



Centro nazionale per la prevenzione
e il controllo delle malattie

Network per la prevenzione e la sanità pubblica



Le barriere all'implementazione dei programmi di screening: un progetto CCM

Antonio Federici e
Paolo Giorgi Rossi

Funzione di governance

Stewardship: subfunzioni

1. generazione dell'intelligenza (gestione basata sulla conoscenza);
2. formulare un quadro strategico;
3. garantire strumenti per l'implementazione;
4. stabilire e mantenere collaborazioni e partnership;
5. creare una coerenza tra gli obiettivi della *policy*, la cultura e la struttura dell'organizzazione;
6. garantire la responsabilità (*accountability*)..

Travis P., Towards better stewardship: concepts and critical issues. Geneva, WHO, 2002. <http://www.who.int/healthinfo/paper48.pdf>



Fenomeno di partenza

CCR

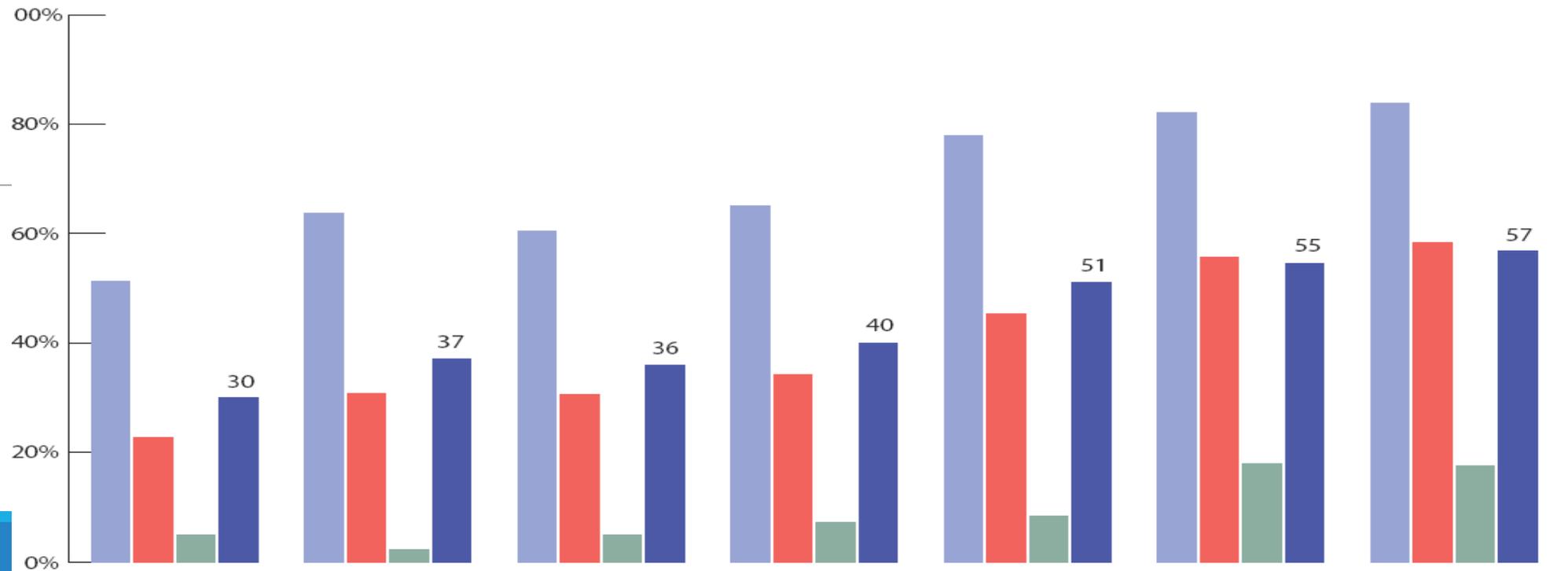
Figura 2.

Estensione effettiva dello screening colorettaile per area geografica

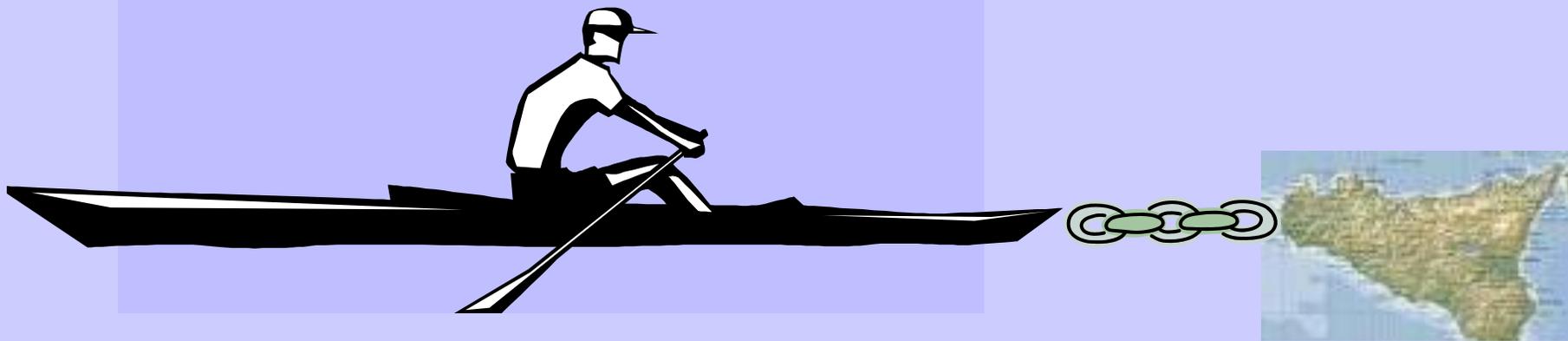
(% di persone fra i 50 e i 69anni di età che ricevono la lettera di invito - 2006-2012).

