

Rivista Scientifica

Igiene e Sanità Pubblica

*fondata nel 1945 da Gaetano Del Vecchio
già diretta da Gaetano e Vittorio Del Vecchio*



*Custodit vitam qui custodit sanitatem
Sed prior est sanitas quam sit curatio morbi
(Flos Medicinae Scholae Salerni)*

ESTRATTO

in formato elettronico autorizzato dagli Autori e dall'Editore

R. Barni, S. Bolzoni, C. Bonazzi, R. Burani, G. Del Corno, A. Galetti, C. Maggioni,
G. Marinoni, A. Pavan, E. Pirola, F. Setoud

**Valutazione degli aspetti organizzativi e di processo di una campagna
di diagnosi precoce del cancro della mammella
nella ASL Provincia di Milano 1**

Periodico bimestrale
Volume LVIII - N. 1/2 - Gennaio / Aprile 2002
IgSanPubbl - Issn 0019-1639
www.igiene.org

Igiene e Sanità Pubblica

Direttore Responsabile
Augusto Panà

Direttore Editoriale
Armando Muzzi

Redazione
*Cattedra di Igiene e Medicina Preventiva
Università di Roma Tor Vergata*

Capiredattore
Giuseppe Cananzi, Elisabetta Franco

Coordinatore
Natalia Buzzi

Comitato Scientifico
*Giovanni Berlinguer, Antonio Boccia,
Vittorio Carreri, Gaetano M. Fara,
Bertram Flehmig, Giuseppe Giammanco,
Antonino Gullotti, Elio Guzzanti,
Alessandro Maida, Marck McCarthy,
Cesare Meloni, Bruno Paccagnella,
Walter Ricciardi, Gianfranco Tarsitani,
Giancarlo Vanini*

Segreteria di Redazione
Iolanda Mozzetta, Vito Cerullo

Redazione Sito Internet
Giulia Zamponi

Traduzioni a cura di
Henrike Berg, Steffen P. Berg, Ilaria Restifo

Impaginazione e Grafica
Nebo Ricerche PA, Roma

Norme editoriali in 3^a di copertina.

Hanno collaborato a questo numero
*U.L. Aparo, F. Bagordo, R. Barni, S. Bolzoni,
L. Bonadonna, C. Bonazzi, R. Briancesco,
R. Burani, C. Cataldo, S. Cavallaro,
A. De Donno, G. Del Corno, C. Di Domenico,
I. Di Girolamo, A. Di Paolo, M. Galea,
A. Galetti, G. Giammanco, M.C. Giangrasso,
C. Maggioni, E. Mancini, G. Marinoni,
M.T. Montagna, A. Paterno, A. Pavan,
S. Pignato, E. Pirola, M. Prota, M. Sapienza,
A. Scalamandrè, G. Serio, F. Setoud,
G. Signorile, S. Tabolli, P. Trerotoli*

IGIENE E SANITÀ PUBBLICA È INDICIZZATA SU MEDLINE E INDEX MEDICUS.

Garanzia di riservatezza

Il trattamento dei dati personali che riguardano Autori e Abbonati viene svolto nel rispetto di quanto stabilito dalla Legge n. 675 del 1996 sulla Tutela dei dati personali. I dati non saranno comunicati o diffusi a terzi e per essi l'Autore o l'Abbonato potrà richiedere, in qualsiasi momento, la modifica o la cancellazione, scrivendo all'Editore.

Igiene e Sanità Pubblica - Periodico bimestrale a carattere scientifico
Reg. Trib. di Roma n. 4198 del 19.10.1954

Proprietà artistica e letteraria riservata

*Realizzato con il contributo dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata
Accreditato SItI - Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica*

Valutazione degli aspetti organizzativi e di processo di una campagna di diagnosi precoce del cancro della mammella nella ASL Provincia di Milano 1

Rossella Barni ⁽⁴⁾, Silvia Bolzoni ⁽²⁾, Chiara Bonazzi ⁽⁴⁾,
Rossella Burani ⁽¹⁾, Giuseppe Del Corno ⁽⁴⁾, Anna Galetti ⁽¹⁾, Carlo Maggioni ⁽¹⁾,
Guia Marinoni ⁽²⁾, Anna Pavan ⁽¹⁾, Elena Pirola ⁽¹⁾, Firouzeh Setoud ⁽³⁾

⁽¹⁾ Servizio Medicina Preventiva nelle Comunità, ASL Provincia di Milano 1

⁽²⁾ Servizio di Radiologia, Azienda Ospedaliera di Legnano

⁽³⁾ Istituto di Igiene e Medicina Preventiva, Università di Milano

⁽⁴⁾ Dip. di Med. Sperimentale, Ambientale e Biotecnologie Mediche, Univ. di Milano Bicocca

Parole chiave Screening; Tumore della mammella; Valutazione.

