda Qualità Trattamento carcinoma Mammario) e le SDO (Schede Dimissione Ospedaliera), ha prodotto degli elenchi, inviati ai dipartimenti, con: cartelle cliniche intradipartimentali (di donne screenate e trattate nel dipartimento di residenza - da reperirsi a cura del dipartimento stesso), extradipartimentali (di donne screenate nel dipartimento di residenza ma trattate in un altro - da reperirsi tramite il Service), extraregionali (di donne trattate fuori regione - da reperirsi tramite il Service). La seconda fase (2012) è stata arricchita con un algoritmo di estrapolazione di dati clinici (data e tipo di intervento, diagnosi istologica) direttamente dalle SDO, potenziando la procedura

Anno di riferimento	Cartelle cliniche intradipartimentali		Cartelle cliniche extradipartimentali			Cartelle cliniche extraregionali				Totale cartelle cliniche	
	Debito informativo	Cartelle reperite tramite il Service	Debito informativo	Cartelle reperite tramite il Service		Cartelle residuali*	Debito informativo	Cartelle reperite tramite il Service		Cartelle residuali*	Debito informativo totale
	N	N	N	N	%	N	N	%	N	N	
2009	832	-	298	149	50,0	149	69	30	43,5	39	1.199
2010	891	-	308	129	41,9	179	58	28	48,3	30	1.257
2011	1.069	-	294	150	51,0	144	79	21	26,6	58	1.442
2012	1.078	(129)	217	85	39,2	132	56	25	44,6	31	1.351

*Quest'ultimo gruppo è costituito dalle cartelle cliniche che al momento della produzione degli elenchi inviati ai dipartimenti erano già state trovate dai Dipartimenti (per non attendere la disponibilità delle SDO cui la produzione degli elenchi è inevitabilmente legata e stimabili nell'82-87%), dalle cartelle che sono state richieste dal Service ma che non è stato possibile ottenere (generalmente perché alcuni istituti ospedalieri non le rendono disponibili per problematiche legate alla privacy e stimabili nel 3-5%) e dalle cartelle relative a lesioni non collegate con le SDO (stimabili nel 10-13%).

RISULTATI

Il Service, nella prima fase, ha raccolto **428 cartelle cliniche extradipartimentali su 900 da reperirsi e 38 extraregionali su 206** (le altre sono state reperite direttamente dai dipartimenti o non erano rintracciabili); nella seconda fase ha reperito **85 cartelle extradipartimentali su 217 e 25 cartelle extraregionali su 56** Inoltre ha inserito su **SQTM** i dati clinici di **129 cartelle intradipartimentali pari al 12,0%** .Con l'introduzione del Service vi è stata una **riduzione delle diagnosi mancanti dal 5,5% nel periodo pre-Service (2005-2008), al 3,7% nel periodo post-Service (2009-2012)**

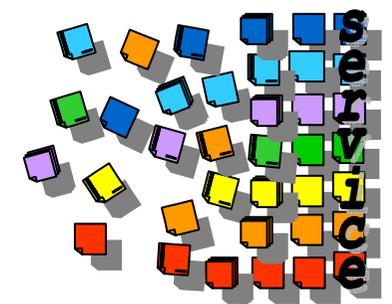
3.1 CASI INTERVALLO

Vergini V, Casella D, Caprioglio A, Di Leo A, Tomatis M, Gilardi F, Patriarca S, Zanetti R, Segnan N, Ponti A.

Modalità per la ricerca, definizione e valutazione del numero di carcinomi di intervallo quali indicatori di performance nel programma di screening mammografico Torinese

**MODALITÀ PER LA RICERCA, DEFINIZIONE E VALUTAZIONE
DEL NUMERO DI CARCINOMI DI INTERVALLO QUALI
INDICATORI DI PERFORMANCE NEL PROGRAMMA DI
SCREENING MAMMOGRAFICO PIEMONTESE**

- Screening mammografico -



CARCINOMI DI INTERVALLO (CI):

Tumori della mammella insorti in una donna che ha avuto un test o un approfondimento con esito negativo, prima del successivo invito di screening, *oppure entro un periodo di 2 anni se la donna ha raggiunto i limiti di età.*

***OBIETTIVO* :** Quantificare l'entità del fenomeno tra le donne aderenti al **programma di screening mammografico piemontese.**

