



Comunicare con tutti
V SEMINARIO SULLA COMUNICAZIONE NEI
PROGRAMMI DI SCREENING
Verona, 13-14 Dicembre 2010

Progetto “Basilicata”: la
comunicazione nelle regioni del Sud

Carlo Naldoni
Osservatorio Nazionale Screening

La mancata comunicazione nel Sud/Isole

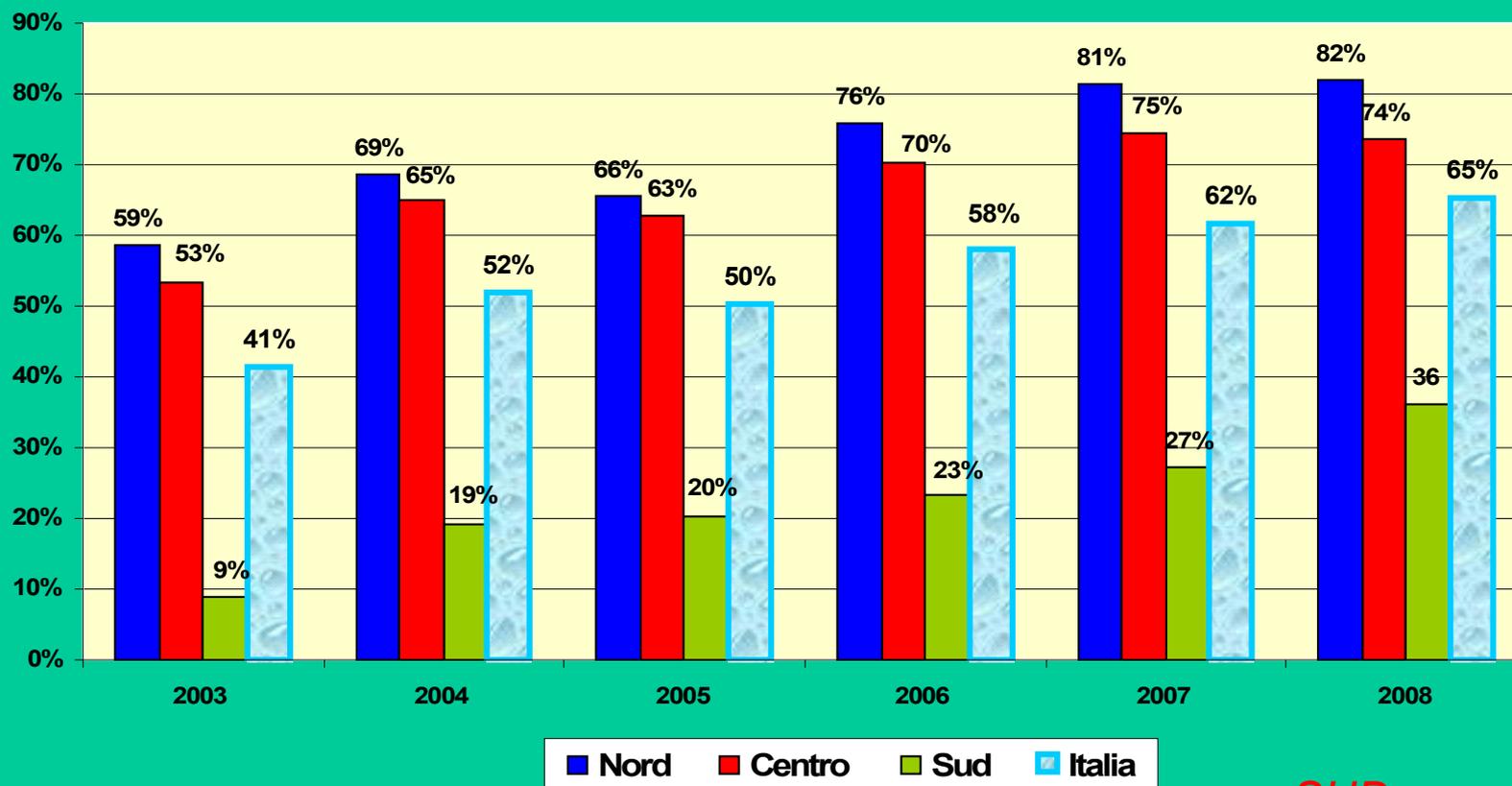
ma

cos'altro?