Riassunto Lo studio analizza i primi dati relativi alla campagna di screening per la diagnosi precoce dei tumori mammari (nominata Progetto Donna), attivata a partire dal 1999 dalla ASL Provincia di Milano 1, discutendone alcuni rilevanti aspetti organizzativi. L'elevata percentuale di adesione indica una buona efficacia delle iniziative di informazione e sensibilizzazione della cittadinanza; è emersa una elevata variabilità dei tassi di approfondimento dei diversi presidi che ha indotto ad una verifica della qualità ed adeguamento degli standard dei servizi radiologici coinvolti.

Assessment of a mass screening program for breast cancer in the Milan Health Unit 1 (ASL Provincia di Milano 1)

Keywords Mass screening; Breast Cancer; Assessment.

Summary This study examines the early data of a breast cancer screening campaign (Progetto Donna) set up by the Milan Health Unit 1 in 1999. The authors have focused on some basic organizational aspects of such campaign and the patients' high response to the project showed a good efficiency of this initiative, aimed at informing and awakening people. The high rate of suspiciously positive results checked in several Hospitals, led to a careful assessment of the quality and the standards of radiology services.

Evaluation d'un programme de dépistage du cancer au sein dans le cadre de l'Agence Sanitaire Milan 1 (ASL Provincia di Milano 1)

Mots-Clé Dépistage précoce; Cancer au sein; Appréciation.

Résumé Les auteurs ont examiné les premiers résultats d'une campagne de dépistage précoce du cancer au sein (Progetto Donna) entamée en 1999 par l'Agence Sanitaire Milan 1; ils ont aussi touché aux aspects les plus importants de l'organisation de cette campagne. La bonne réponse des patients à ce projet montre son efficacité vis à vis de ces initiatives visées à informer et sensibiliser les gens. Le nombre élevé des résultats positifs suspects que l'on a vérifiés dans certains Hopitaux, a amené à évaluer la qualité et les ajustements des standards dans les services de radiologie concernés.

Beurteilung der Organisations- und Verlaufs-Aspekte der Untersuchungs-Kampagne zur frühzeitigen Brustkrebsdiagnostizierung der ASL der Provinz Mailands

Schlüsselwörter Screening; Brustkrebs; Einschätzung.

Zusammenfassung Es werden die ersten Ergebnisse einer Screenings-Kampagne zur frühzeitigen Brustkrebs-diagnostizierung („Projekt Donna“ genannt), durch die ASL der Provinz Mailand ab 1999 ausgeführt, analysiert und einige hervorstechende Aspekte der Organisation diskutiert. Der hohe Beteiligungsprozentsatz beweist einen wirksamen Einfluß der Information und Sensibilisierung der Bevölkerung; es ergab sich eine hohe Variabilität in den genaueren Untersuchungsmaßnahmen der verschiedenen Einrichtungen, was eine Überprüfung der Qualität und eine Standard-vereinheitlichung der beteiligten radiologischen Bereiche nötig macht.

Introduzione

La diagnosi precoce rappresenta a tutt'oggi, tra le strategie disponibili, la più efficace per ridurre il grave impatto del tumore della mammella sulla salute della donna. Il Piano Sanitario Nazionale della Gran Bretagna (NHS Plan) prevede al primo posto tra le sue dieci priorità la lotta ai tumori e ribadisce che il programma nazionale di screening per il tumore della mammella continua a salvare vite umane ⁽¹⁾. Esso prevede quindi di finanziare l'estensione di screening di routine, attualmente rivolto alle donne tra 50 e 64 anni, alle donne fino ai 70 anni di età e di renderlo disponibile, su richiesta, per le donne oltre i 70 anni ⁽²⁾.

Anche il Canada mantiene attivi i propri programmi di screening mediante mammografia periodica, rivolti alle donne tra 50 e 69 anni, osservando che il tumore della mammella è una delle principali cause di morte per tumore tra le donne canadesi e che i tassi più bassi di mortalità per questa causa si registrano nelle due province che presentano i programmi di screening più estensivi e i più alti livelli di mammografie eseguite. Pertanto il Ministero della Sanità Canadese, attraverso il piano denominato *The Renewed Canadian Breast Cancer Initiative 1998-2003*, ha proposto lo sviluppo di programmi di screening di qualità, organizzati in tutte le province e territori ⁽³⁾.