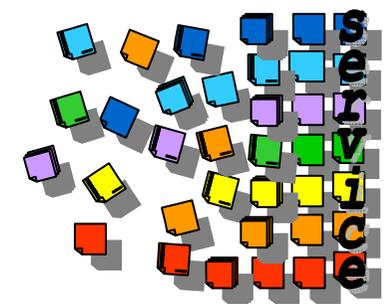
Scoprire i cancri di intervallo è complesso, ma dal momento che sono inevitabili in un programma di screening (1-2 casi su 1000 test negativi), è fondamentale che siano attentamente raccolti e monitorati al fine di controllare la performance di ogni programma e di fornire la base per attività di formazione, aggiornamento e miglioramento continuo della qualità.



***METODO* :** **Follow up dei test negativi.**

L'indagine avviene attraverso l'interrogazione periodica degli archivi sanitari delle dimissioni ospedaliere (il tumore della mammella richiede sempre l'ospedalizzazione e le **SDO** sono utilizzabili ovunque, anche in assenza di un Registro Tumori).

Risultati - interpretazione (2003-2009)



VALIDAZIONE del metodo di identificazione dei carcinomi di intervallo
(eseguita attraverso il confronto con il gold standard - **Registro Tumori**)

Sensibilità del metodo: incremento dall'87% del periodo 1999-2000 al 97% del periodo 2003-2008.

Carico di lavoro: buon punto di equilibrio tra “casi non ricercati” (Falsi Negativi: 3%) e “casi inutilmente ricercati” (Falsi Positivi: 37%).

RISULTATI

Tasso di CI - TORINESE (età 50-69)

Test negativi **2003-2009**: 206773

Follow up **24 mesi**

Casi intervallo: 352 (**1.7 per 1000**) di cui **325 INVASIVI**

Follow up **anche > 24 mesi**

Casi intervallo: 400 (**1.9 per 1000**) di cui **366 INVASIVI**

Tasso di CI - PIEMONTESE (tutte le età)

(dati preliminari, solo Dipartimenti 1, 3, 4, 6, 8)

Test negativi **2007-2009**: 275005

Follow up **24 mesi**

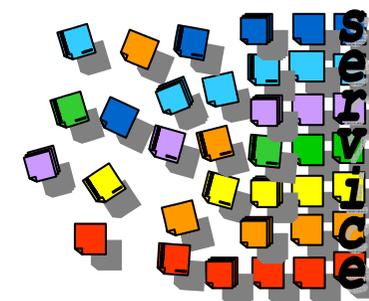
Casi intervallo: 436 (**1.6 per 1000, range 1.3 - 1.8**) di cui **393 INVASIVI**

Follow up **anche > 24 mesi**

Casi intervallo: 548 (**2.0 per 1000, range 1.5 - 2.2**) di cui **494 INVASIVI**



Risultati - interpretazione (2003-2009)



Incidenza proporzionale - TORINESE:

Rapporto (per gli invasivi) tra casi osservati ed attesi (0-24 mesi): **33.3%**

(Obiettivo LG Europee: <40% 0-24 mesi, <30% 0-12 mesi, <50% 13-24 mesi)

PERIODO 2003-2009			0-12 mesi			13-24 mesi			0-24 mesi		
Classi d'età	Incidenza attesa	Test negativi	Observed	Expected	O/E %	Observed	Expected	O/E %	Observed	Expected	O/E %
50-59	2.08	98685	47	205,3	22,9	101	205,3	49,2	148	410,5	36,1
60-69	2.62	108088	48	283,2	16,9	129	283,2	45,6	177	566,4	31,3
50-69	2.35	206773	95	488,5	19,4	230	488,5	47,1	325	976,9	33,3

3.2 CASI INTERVALLO

Casella D, Vergini V, Caprioglio A, Di Leo A, Tomatis M, Pitarella S, Gilardi F, Patriarca S, Zanetti R, Segnan N, Ponti A.