Fonte: survey Ons

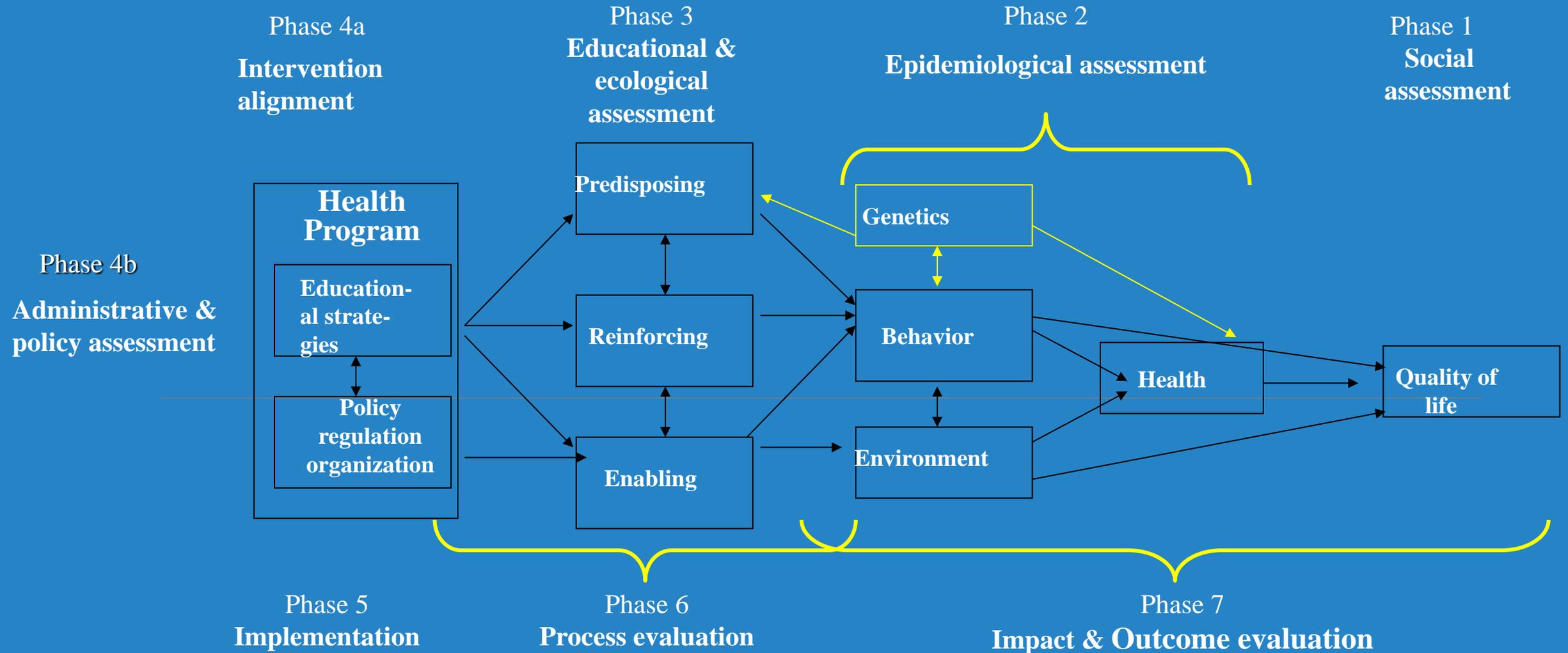
■ Nord ■ Centro ■ Sud ■ Italia



Ci interessano cause modificabili



The generic representation of the **new version** of PRECED-PROCEED



Implementazione dei programmi di screening: analisi delle barriere e dei fattori facilitanti, modificabili e non.

Unità Operativa 1
AGENAS
Coordinamento
istituzionale del
progetto

Unità Operativa 2
AUSL Reggio Emilia
Coordinamento
scientifico del progetto

Unità Operativa 3
CPO Piemonte

Unità Operativa 4
Università "La
Sapienza" Roma

Unità Operativa 5
Università
"Cattolica del
Sacro Cuore" –
Roma

Unità operative

Maria Donata Bellentani – Antonio Giulio De Belvis –
Antonio Federici - Paolo Giorgi Rossi - Lidia Giordano –
Angela Guarino - Giuseppe La Torre – Grazia Serantoni

Implementazione dei programmi di screening: analisi delle barriere e dei fattori facilitanti, modificabili e non.

Obiettivi

- Individuazione delle **barriere all'estensione** dei PS
- individuazione delle **barriere all'adesione** ai PS
- descrizione dell'**organizzazione** dei PS a livello regionale e delle **attività** delle regioni
- fornire uno strumento per favorire una **programmazione efficace**

Implementazione dei programmi di screening: analisi delle barriere e dei fattori facilitanti, modificabili e non.