La ASL della Provincia Milano 1, dando attuazione alle direttive della Regione Lombardia che riprendono, in questo settore, gli obiettivi fissati dal Piano Sanitario Nazionale 1998 2000 ⁽⁴⁾, ha progressivamente attivato nei propri Distretti, a partire dal 1999, una campagna di diagnosi precoce del cancro della mammella, tramite screening mammografico rivolto alle donne residenti di età compresa tra i 50 ed i 69 anni. A due anni dall'avvio della campagna, si possono trarre alcune conclusioni sull'adeguatezza delle modalità organizzative, sulle percentuali di adesione, in termini di efficacia delle campagne di sensibilizzazione, e sulla qualità

dei servizi di radiologia degli Ospedali interessati.

Materiali e metodi

La ASL Provincia di Milano 1 è situata a nord ovest di Milano e comprende un territorio che interessa 77 comuni con un bacino d'utenza di circa 920.000 residenti. Le donne residenti suscettibili di

screening al 31 dicembre 1999 sommano a circa 120 mila, circa il 25% del totale della popolazione femminile della ASL, distribuite per singolo distretto come da *tavola 1*. Il progetto ha preso avvio nel 1999 in due Comuni del Distretto di Garbagnate Milanese (Paderno e Senago), configurandosi come iniziale esperienza a partire dalla quale si è poi strutturato l'attuale modello organizzativo.

Tavola 1

Popolazione della ASL Provincia di Milano (al 31 dicembre 1999)

Distretto	Totale	Femminile	Target (*)
1. Garbagnate M. ^{se}	239.266	121.467	29.400
2. Rho	161.702	82.288	20.630
3. Corsico	113.918	57.609	15.277
4. Legnano	169.793	87.224	21.977
5. Castano Primo	62.757	32.277	8.086
6. Magenta	110.498	56.326	13.889
7. Abiategrasso	66.104	33.743	8.374
Totale	924.038	470.934	117.633

(*) Donne in età compresa fra 50 e 69 anni.

Aspetti organizzativi

La rete organizzativa è costituita dalle seguenti strutture:

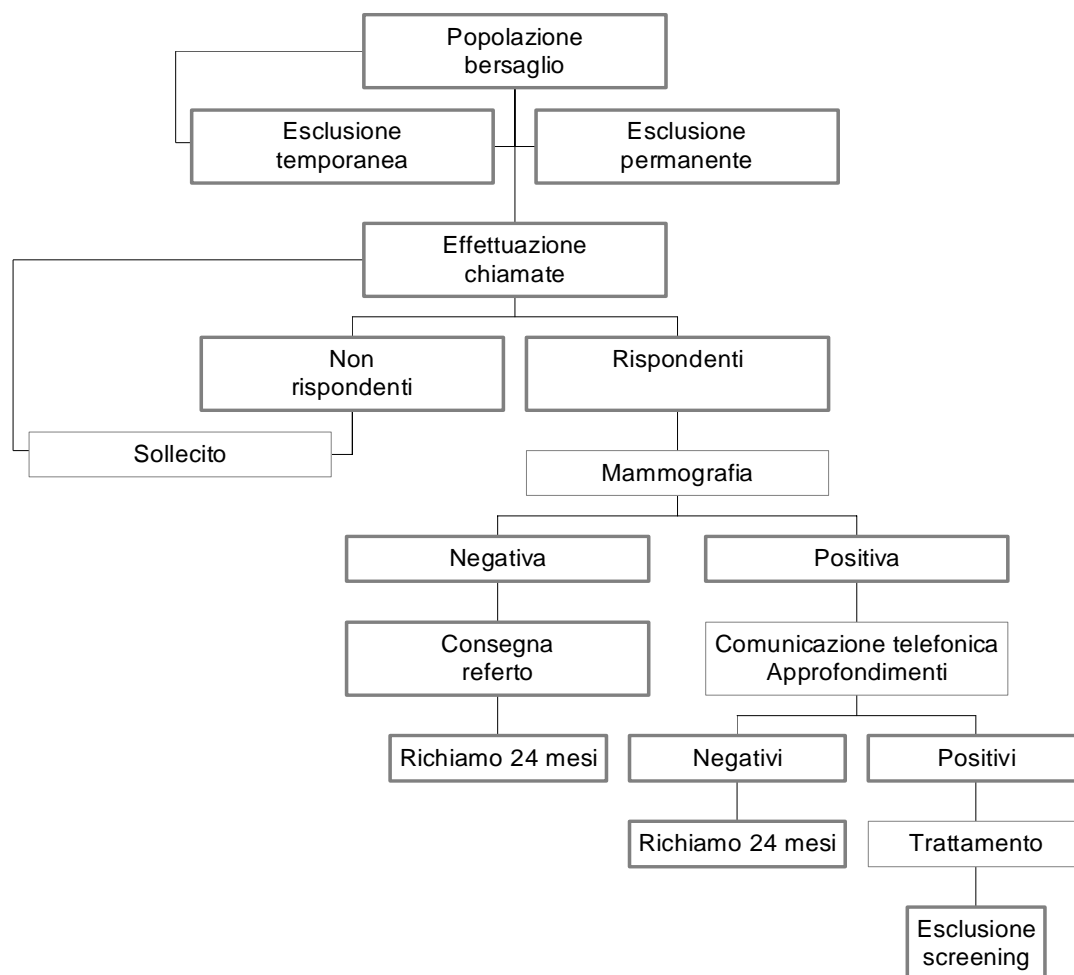
1. Il *Centro Operativo Screening* fa capo al Servizio Medicina Preventiva nelle Comunità del Dipartimento di Prevenzione ed è situato presso l'ospedale di Passirana di Rho. È dotato di un sistema informativo che provvede alla identificazione della popolazione bersaglio, alla costruzione, correzione ed aggiornamento periodico delle liste di popolazione nonché alla predisposizione degli inviti, solleciti e richiami. Inoltre gestisce gli esiti dei test di primo livello e degli approfondimenti ed ha il compito di monitorare i principali indicatori di processo. Presso il Centro Operativo è attivo un numero verde dedicato cui l'utenza può rivolgersi per informazioni e modifiche degli appuntamenti prefissati.
2. I *Distretti*, tramite le articolazioni territoriali del Servizio di Medicina Preventiva nelle Comunità curano invece, di concerto con i Comuni, le Associazioni del territorio ed i Medici di Medicina Generale (MG), la campagna informativa di sensibilizzazione della popolazione, onde elevare la percentuale di adesione.
3. I *Centri di effettuazione*. Gli Ospedali pubblici e privati convenzionati del territorio garantiscono la effettuazione dei test di screening, gli eventuali approfondi-

menti, nonché il trattamento dei casi diagnosticati. Ad oggi sono attivi sul territorio della ASL, oltre al Presidio Ospedaliero di Rho-Passirana, quattro Centri di effettuazione (Clinica San Carlo Paderno Dugnano; Presidio Ospedaliero di Legnano, Presidio Ospedaliero di Magenta, Poliambulatorio di Corsico) e 3 centri di lettura delle mammografie di screening e relativo approfondimento (il poliambulatorio di Corsico fa riferimento al Presidio Ospedaliero di Magenta).

Dalla collaborazione tra Centro Operativo Screening ed Ospedali di riferimento sono derivate le *Procedure Operative per lo screening mammografico della ASL Provincia di Milano 1* che regolamentano l'organizzazione dei flussi informativi e della attività. La progettazione della campagna di screening è stata effettuata sulla scorta delle linee guida e delle esperienze ricavate dalla letteratura nazionale ed internazionale⁽⁵⁻¹²⁾. Le fasi della campagna di screening, riassunte in *figura 1*, sono di seguito descritte.

- *Individuazione delle donne eleggibili.* La popolazione bersaglio è rappresentata dall'insieme delle donne elencate negli archivi anagrafici dei comuni del territorio dell'ASL comprese nella fascia di età 50-69 anni. I dati delle anagrafi comunali vengono incrociati con l'anagrafe assistiti per l'acquisizione di dati identificativi quali il numero di tessera sanitaria ed il medico di MG di riferimento. Per garantire l'attendibilità della coorte delle eleggibili viene effettuato un aggiornamento almeno annuale delle liste anagrafiche. I motivi di esclusione permanente (donne non eleggibili) sono di tipo anagrafico (decesso, trasferimento) o di ordine sanitario (in follow up per ca. mammario). L'esclusione definitiva, poiché comporta l'uscita permanente dal programma, viene riservata, per motivi medico legali, solo a casi validamente documentati (anagrafe, scheda di dimissione ospedaliera, certificato del medico di MG). Anche il rifiuto attivo da parte della donna costituisce motivo di esclusione permanente, purché documentato e registrato. Le donne che dichiarano un rifiuto verbale, di essere temporaneamente residenti altrove o di aver effettuato una mammografia negli ultimi dodici mesi oppure che riferiscono una malattia prolungata vengono escluse temporaneamente.
- *Effettuazione delle chiamate.* Si adotta un criterio geografico di effettuazione delle chiamate perché l'iniziativa nella stessa zona sia più visibile e la partecipazione delle donne del quartiere o del vicinato, quando convocate assieme, venga