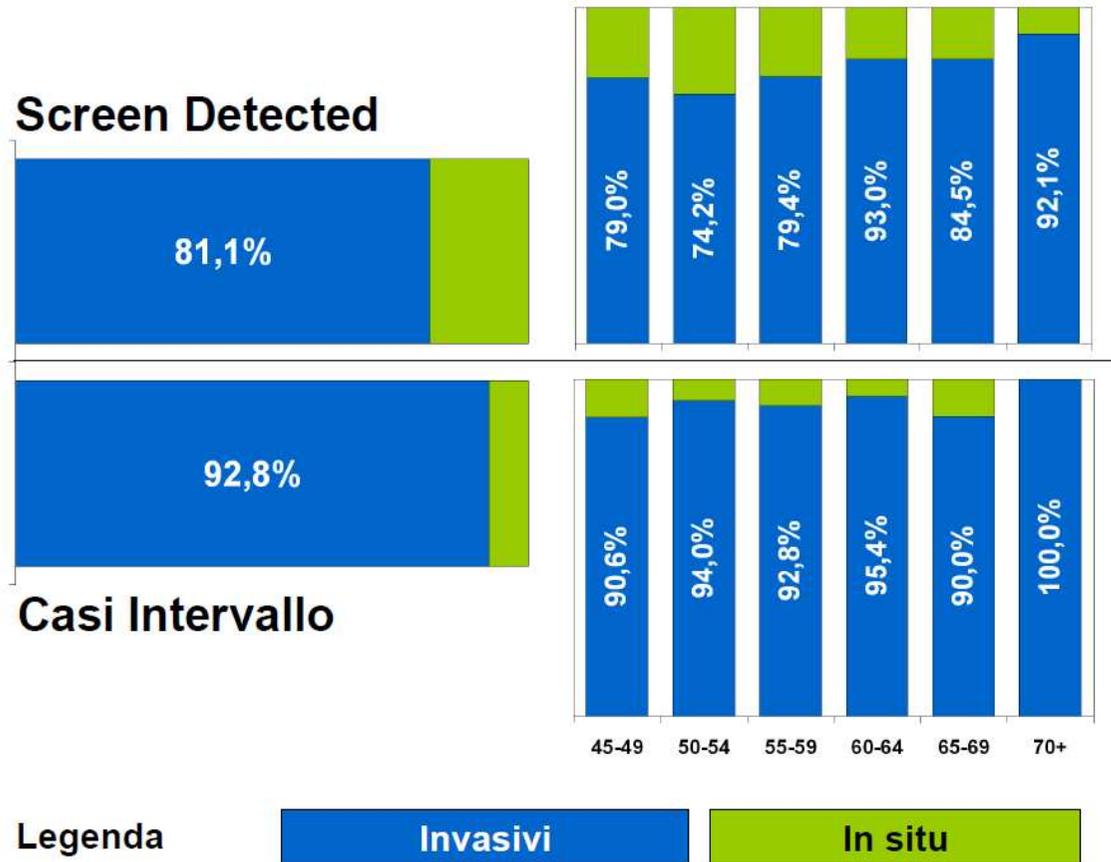
Differenze istopatologiche tra carcinomi della mammella screen-detected e carcinomi di intervallo nel programma di screening mammografico Torinese

Obiettivo dello studio

Valutare se vi siano differenze, per alcune caratteristiche istopatologiche, tra i casi di tumore della mammella screen detected e i tumori di intervallo