Output

Il prodotti finali principali, previsti dal progetto, sono:

- executive summary

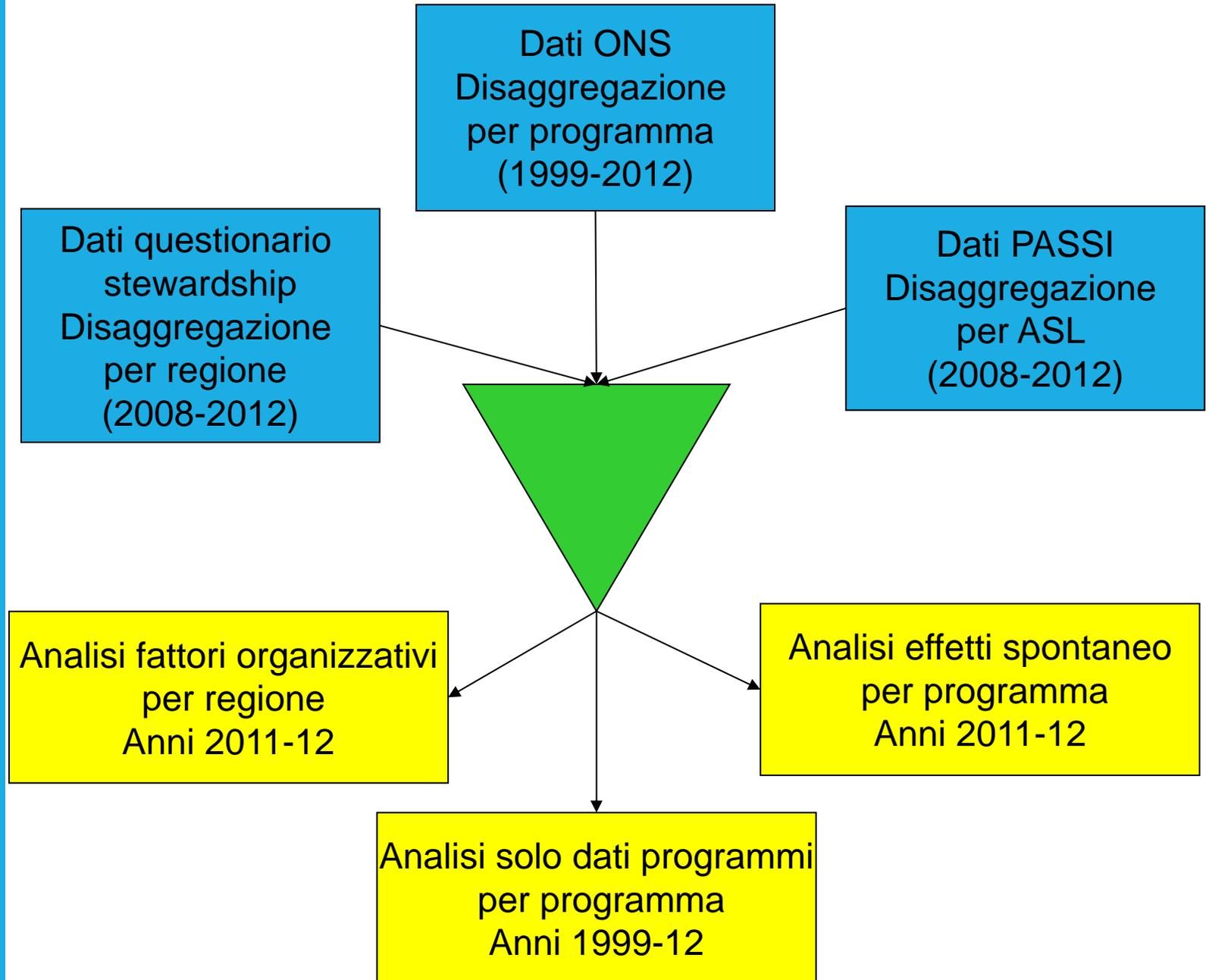
- strumento e manuale applicativo

(di progettazione e valutazione delle attività legate alla costruzione o implementazione dei PS)

Ora in fase di sperimentazione sul campo in 6 regioni che hanno aderito (Campania, Sicilia, Lazio, Piemonte, Emilia-Romagna, Lombardia ognuna con un programma).

I risultati delle analisi: survey,
PASSI e questionari
sull'organizzazione e sulle
attività di stewardship delle
regioni

Flowchart delle analisi



Colonretto

Dataset

Dati programmi di screening: 2005-2012

Dati PASSI: 2008-2012

124 programmi, 680 anni*programma

- 438 NORD
- 158 CENTRO
- 83 SUD

Discontinuità estensione

- Nord 11%
- Centro 17%
- Sud 23%

Determinanti dell'estensione

adjR2 = 0.34

determinante	Coefficiente di regressione	Intervallo confidenza 95%
Macroarea		
Centro	Rif.	
Nord	26.7	15.4 to 38.1
Sud	-13.0	-29.6 to 3.6
Volume		
<25000	Rif.	
25000-50000	4.0	-6.3 to 14.2
>50000	-2.1	-11.1 to 7.1
Anzianità		
I round	-25.7	-35.1 to -16.3
II round	-7.3	-14.8 to 0.2
III round	Rif.	
Anno di calendario	-1.6	-3.8 to 0.7

Anni 2006-2012

Determinanti dell'estensione

Effetto dello screening spontaneo:

-3.1 (95%CI -4.9 to -1.3)

- Più forte al centro rispetto al Nord e al Sud

Negli anni più recenti e aggiustando per screening spontaneo l'effetto macroarea è più forte

Anni 2011-2012

Determinanti dell'adesione

adjR2 = 0.32

determinante	Coefficiente di regressione	Intervallo confidenza 95%
Macroarea		
Centro	Rif.	
Nord	3.0	-0.6 to 6.7
Sud	3.1	-3.5 to 9.7
Volume		
<25000	Rif.	
25000-50000	-2.3	-6.1 to 1.5
>50000	-3.3	-6.8 to 0.1
Anzianità		
I round	11.4	7.7 to 15.0
II round	Rif.	
III round e oltre	-6.0	-9.4 to -2.5
Anno di calendario	-1.3	-2.1 to -0.5

Anni 2006-2012

Determinanti dell'adesione

C'è un effetto positivo dello screening spontaneo:

1.0 (95%CI 0.2 to 1.7)

- Simile nelle tre macroaree

Anni 2011-2012

Analisi del contesto organizzativo: questionario stewardship delle Regioni

Risultati su 19 regioni PPAA.

