

**Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007**  
**Relazione sullo stato di avanzamento al 31 dicembre 2006**

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. L'attuale volume di attività è adeguato. Occorre inoltre assicurarsi di invitare con gli intervalli regolari anche le donne precedentemente non aderenti all'invito. Il tasso di adesione e i tempi di refertazione soddisfano gli standard. E' da segnalare la persistenza di un maggior tasso di richiami in Unità fissa rispetto all'Unità mobile, significativo all'analisi statistica multivariata, e il recente (2005) superamento dello standard (<5%) in Unità fissa anche per quanto riguarda gli esami successivi al primo. E' stata eseguita una ricerca approfondita dei casi intervallo, che ha consentito di identificare alcuni casi precedentemente non conosciuti.

Nel secondo semestre 2005 vi è stato un calo degli inviti e negli esami, specialmente a carico dell'Unità mobile, che ha causato un deficit nella copertura della popolazione su base annua. Per recuperare inviti non effettuati in passato per anomalie del sistema informatico, è risultato necessario aumentare nel 2006 gli esami di screening da effettuare mensilmente, per un totale di circa 540 esami in media (circa 590 se non si tiene conto di agosto). Dai dati del primo semestre 2006 appare che queste raccomandazioni sono state seguite.

Per tutti gli esami è stata eseguita, come da protocollo, doppia lettura. Le ripetizioni della mammografia al momento dello screening sono inferiori ai limiti previsti dagli standard europei (< 1 per cento).

L'adesione grezza nel 2005 è del **70.1%**. L'adesione agli inviti successivi (72.0%) è superiore rispetto ai primi inviti (52.9%), probabilmente a causa di un ritardo nell'invito delle non aderenti al round precedente.

I tempi di refertazione rispettano il livello raccomandato dalle linee guida europee e 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, è diventato uniforme per le due Unità nel 2005 ed è ulteriormente migliorato nel primo semestre 2006.

L'Unità fissa (mammografo digitale) fino al 2005 continua ad essere caratterizzata da un tasso di richiami superiore rispetto all'Unità mobile (primi esami: 5.4% vs 4.9% nel 2001, 5.5% vs 5.3% nel 2002, 6.7% vs 4.6% nel 2003, 8.5% vs 3.0% nel 2004 e 12.0% vs 7.0% nel 2005). L'Unità mobile fino al 2004 ha rispettato l'obiettivo desiderabile del 5% definito dalle linee guida europee, mentre l'Unità fissa l'ha costantemente superato rimanendo tuttavia, salvo che nel 2004 e nel 2005, al di sotto del limite accettabile del 7%. Lo stesso fenomeno, con numeri superiori e quindi più stabili, accade per gli esami successivi al primo. Per questi esami il tasso di richiami è stato superiore all'obiettivo (< 5% accettabile) nell'Unità fissa nel 2005 e nel primo semestre 2006.

Occorre perfezionare il meccanismo di identificazione e classificazione dei casi che insorgono dopo un esame di screening negativo, e 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.

Inoltre il 10 ottobre 2005 è iniziata l'applicazione di un protocollo relativo all'effettuazione di ecografie mammarie come test aggiuntivo di screening in donne con seno denso. Il protocollo opportunamente prevede un attento monitoraggio di questa attività. Si ritiene importante poter effettuare un'analisi ad hoc di questi dati al più presto, in modo da poter confermare che la raccolta dati relativa a questa attività sia adeguata.

Infine sarebbe opportuno effettuare nel prossimo futuro un'analisi dei dati di screening relativi specificamente alle donne in follow up, anche in considerazione delle modalità organizzative specifiche di questa attività.

#### SCREENING CITOLOGICO PER IL TUMORE DEL COLLO DELL'UTERO

Lo screening per il cervicocarcinoma procede con regolarità.

Ci si era proposti di attestare il volume di attività, in funzione della adesione prevedibile e della necessità di invitare annualmente un terzo della popolazione obiettivo. Questo standard è sostanzialmente raggiunto per l'anno 2005 è stato conservato nel 2006. Ci si è prefissato per l'anno 2006 di invitare circa 11.600 donne, lasciando un margine per il recupero di eventuali situazioni arretrate di conseguenza, nel triennio 2004-2006, la popolazione valdostana è stata pressoché a completa copertura da invito da screening. Il mantenimento di questi volumi di attività avrà anche l'effetto di una progressiva attenuazione delle oscillazioni di bacino d'utenza che si verificano ogni triennio.

Sono completamente scomparse le classificazioni di "meno che ottimale" o "limitato da", ormai obsolete.

Il ricorso ad indicazioni a ripetere il test si mantiene entro i livelli accettabili (8,4%), anche se in lieve aumento.

La proporzione di donne inviate al secondo livello è aumentata rispetto allo scorso anno, tuttavia a fronte di ciò la compliance ad eseguire l'esame si riduce, così come il valore predittivo.

La compliance alla colposcopia ha subito una flessione rispetto ai valori ottimali riscontrati negli anni precedenti. Si ritiene sia necessaria una maggiore attenzione nel verificare che i casi che necessitino di approfondimento diagnostico, lo effettuino al più presto, entro o fuori dello screening. Tale aspetto è di particolare importanza sia sul caso singolo che sull'impatto dello screening nel complesso.

Il Valore Predittivo è inferiore rispetto a quello dello scorso anno a fronte di un incremento del recall rate.

L'insieme degli indicatori (aumento della proporzione di inadeguati, delle indicazioni a ripetere e degli invii in colposcopia senza aumento del tasso di individuazione di nuove lesioni e con conseguente riduzione del valore predittivo positivo) indica una riduzione degli elevati livelli di qualità della citologia ottenuti negli anni precedenti. Questa riduzione si era in parte già manifestata nel 2004 e si accentua ulteriormente nei dati preliminari del 2006.