Risultati

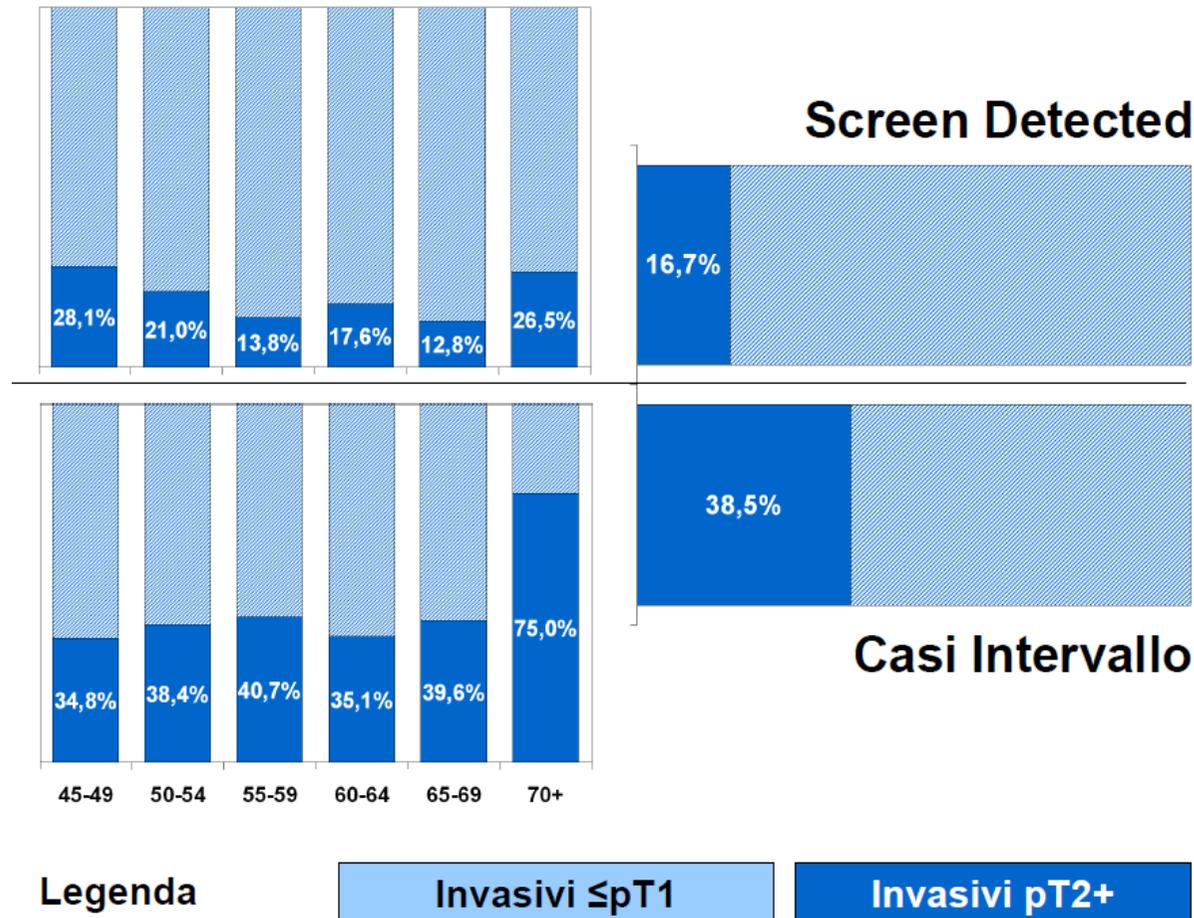
Proporzione invasivi



- La percentuale dei cancri invasivi è significativamente più elevata nei cancri intervallo rispetto agli screen detected (OR=3.01; p-value<0.001).
- Dall'analisi multivariata si osserva che tale relazione si mantiene anche correggendo per età (OR=3.10; p-value<0.001).

Risultati

Proporzione pT2+



45-70 anni Torino
2003-2009

Tra i carcinomi invasivi, la percentuale dei tumori grandi (>20 mm) è significativamente maggiore tra i cancri intervallo (OR=3.13; p-value<0.001). Tale relazione si mantiene anche correggendo per età (OR=3.14; p-value<0.001).

4 DONNE GIOVANI

Gallo F, Caprioglio A, Vicari P, Bianchet A, Ponti A, Segnan N, Giordano L

Le donne più giovani (45-49enni) nel programma di screening mammografico Torinese: partecipazione, fidelizzazione, detection rate e caratteristiche socio-demografiche

BACKGROUND

La DGR 111- 3632 del 2006 ha esteso lo screening mammografico alle **donne 45-49** con cadenza annuale. Queste donne **possono fissare spontaneamente il primo appuntamento** di screening, **dopodiché vengono invitate annualmente** dal programma di screening.

Nella prima fase per comunicare questa possibilità si è fatto affidamento a mass media e MMG. Dal 2010 il programma torinese ha iniziato a inviare alle donne di questa fascia di età una **lettera informativa** sulle modalità di accesso allo screening.

OBIETTIVO

Scopo dello studio è quello di analizzare **l'impatto del ricevimento (o meno) della lettera informativa sulla partecipazione** allo screening, nel periodo 2008-2012.

METODI

Le coorte di donne è stata suddivisa in due gruppi: **“senza lettera”** e **“con lettera”**.