Figura 1
Diagramma riassuntivo delle fasi della campagna di screening



rinforzata e facilitata. La spedizione degli inviti è effettuata in modo che la loro ricezione avvenga di norma 15-20 giorni prima dell'appuntamento. Nel caso in cui la donna non si presenti all'appuntamento ne viene registrata l'assenza. È previsto l'invio di una lettera di sollecito a tutte le donne classificate "non rispondenti al primo invito".

- *Il test e il percorso successivo.* Le mammografie sono effettuate in doppia proiezione, da personale addestrato, secondo le procedure indicate dalle Linee Guida Europee. Alla fine dell'esame vengono comunicati alla donna i tempi e le modalità di ritiro del test e le viene preannunciata una comunicazione personale telefonica nel caso siano necessari approfondimenti o la ripetizione della mammografia; ciò al fine di attenuare l'ansia dovuta ad una comunicazione inaspettata.

Le mammografie sono lette con doppia lettura (in cieco). I casi discordanti sono interpretati secondo il criterio più restrittivo ed approfonditi di conseguenza. In caso di referto normale, alla donna o a un suo delegato, è consegnata copia del referto radiologico a cui viene allegato un depliant informativo contenente messaggi preventivi e consigli per eseguire l'auto esame del seno. In caso di positività del test di screening il personale del servizio di Radiologia comunica telefonicamente alla donna la necessità di eseguire ulteriori accertamenti, concordando la data ed il luogo, nell'ambito di canali preferenziali appositamente dedicati agli approfondimenti dello screening. Qualora ci sia indicazione al trattamento, qualsiasi esso sia, è raccomandato alla donna di accedere per le prestazioni ad uno dei Centri individuati all'interno del Dipartimento Oncologico della ASL.

L'iter della donna prosegue, di norma, con la data del successivo invito a 24 mesi dal primo contatto, o con un richiamo a dodici mesi per quelle che necessitano di un controllo ravvicinato, o con l'esclusione dallo screening per i casi positivi.

- *Sistema informativo.* La gestione dei dati avviene tramite supporto elettronico sin dall'individuazione dei nominativi; anche l'organizzazione delle chiamate è stata automatizzata attraverso un apposito software. Con frequenza settimanale il Centro Screening trasmette alle radiologie, tramite posta elettronica, un foglio di lavoro con i dati relativi alle donne invitate suddivisi per data ed orario d'invito. Analogamente, con frequenza settimanale, le radiologie ritrasmettono i fogli di lavoro compilati relativi alla settimana precedente.
- *Indicatori previsti.* I dati raccolti sono stati utilizzati per il calcolo di indicatori quali il tasso di adesione grezza, il tasso di adesione corretta, il tasso di richiami per approfondimenti ed il tasso di identificazione di cancro. Il *tasso di adesione* è stato ottenuto come rapporto fra numero di donne aderenti rigorosamente nel periodo definito e totale delle donne effettivamente invitate nello stesso periodo. Quale *tasso di adesione corretta* è stato considerato al numeratore il numero di donne invitate rispondenti al test ed al denominatore il numero di donne invitate dal programma al netto degli inviti inesitati e delle donne con mammografia effettuata di recente. Il *tasso di richiami per approfondimenti* è stato calcolato come rapporto fra numero di donne richiamate e numero di donne rispondenti mentre come *tasso di identificazione di cancro* si è inteso il rapporto fra numero di donne con diagnosi finale di cancro (in situ o invasivo) e il

numero di donne rispondenti. ⁽⁸⁾ Il tasso di adesione ed il tasso di adesione corretta sono utilizzati per valutare l'impatto del programma. Il grado di partecipazione della popolazione invitata risulta essere uno dei fattori determinanti dell'efficacia del programma nel ridurre la mortalità. Il tasso di richiami per approfondimenti è un indicatore di qualità del processo diagnostico, influenzato dalla sensibilità e dalla specificità delle metodiche d'indagine utilizzate oltre che, ovviamente, dall'effettiva prevalenza della patologia nella popolazione. I tassi di adesione, adesione corretta e di richiami per approfondimenti descrivono quindi aspetti specifici della campagna di screening, consentendone anche una valutazione in itinere, al fine di individuare eventuali criticità. Le variazioni di questi stessi indicatori nel tempo permettono inoltre di misurare l'efficacia di interventi mirati a favorire la partecipazione della popolazione e al miglioramento delle procedure di screening. Il tasso di identificazione di cancro, infine, costituisce uno strumento di valutazione della qualità e dell'adeguatezza del programma nel complesso delle sue fasi.