Un elevato livello di capitale sociale è associato ad un incremento dell'adesione ai programmi di screening.

Una forte sperequazione (indice di Gini) è associata a bassa adesione allo screening.

Screening del colon-retto

4 Regioni in piano di rientro hanno un'estensione teorica dei programmi di screening al di sotto del 50%, nessuna tra quelle non in piano di rientro è sotto al 50%

L'estensione inviti è al di sopra del 50% in 8 Regioni che non sono in piano di rientro ma in nessuna delle Regioni in piano di rientro si raggiunge la soglia superiore al 50%.

Mammografico

Analisi dei dati delle survey

Periodo: dati ONS 1999-2011; dati PASSI 2008-2012

Difficoltà nell'individuazione della continuità dei programmi (molti accorpamenti negli anni)

169 programmi, 1156 anni*programma

- 653 NORD
- 302 CENTRO
- 219 SUD

Discontinuità estensione

- Nord 10%
- Centro 15%
- Sud 32%

Determinanti dell'estensione

adjR2 = 0.40
Anni 2011-12

I richiami negli anni precedenti su tutto il periodo sono altamente significativi p=0.007

Nessun effetto piani di rientro

determinante	Coefficiente di regressione	Intervallo confidenza 95%
Macroarea		
Centro	Rif.	
Nord	7.7	-1.0 to 16.5
Sud	-25.9	-36.5 to -15.3
Volume		
<25000	Rif.	
25000-50000	7.0	-1.4 to 15.4
>50000	-1.5	-9.8 to 6.8
Anzianità		
I round	Rif.	
II round	40.0	13.0 to 67.0
III round	47.8	26.1 to 69.5
IV round e oltre	36.7	16.8 to 65.6
Tasso di richiami	-60.9	-150 to 28.8
Copertura Passi spontanea	-1.1	-1.5 to -0.7

Determinanti dell'adesione

adjR2 = 0.62

determinante	Coefficiente di regressione	Intervallo confidenza 95%
Macroarea		
Centro	Rif.	
Nord	3.4	-0.2 to 7.0
Sud	-20.2	-24.8 to -15.8
Volume		
<25000	Rif.	
25000-50000	-8.9	-12.5 to -5.3
>50000	-8.9	12.5 to -5.3
Anzianità		
I round	Rif.	
II round	12.8	-1.3 to 25.8
III round	11.5	5.2 to 20.4
IV round e oltre	18.5	7.6 to 28.3
Diff. Estensione round prec.	-1.5	-6.3 to 3.2
Copertura Passi spontanea	-0.5	-0.7 to -0.4

Cervice



Determinanti dell'estensione

adjR2 = 0.34

determinante	Coefficiente di regressione	Intervallo confidenza 95%
Macroarea		
Centro	Rif.	
Nord	58	-44 to 160
Sud	-310	-486 to -183
Volume		
<25000	Rif.	
25000-50000	149	46 to 252
>50000	88	-18 to 194
Copertura PASSI spontanea	-12	-12 to -9

Nessun effetto dei richiami precedenti e dell'anzianità
Effetto negativo in Regioni con piano di rientro
leggero e non significativo solo nel 2012

Determinanti dell'adesione

adjR2 = 0.56

determinante	Coefficiente di regressione	Intervallo confidenza 95%
Macroarea		
Centro	Rif.	
Nord	10.5	7.4 to 13.6
Sud	-11.4	-15.3 to -7.5
Volume		
<25000	Rif.	
25000-50000	-3.4	-6.6 to -0.2
>50000	-6.0	-9.3 to -2.7
Anzianità		
II round	Rif.	
III round	4.6	-2.7 to 11.0
IV round e oltre	4.1	-2.3 to 10.6
Diff. Estensione round prec.	-6.6	-12.2 to -1.1
Copertura Passi spontanea	-0.5	-0.6 to -0.4

Macroarea		95% CI	
Centro	Rif		
Nord	3.4	-0.2	7.0
Sud	-20.2	-24.8	-15.8

Adesione
Mammografico

Macroarea		95% CI	
Centro	Rif		
Nord	10.5	7.4	13.6
Sud	-11.4	-15.3	-7.5

Adesione
Cervice

Le differenze fra Centro e Sud ci sono solo per i due screening dove esiste un'attività spontanea.

