

Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007
Relazione sullo stato di avanzamento al 31 dicembre 2007

Regione: Regione Autonoma Valle d'Aosta

Titolo del progetto: Programma per l'implementazione degli screening dei tumori femminili: pap-test e mammografia

Referente: Dr. Teodoro Meloni Responsabile U.B. Radiologia Ospedale regionale Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta

Relazione

SCREENING MAMMOGRAFICO

La popolazione bersaglio è interamente coperta dal programma di screening. E' necessario ottenere un volume di attività corrispondente alla programmazione teorica attraverso una più attenta gestione delle liste delle donne invitabili. Occorre inoltre assicurarsi di invitare con gli intervalli regolari anche le donne precedentemente non aderenti all'invito. Il tasso di adesione soddisfa gli standard. Il tempo di refertazione, nel secondo semestre 2006 e nel primo semestre 2007, è al di sotto degli standard e la proporzione di richiami è relativamente elevata. E' da segnalare la persistenza di un maggior tasso di richiami in Unità fissa rispetto all'Unità mobile e il superamento dello standard (<5%) sia in Unità fissa che in Unità mobile anche per quanto riguarda gli esami successivi al primo. A ciò potrebbe concorrere sia l'utilizzo della mammografia digitale (ma a distanza di alcuni anni dall'adozione sarebbe verosimile attendersi una diminuzione del tasso di richiamo), sia lo studio in corso sull'ecografia di screening nei seni densi, di cui è opportuno effettuare un'analisi preliminare.

E' stata eseguita una ricerca approfondita dei casi intervallo, che ha consentito di identificare alcuni casi precedentemente non conosciuti e di sperimentare con successo la discussione multidisciplinare e la classificazione radiologica di tutti i casi insorti dopo un esame di screening negativo. Occorre proseguire la verifica periodica tramite le Schede di Dimissione Ospedaliera. Il numero di casi intervallo sembra rispettare gli standard, ma per poter formulare un giudizio più preciso occorre disporre di una stima dell'incidenza attesa di cancro della mammella in Valle d'Aosta in assenza di screening.

I tempi di refertazione (Tabella 6) nel secondo semestre 2006 sono lievemente al di sotto del livello raccomandato dalle linee guida europee e del Gruppo Italiano per lo Screening Mammografico (GISMa: 90% delle mammografie refertate entro tre settimane dalla data dell'esame). L'intervallo, che nel 2004 era un poco superiore per l'Unità mobile rispetto a quella fissa, era diventato uniforme per le due Unità nel 2005 ed era ulteriormente migliorato nel primo semestre 2006.

Nel primo semestre 2007 l'intervallo di refertazione permane non soddisfacente, particolarmente presso l'Unità fissa. L'utilizzo dell'ecografia di approfondimento in caso di seno denso comporta

l'allungamento del tempo di conclusione della fase diagnostica di I livello e condiziona pertanto questo indicatore.

Nel primo semestre 2007 il tasso di richiami è ulteriormente aumentato per quanto riguarda i primi esami (12.1% nelle due Unità vs 10.2% nel 2006) mentre rimane stabile per gli esami successivi (6.7% complessivamente, 7.0% nell'Unità fissa e 5.9% nell'Unità mobile).

Il tasso di richiami elevato potrebbe essere in relazione, in parte, allo studio sull'utilizzo dell'ecografia di screening in seni densi, attivo dall'ottobre 2002. Tuttavia, considerando che la proporzione di ecografie di primo livello eseguite sul totale degli esami è di circa il 7% e che di queste donne il 10% circa viene richiamato alla revisione, l'influenza di questo fattore non dovrebbe essere elevata. E' comunque certamente opportuno eseguire un'analisi specifica dei risultati dello studio sull'ecografia di screening.

SCREENING CITOLOGICO PER IL TUMORE DEL COLLO DELL'UTERO

Per quanto riguarda i volumi di attività si osserva che a fronte delle buone performances ottenute dal programma negli ultimi anni, è opportuno mantenere i buoni livelli di invito raggiunti e tenere presente che ogni eventuale calo di attività richiede successivamente un recupero al fine di mantenere i corretti intervalli individuali di chiamata allo screening.

I livelli di partecipazione si mantengono molto buoni ed in lieve costante crescita dal 2003.

I tempi di risposta rientrano nella normalità e rispettano ampiamente gli standard.

La proporzione di prelievi inadeguati è del 4,5%. Esiste una certa variabilità tra prelevatori e tra unità di prelievo.

Nell'ambito della distribuzione degli esiti diagnostici dei test di primo livello si assiste ad un incremento delle alterazioni citologiche L-SIL+ (2.91% vs 1.72% dell'anno precedente). Ciò si riflette in un incremento degli invii in colposcopia 4.54% che subisce un ulteriore incremento rispetto allo scorso anno a carico sia delle donne al primo screening che per quelle a screening successivi.

Le indicazioni a ripetere si riducono (7,2%) .

La compliance alla colposcopia è buona (95,4%) ed è completa per le donne con H-SIL e CTM.

Il Valore Predittivo è del 12.1% per tutti i motivi di invio in colposcopia versus la diagnosi istologica di CIN2+. Sale a 12.7% quando si considerino le sole alterazioni citologiche come motivo di invio.

La Detection Rate per CIN2 + subisce un incremento notevole rispetto all'anno precedente. Del resto il numero di lesioni confermate istologicamente è quasi raddoppiato mentre il numero di donne aderenti al primo livello è più o meno costante. Infatti quasi 5 casi di lesioni CIN2+ ogni mille donne sottoposte a screening sono stati rilevati tra le invitate 2006; tra le invitate nel 2005 erano 2,5. Ulteriori analisi sono

necessarie per comprendere la ragione del fenomeno che riguarda le donne al primo test di screening (prevalentemente giovani), ma anche donne già sottoposte a screening (non necessariamente giovani).