Risultati

Ad oggi i Distretti coinvolti sono quelli di Legnano (attivato nel marzo 2000), Corsico (attivato nel maggio 2000) e Magenta (attivato nel giugno 2000). Nel primo semestre del 2001 è stata inoltre attivata la campagna di screening nei Distretti 1 (Garbagnate) e 2 (Rho), mentre è attualmente in corso l'estensione del programma ai rimanenti due distretti che compongono la ASL (Abbiategrasso e Castano Primo).

I dati esposti di seguito si riferiscono alla attività svolta nei Distretti fino al mese di dicembre 2000 (Corsico, Legnano e Magenta). Si è ritenuto opportuno non attendere il termine del primo round di screening per analizzare i dati raccolti, poiché risulta essenziale individuare precocemente le criticità e formulare tempestivamente le eventuali azioni correttive. La *tavola 2* riporta i dati relativi alla attività di screening mammografico totali e suddivisi per ciascun Distretto, ad esclusione di quelli relativi al Distretto di Rho, autonomamente gestiti dal Presidio Ospedaliero, sulla base di precedente programmazione.

In questa tavola viene riferito anche il dato di "rispondenza al sollecito" per i tre distretti. Il tasso di rispondenza al sollecito è la percentuale delle donne che rispondono alla seconda lettera di invito, sul totale delle sollecitate. Analoghe

Tavola 2

Dati riassuntivi relativi all'attività di screening svolta nell'anno 2000 in tre Distretti della ASL provincia di Milano 1

	Distretto 3 Corsico	Distretto 4 Legnano	Distretto 6 Magenta	Totale
Totale donne in età 50-69 anni	15.277	21.977	13.889	51.143
Totale donne invitate	5.081	6.560	2.867	14.508
- Non escluse	4.675	6.134	2.677	13.486
- Donne temporaneamente escluse	317	286	136	739
- Donne permanentemente escluse	89	140	54	283
Mammografie eseguite	1.921	3.939	1.637	7.497
Positivi al test di screening (<i>approfondite</i>)	42	539	53	634
Veri positivi	16	41	13	70
Rispondenza (<i>corretta</i>) al sollecito	9,20%	8,10%	8,25%	

esperienze di screening mostrano che l'invio di lettere di sollecito aumenta l'adesione complessiva al programma del 10-15% circa, mentre l'adesione tra le donne sollecitate è dell'ordine del 20-30%; occorre quindi tenere conto di queste stime nella programmazione degli appuntamenti per solleciti. D'altra parte la rispondenza al sollecito non rappresenta un indicatore di efficacia del processo, come invece i tassi di adesione, approfondimento, e identificazione; bensì va inteso come uno strumento interno ad ogni "progetto di screening", utile per valutare il costo/beneficio della stessa procedura di sollecito.

Il tasso corretto di adesione (*tavola 3*) relativo all'intera ASL è pari al 55,6%, a fronte di uno standard di riferimento internazionale del 50-70%. Prendendo in considerazione singolarmente i tassi di adesione corretta nei tre Distretti in cui è attivo lo screening, si hanno valori che oscillano tra il 41,1% di Corsico e il 64,2% di Legnano. Relativamente alla distribuzione per fascia di età del tasso di adesione, esso è massimo nella fascia di età tra i 55 ed i 59 anni, per poi decrescere drasticamente nella fascia di età 65-69 anni in accordo con i dati della letteratura nazionale.

Il tasso di approfondimento (donne risultate positive al test di screening che hanno proseguito negli accertamenti) relativamente alla intera ASL è pari al 8,5% a fronte di uno standard di riferimento internazionale pari al 5-8% per il primo round di screening. Prendendo in considerazione singolarmente i tassi di approfondimento nei tre Centri di effettuazione, si hanno valori che oscillano dal 2,2% di Corsico al 13,7% di Legnano.