Macroarea		95% CI	
Centro	Rif		
Nord	3.0	-0.6	6.7
Sud	3.1	-3.5	9.7

Adesione
Colonretto

Figura 1

Copertura al test preventivo negli ultimi 3 anni

Donne 25-64enni. Passi 2010-2013 (n. 61.459)

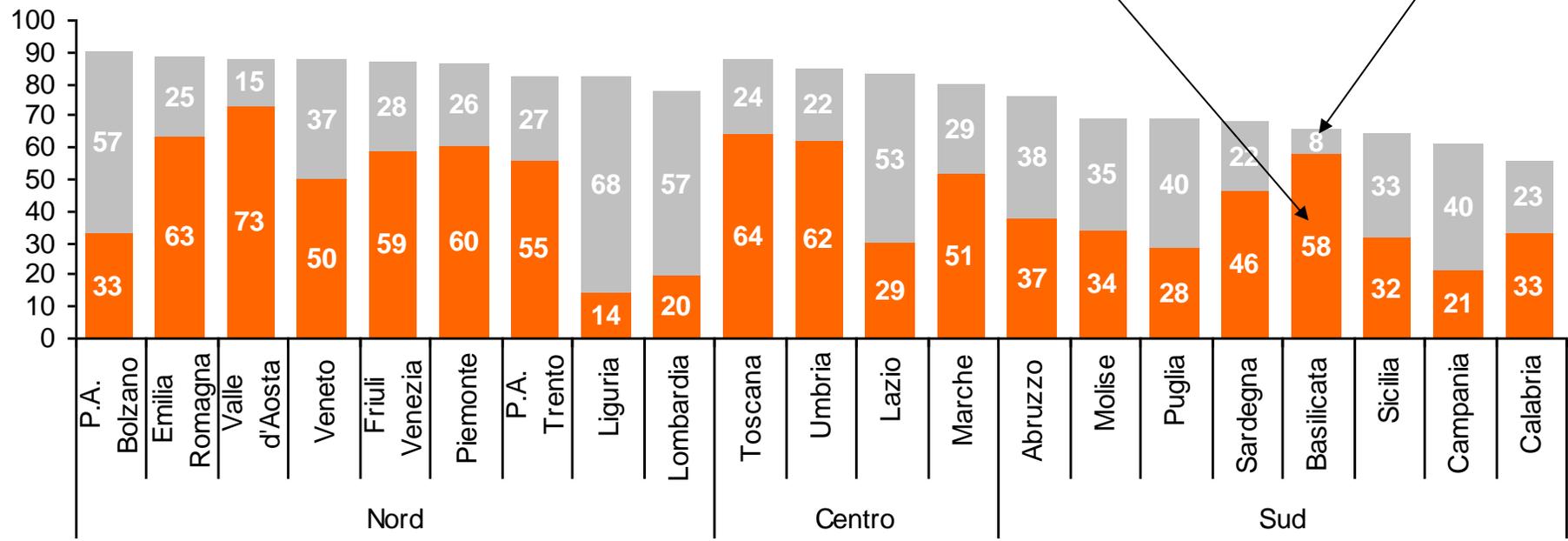
■ al di fuori dei programmi di screening

■ all'interno dei programmi di screening

Cervice

Performance dei programmi

Screening opportunistico



Ordinamento per gradiente geografico

Figura 1
Copertura al test
Donne 25-64enni

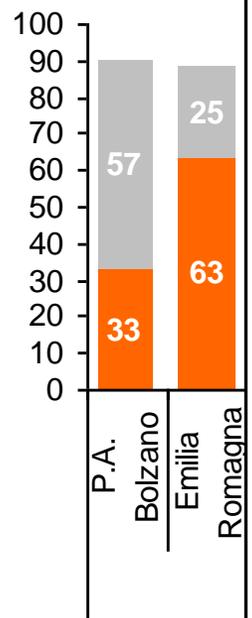
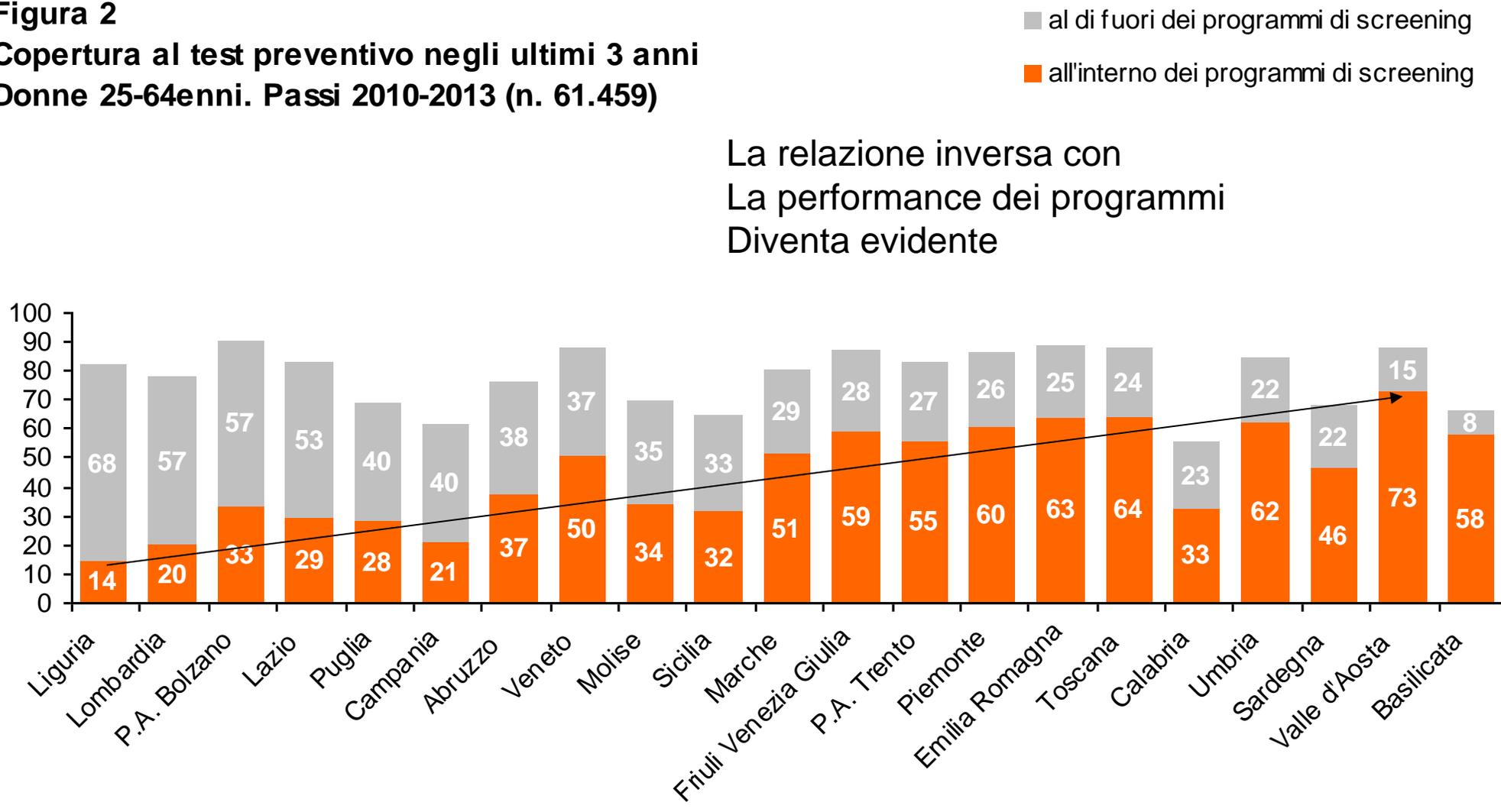