I due gruppi sono stati comparati rispetto a:

Tasso di partecipazione: n. di partecipanti / mesi-persona

I mesi-persona sono stati calcolati dal momento in cui le donne sono diventate eleggibili, fino al verificarsi di uno dei seguenti eventi: prenotazione dell'appuntamento, compimento dei 50 anni, emigrazione da Torino.

Velocità nel fissare l'appuntamento: entro le donne che hanno fissato un appuntamento, % di appuntamenti fissati in un certo intervallo temporale

Tasso di invio al trattamento: n. di donne con indicazione al trattamento (approfondimento positivo) sul totale delle mammografie effettuate x 1000

Coorte

- 61.836 donne osservate (**35.014 con lettera e 26.822 senza lettera**)
- 20.629 partecipanti (**11.238 con lettera e 9.391 senza lettera**)

Tasso di partecipazione

34,0 per 1000 mesi-persona nel gruppo “con lettera”

10,3 per 1000 mesi-persona nel gruppo “senza lettera”

Tasso di invio al trattamento (al 1° passaggio di screening)

8,5‰ con lettera e 8,9 ‰ senza lettera

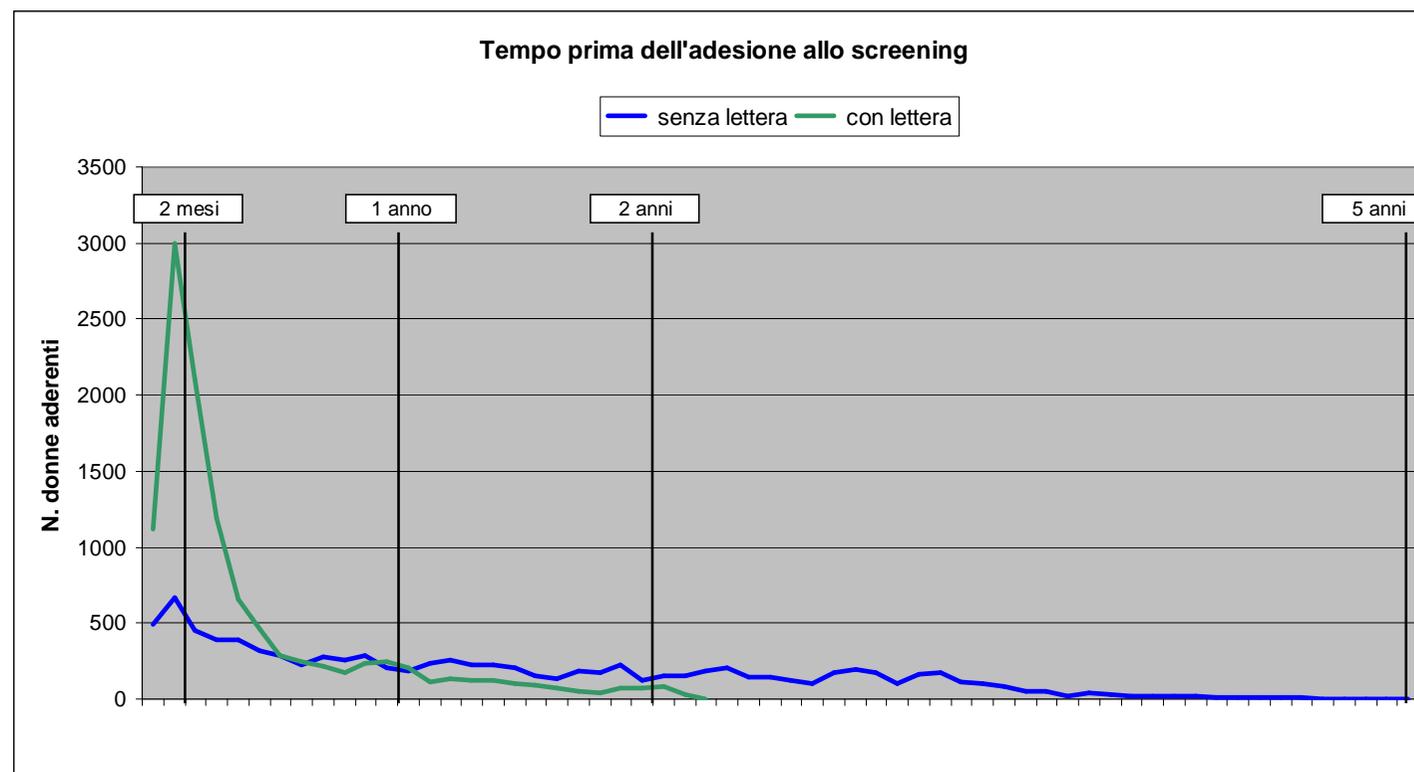
Velocità nel fissare l'appuntamento (tra le donne che lo fissano)