Tavola 3**Indicatori di processo e relativi standard di riferimento**

	<i>Corsico</i>	<i>Legnano</i>	<i>Magenta</i>	<i>Asl Prov. Milano 1</i>	<i>Standard (*)</i>
Tasso grezzo di adesione	37,8%	60,0%	57,1%	52,0%	
Tasso corretto di adesione	41,1%	64,2%	61,1%	55,6%	50-70%
Tasso di approfondimento	2,2%	13,7%	3,2%	8,5%	5-8%
Tasso identificazione cancro	8,3‰	10,4‰	7,9‰	9,3‰	5-6‰

(*) Gli standard sono tratti da: Giorgi, Paci, Zappa "Lo screening mammografico" e Ciatto, Bonardi, Rosselli, Del Turco "Standard di riferimento delle prestazioni di un programma di screening mammografico", op. cit.

Il tasso di identificazione di cancro (numero dei veri positivi sul totale delle mammografie eseguite), relativamente ai distretti considerati, è pari a 9,3‰ a fronte di uno standard di riferimento internazionale pari al 5-6‰ per il primo passaggio di screening.

Prendendo in considerazione il tasso singolarmente nei tre Distretti in cui è attivo lo screening, si hanno valori che variano tra il 7,9‰ di Magenta ed il 10,4‰ di Legnano.

Analizzando in dettaglio la situazione di ogni Distretto si possono fare le successive osservazioni.

- *Distretto 3, Corsico*

Il tasso di adesione, inizialmente intorno al 35%, come era prevedibile, ha mostrato in ogni caso alcuni segnali di crescita, pur non raggiungendo gli standard previsti. Al contrario delle previsioni, inoltre, solo 5 donne su 115 (4,3%) hanno interrotto l'approfondimento, nonostante la sede di effettuazione degli esami di secondo livello, presso l'Ospedale di Magenta, non rappresentasse un punto di riferimento "storico" per il Distretto in esame. Il 50% delle donne con diagnosi di tumore, infine, ha deciso di farsi operare presso l'Ospedale di Magenta, a conferma del gradimento dell'iter diagnostico intrapreso.

- *Distretto 4, Legnano*

Accanto all'ottimo tasso di adesione (confermato anche nella campagna sulla Città di Legnano, di cui si stanno ultimando i solleciti), va rilevato come il tasso di approfondimento, ancorché superiore agli standard previsti, si sia progressivamente ridotto nel corso dell'anno, e negli ultimi tre mesi è sceso al di sotto del 10%. Si evidenzia un tasso di identificazione di cancro molto alto, pur

essendo questa la prima offerta sistematica della mammografia di screening, (primo passaggio dello screening), quella quindi che consente di individuare i casi prevalenti. Un tasso così elevato dovrebbe essere garante della qualità del processo in corso. Emerge infine che il 72,3% delle donne risultate affette da tumore ha scelto di farsi operare presso l'Ospedale di Legnano.

- *Distretto 6, Magenta*

Il Distretto 6 è stato caratterizzato nel corso di questo primo anno di attività da una adesione molto omogenea fra tutti i comuni fino ad oggi interessati. Il tasso di approfondimento, così come per il Distretto 3, risulta inferiore allo standard previsto con un tasso di identificazione di cancro comunque buono. Oltre l'80% delle donne con diagnosi tumorale si è fatta operare presso la struttura di riferimento.

Discussione

Il monitoraggio del tasso di adesione al programma di screening contribuisce alla valutazione d'impatto del programma stesso, in quanto solo adeguati livelli di partecipazione ne garantiscono l'efficacia in termini di riduzione della mortalità. La valutazione del dato di adesione consente di individuare i contesti in cui è opportuno effettuare interventi mirati per favorire la partecipazione.

In questa ottica i dati sopra esposti sollecitano correttivi per aumentare la partecipazione nel Distretto di Corsico, dove il basso tasso di partecipazione può essere spiegato dalla abitudine della popolazione a fare riferimento agli Ospedali milanesi cui afferiva detto Distretto prima della istituzione della Azienda Sanitaria Locale.

Il dato di adesione nel complesso è comunque soddisfacente, a maggiore ragione tenendo conto che, dai dati a disposizione forniti dall'Unità Operativa Accreditamento, nel 1999 il 16% circa delle donne in fascia aveva comunque eseguito, pur in assenza di screening organizzato, una mammografia.