Figura 2
Copertura al test preventivo negli ultimi 3 anni
Donne 25-64enni. Passi 2010-2013 (n. 61.459)



Ordinamento per prevalenza di screening spontaneo →

Figura 1

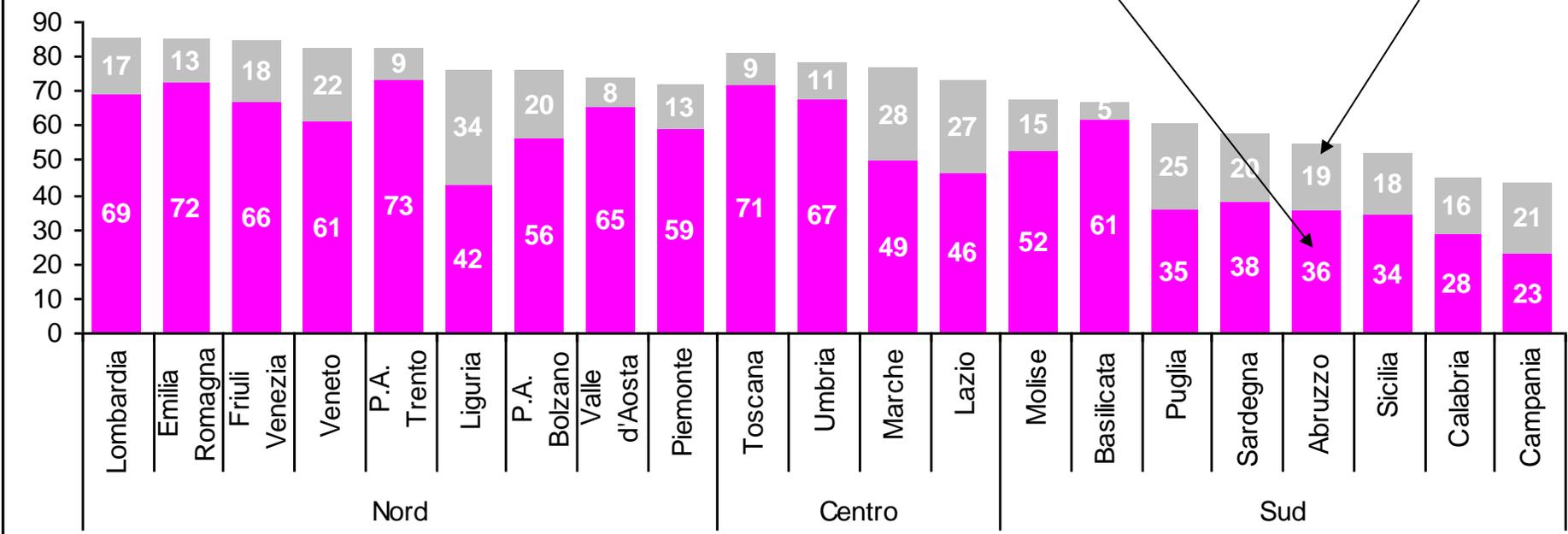
Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni (%)
Donne 50-69enni. Passi 2008-2013 (n. 42.682)

■ al di fuori dei programmi di screening
■ all'interno dei programmi di screening

Mammografico

Performance dei programmi

Screening opportunistico



Ordinamento per gradiente geografico

Figura 1

Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni (%)

Donne 50-69enni. Passi 2008-2013 (n. 10.000)