con lettera

il 36,6% ha prenotato la mx entro due mesi, l'88,33% entro un anno e si raggiunge il 100% in poco più di due anni

senza lettera

il 12,4% ha prenotato la mx entro due mesi da quando ha maturato il diritto a partecipare, il 45,1% entro un anno, il 69,8% entro due anni e si raggiunge il 100% in 5 anni



5.1 FOLLOW UP

Paduos A, Massaza L, Mira I.F, Donadio M,
Gambaro G, *Grasso F.*

**Follow up nelle pazienti con pregresso
tumore della mammella: condivisione di
una scheda comune**

La rete oncologica del Piemonte e Valle d'Aosta ha preso in considerazione la possibilità di ottenere uno stesso comportamento nel gestire il follow-up delle Pazienti operate di tumore della mammella, proponendo a tutti i Gruppi Interdisciplinari Cure (GIC) delle due Regioni una stessa scheda di gestione . E' stato individuato un gruppo di lavoro che ha cercato di formulare un percorso, che poi è stato discusso ed approvato da tutti i Referenti GIC della rete oncologica.



GIC SENOLOGIA - SCHEDA DI FOLLOW-UP

Data	Completare	<input type="checkbox"/> chirurgo	<input type="checkbox"/> oncologo	<input type="checkbox"/> radioterapista
------	------------	-----------------------------------	-----------------------------------	---

Cognome		Nome	
data di nascita	Residenza	Telefono	

Data intervento	/ /	1° anno	2° anno	3° anno	4° anno	5° anno	...
Visita							
Mammografia	Data / /	Esito: _____					
Visita OG per misura endometrio	Data / /	Esito: _____					

SINTOMI RIFERITI

<input type="checkbox"/> nessuno, <input type="checkbox"/> astenia, <input type="checkbox"/> nausea/vomito, <input type="checkbox"/> vampate di calore, <input type="checkbox"/> sanguinamento vaginale
<input type="checkbox"/> cefalea, <input type="checkbox"/> calo del visus, dolore osseo; <input type="checkbox"/> sede _____
<input type="checkbox"/> altro _____ ultima mestruazione / /

ESAME OBIETTIVO



mammella/e _____	neg <input type="checkbox"/>
torace _____	neg <input type="checkbox"/>
addome _____	neg <input type="checkbox"/>
app. circolatorio _____	neg <input type="checkbox"/>
scheletro _____	neg <input type="checkbox"/>

altro _____
 Dipartimento Interaziendale ed Interregionale Rete Oncologica del
 A.O. Città della Salute e della Scienza di Torino, Presidi
 C.so Bramante n. 88 - 10126 Torino. Segreteria tel-fax 011-63368



ESITI LINFADENECTOMIA

<input type="checkbox"/> cute calda e tumefatta, <input type="checkbox"/> linfangite, <input type="checkbox"/> altro _____	
<input type="checkbox"/> asialla dolente, <input type="checkbox"/> limitazione al movimento, <input type="checkbox"/> altro _____	

TERAPIE IN CORSO

<input type="checkbox"/> oncologiche (solo ormonoterapia) _____
<input type="checkbox"/> non oncologiche _____

CONCLUSIONI

<input type="checkbox"/> non evidenza di malattia neoplastica (NED)
<input type="checkbox"/> aspetta progressione (PD) _____

PROGRAMMA

<input type="checkbox"/> torna, come da programma, fra _____ dal <input type="checkbox"/> chirurgo <input type="checkbox"/> oncologo <input type="checkbox"/> radioterapista	
<input type="checkbox"/> Rx mammografia prevista per _____	
<input type="checkbox"/> laboratorio (glicemia, colesterolo tot. + HDL, trigliceridi...) _____	
se si chiedono ulteriori accertamenti (specificare il motivo):	
<input type="checkbox"/> Rx _____	
<input type="checkbox"/> ecografia _____	
<input type="checkbox"/> scintigrafia ossea _____	
<input type="checkbox"/> TC _____	
<input type="checkbox"/> altro _____	