Il tasso di approfondimento dà indirettamente informazioni sulla specificità del programma (cioè la capacità di identificare come negative persone effettivamente sane, o meglio la capacità di ridurre al minimo i falsi positivi). In quest'ottica, alla luce dei dati sopra esposti, è necessario lavorare per ottenere una omogeneizzazione dei tassi di approfondimento nei diversi Centri di effettuazione, al fine di ricondurli tutti all'interno degli standard descritti in letteratura. ^(7,9)

Bibliografia

- ⁽¹⁾ <http://www.doh.gov.uk/about/nhsplan/priorities/cancer.html>
- ⁽²⁾ <http://www.doh.gov.uk/cancer/cancerplan.htm>
- ⁽³⁾ <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/ahi/breastcancer/index.html>
- ⁽⁴⁾ DPR 23 luglio 1998. *Piano Sanitario Nazionale, 1998 - 2000.*
- ⁽⁵⁾ Linee guida Commissione Oncologica Nazionale, 1996.
- ⁽⁶⁾ European Guideline for Quality Assurance in Mammography Screening Europe Against Cancer Programme, 1996.
- ⁽⁷⁾ Giorgi D, Paci E, Zappa M. *Lo screening mammografico nel "Progetto Firenze Donna". Tendenze nuove, 1999; sett/ott:44-50.*
- ⁽⁸⁾ Giorgi D, Giordano L, Paci E, Zappa M. *Organizzazione e valutazione epidemiologica di un programma di screening mammografico. Attualità in senologia, 1999, suppl. 1.*
- ⁽⁹⁾ Ciatto S, Bonardi R, Rosselli Del Turco M. *Standard di riferimento delle prestazioni di un programma di screening mammografico - Risultati del programma di screening nella provincia di Firenze 1992. La Radiologia Medica, 1993; 86:467-71.*
- ⁽¹⁰⁾ Filippini L, Pinelli D, Bettoni C, Bianchi A, Perna E, Lucini L, Vaiana R, Braga M. *Ruolo diagnostico della mammografia e dell'esame clinico nell'ambito del programma di screening per il carcinoma mammario a Brescia. Minerva Medica, 1996; 87:531-8.*
- ⁽¹¹⁾ Sirovich BE, Sox HC. *Breast cancer screening. Surgical Clinics of North America, 1999; 79:961-90.*
- ⁽¹²⁾ De Placido S, Nuzzo F, Perrone F, Carlomagno C, Noviello A, Delrio P, Di Palma E, Pini MT, Cerato PL, Bianco C, Rivellini M, Petrella G, Galo C, Sodano A, Bianco AR. *The first breast cancer screening program in southern Italy: preliminary results from three municipalities of the Naples province. Tumori, 1995; 81:7-12.*

Referente: Chiara Bonazzi

Dip. Medicina Sperimentale, Ambientale e Biotecnologie Mediche

Università di Milano-Bicocca

Via Cadore 48, 20052 - Monza (MI)

Tel. 02/64488311 - Fax 02/64488450 - e-mail chiara.bonazzi@unimib

Editoriale

Igiene e Sanità Pubblica accreditata su MEDLINE	1
---	---

Parte Scientifica e Pratica

R. Barni, S. Bolzoni, C. Bonazzi, R. Burani, G. Del Corno, A. Galetti, C. Maggioni, G. Marinoni, A. Pavan, E. Pirola, F. Setoud Valutazione degli aspetti organizzativi e di processo di una campagna di diagnosi precoce del cancro della mammella nella ASL Provincia di Milano 1	5
S. Pignato, M. Galea, M.C. Giangrasso, S. Cavallaro, M. Sapienza, G. Giammanco Considerazioni circa l'utilità del monitoraggio della presenza di legionelle in ambiente ospedaliero: una esperienza presso un ospedale siciliano	17
A. Paterno, P. Trerotoli, G. Serio La situazione demo-sanitaria degli immigrati clandestini: considerazioni sul contingente albanese giunto in Puglia nel 1997	25
L. Bonadonna, R. Briancesco, C. Cataldo, I. Di Girolamo Qualità microbiologica delle sabbie marine: una spiaggia del Lazio	43
G. Signorile, F. Bagordo, A. De Donno, M.T. Montagna Evoluzione della flora microbica e della sostanza organica in un'acqua minerale imbottigliata	55

Note di Approfondimento

U.L. Aparo, S. Tabolli Il Direttore Sanitario e la Clinical Governance	63
M. Prota, A. Di Paolo, C. Di Domenico, A. Scalamandrè Eziologia di malattie rare da nuovi agenti virali: una indagine della letteratura più recente	75

Note di Aggiornamento

E. Mancini Orientamenti bioetici per l'equità nella salute Comitato Nazionale per la Bioetica, Roma, 25 maggio 2001	89
--	----