■ al di fuori dei programmi di screening

■ all'interno dei programmi di screening

Figura 2

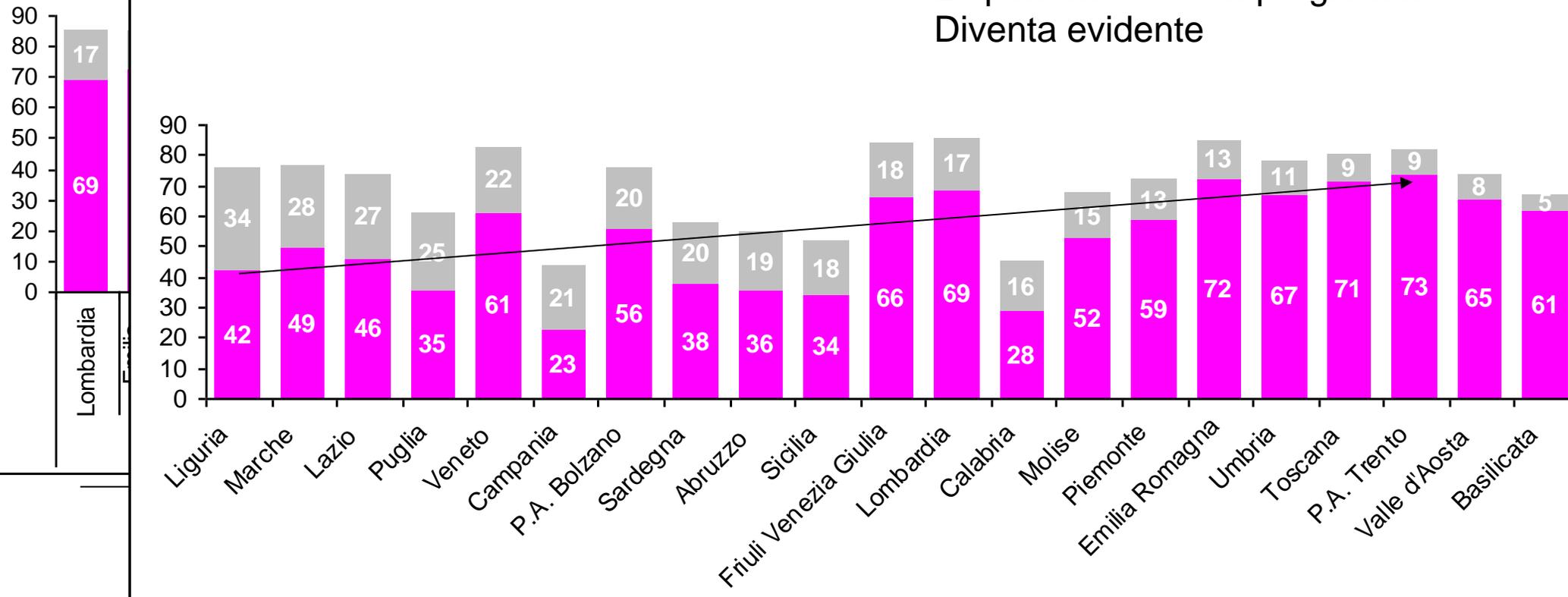
Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni (%)

Donne 50-69enni. Passi 2008-2013 (n. 42.682)

■ al di fuori dei programmi di screening

■ all'interno dei programmi di screening

La relazione inversa con
La performance dei programmi
Diventa evidente



Ordinamento per prevalenza di screening spontaneo

Colon-retto

Figura 1

Esame per la prevenzione dei tumori coloretali nei tempi raccomandati (%)

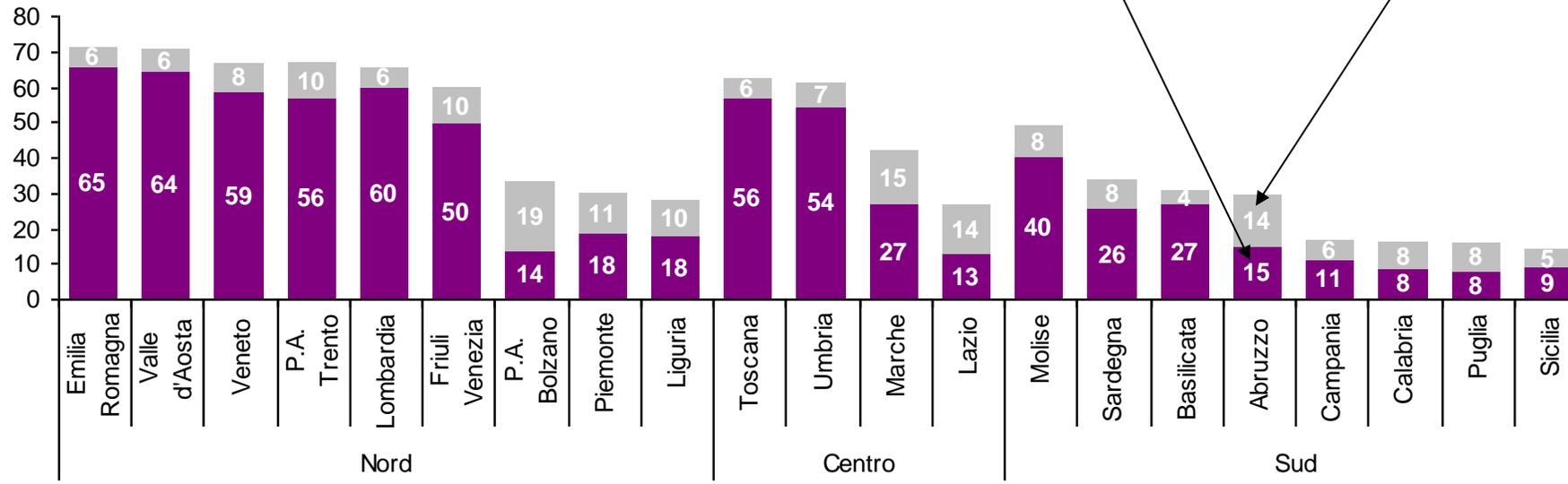
Persone 50-69enni. Passi 2010-2013 (n. 55.512)