Interregionale Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta
 e della Scienze di Torino. Presidio Ospedaliero Molinette
 Torino. Segreteria tel-fax 011-6336889 e-mail: scr@reteoncologica.it



<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

SINDROME METABOLICA

Peso: Kg ___ h ___ BMI: ___	Circonferenza vita: cm: _____
Glicemia a digiuno: _____	Colesterolo tot: _____ HDL: _____
	Trigliceridi: _____
Pressione arteriosa: _____	

COMMENTI

Firma

I documenti, scheda di follow-up, lettera alla Paziente e lettera al Curante, sono stati discussi e validati dai responsabili dei GIC della mammella della Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta. Gli stessi hanno poi proposto nelle loro sedi la condivisione e l'utilizzo dei documenti. L'uso di una scheda comune dovrebbe portare all'unificazione dei comportamenti nella gestione del follow up ed alla riduzione sia delle richieste di esami non necessari sia di controlli eseguiti da più professionisti a scadenza diversa.

5.2 FOLLOW UP

Caprioglio A, Gallo F, Vicari P, Ponti A, Segnan N, Giordano L.

Il follow-up nelle donne con un tumore della mammella screen-detected: regolarità degli inviti, partecipazione e utilizzo di canali alternativi di controllo

BACKGROUND

In Piemonte il protocollo di screening mammografico prevede che i **casi di cancro** vengano **invitati al follow-up a un anno** dalla data dell'indicazione di trattamento o dalla data dell'intervento.

Per le donne con **diagnosi istologica benigna** il follow-up dura **un anno**, in caso di **diagnosi istologica maligna** (tumori in situ e cancri invasivi) il follow-up è di **cinque** anni, indipendentemente dalla gravità dell'esito istologico.

OBIETTIVI

Gli obiettivi dello studio sono:

- verificare la **regolarità degli inviti di follow-up** da parte del programma di screening;
- determinare la **consistenza dei controlli extra-screening** effettuati dalle donne parallelamente al periodo di follow-up.

METODI

Sono state identificate le **donne 50-69enni** con un'indicazione al trattamento posta tra il **1992 e il 2006**; la coorte è stata seguita fino al **2013**.

Sono state **escluse** le donne che **non hanno effettuato il trattamento** o con **più di un trattamento** e quelle con **più di un esito positivo** nella storia di screening o durante il percorso di follow-up intra-screening.

I dati si riferiscono a tutto il Piemonte tranne che ai dipartimenti di **Cuneo e Alessandria**, per i quali non sono disponibili gli inviti di follow-up nel periodo in studio.

4.965 donne con indicazione di trattamento nel periodo 1992-2006, di cui 2.964 eleggibili allo studio:
724 con tumore benigno, 356 con tumore in situ, 1.735 con cancro invasivo, 149 uscite dallo screening per età, emigrazione o decesso

Tempismo degli inviti al follow-up

Il programma invia la maggior parte degli inviti al follow-up **entro 15 mesi** dalla data dell'indicazione al trattamento (o dal follow-up precedente).

Ma tale tempismo non viene completamente mantenuto sino al termine del follow-up quinquennale:

tumori in situ

81,2% al 1° e 76,6 al 5°

tumori invasivi

85,8% al 1° e 77,9 al 5°

	Inviti al follow-up	
	≤ 15 mesi	> 15 mesi
TUMORI BENIGNI*		
N (%)	537 (74,2)	187 (25,8)
TUMORI IN SITU**		
N (%)	1.333 (78,9)	357 (21,1)
TUMORI INVASIVI**		
N (%)	6.323 (79,8)	1.603 (20,2)

*follow-up di 1 anno ** follow-up di 5 anni

La partecipazione al follow-up è stata dell'81,3% per le donne con tumore benigno e rispettivamente del 78,9% e del 73,9% per i casi in situ e invasivi (valore medio sul follow-up quinquennale).

Controlli extra-screening effettuati parallelamente al follow-up nello screening

Per 932 donne sono disponibili gli esami ambulatoriali: il **37,3%** dei casi con **tumore benigno**, il **73,7%** degli **in situ** e il **74,5%** degli **invasivi** ha effettuato **almeno un esame extra-screening**.