Performance dei programmi

■ al di fuori dei programmi di screening

■ all'interno dei programmi di screening

Screening opportunistico



Ordinamento per gradiente geografico

Figura 1

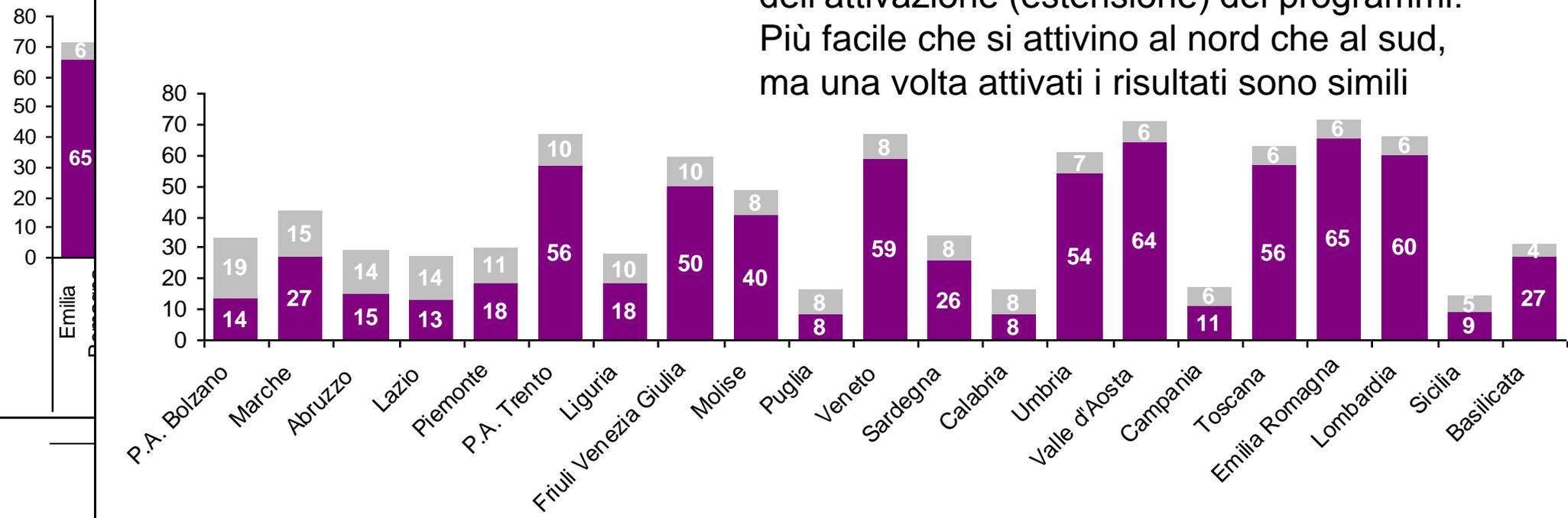
Esame per la prevenzione dei tumori coloretali nei tempi raccomandati (%)

Person

Figura 2

Esame per la prevenzione dei tumori coloretali nei tempi raccomandati (%)

Person 50-69enni. Passi 2010-2013 (n. 55.512)



Le differenze sono solo specchio dell'attivazione (estensione) dei programmi. Più facile che si attivino al nord che al sud, ma una volta attivati i risultati sono simili

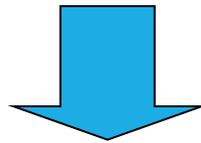
Ordinamento per prevalenza di screening spontaneo

Conclusioni (1)

Estensione e adesione sono più basse laddove c'è forte screening spontaneo.

Per contro il contributo alla copertura totale è modesto per la mammella, insistente per il colonretto e rilevante solo per la cervice.

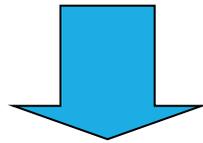
Nel colonretto, a parità di anzianità del programma, non ci sono differenze di adesione fra centro-nord e sud, al contrario degli altri screening: effetto dell'assenza di pressione da parte dello spontaneo?



I Programmi di screening necessitano di un Servizio sanitario forte in cui le esigenze dell'organizzazione sono anteposte alle esigenze dei singoli professionisti

Conclusioni (2)

Un alto tasso di richiami negli anni precedenti può causare un blocco nell'estensione dei programmi mammografici.

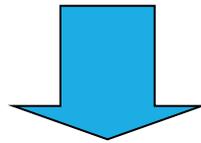


I Programmi di screening necessitano di un cambiamento di paradigma nella mentalità dei professionisti, da terapeutico a preventivo, e di un conseguente retraining.

Il comportamento dei professionisti impatta sulla qualità tecnica dei programmi, ma anche sull'organizzazione, la sostenibilità e l'equità di un programma

Conclusioni (3)

L'adesione è più alta dove c'è meno sperequazione e il capitale sociale è più alto.



I programmi di screening si sviluppano in una società più equa ed etica.

Cosa abbiamo imparato

Perseguendo nuovi obiettivi conoscitivi si possono usare i dati già disponibili per trovare nuove soluzioni.

Solo avendo chiara la relazione fra conoscenza e azione che ne possiamo far conseguire si possono ridefinire corretti obiettivi conoscitivi.

Distinguere le barriere e i fattori facilitanti in modificabili e non può aiutarci a trovare soluzioni per agire laddove non siamo mai riusciti a essere incisivi, forse per una mancanza di intelligenza dei problemi.

Grazie per l'attenzione