Screening Mammografico - : (Estensione effettiva)

% della popolazione bersaglio che ha ricevuto una lettera di invito

Anno di attività 2008 : Fonte survey ONS



ITALIA

Differenza 2008-2007 +3%

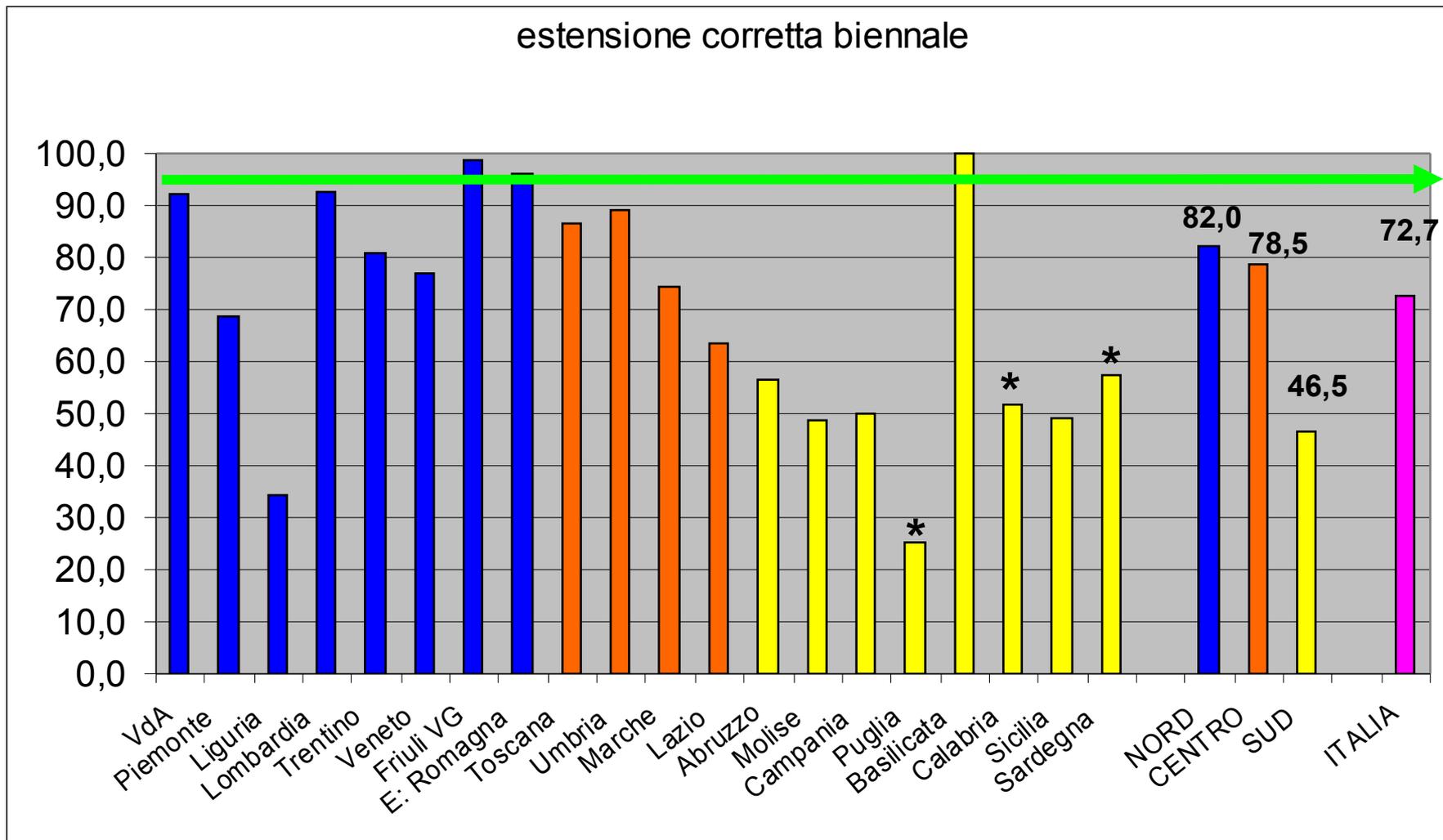
Differenza 2008-2003 +24%

SUD

Differenza 2008-2007 +9%

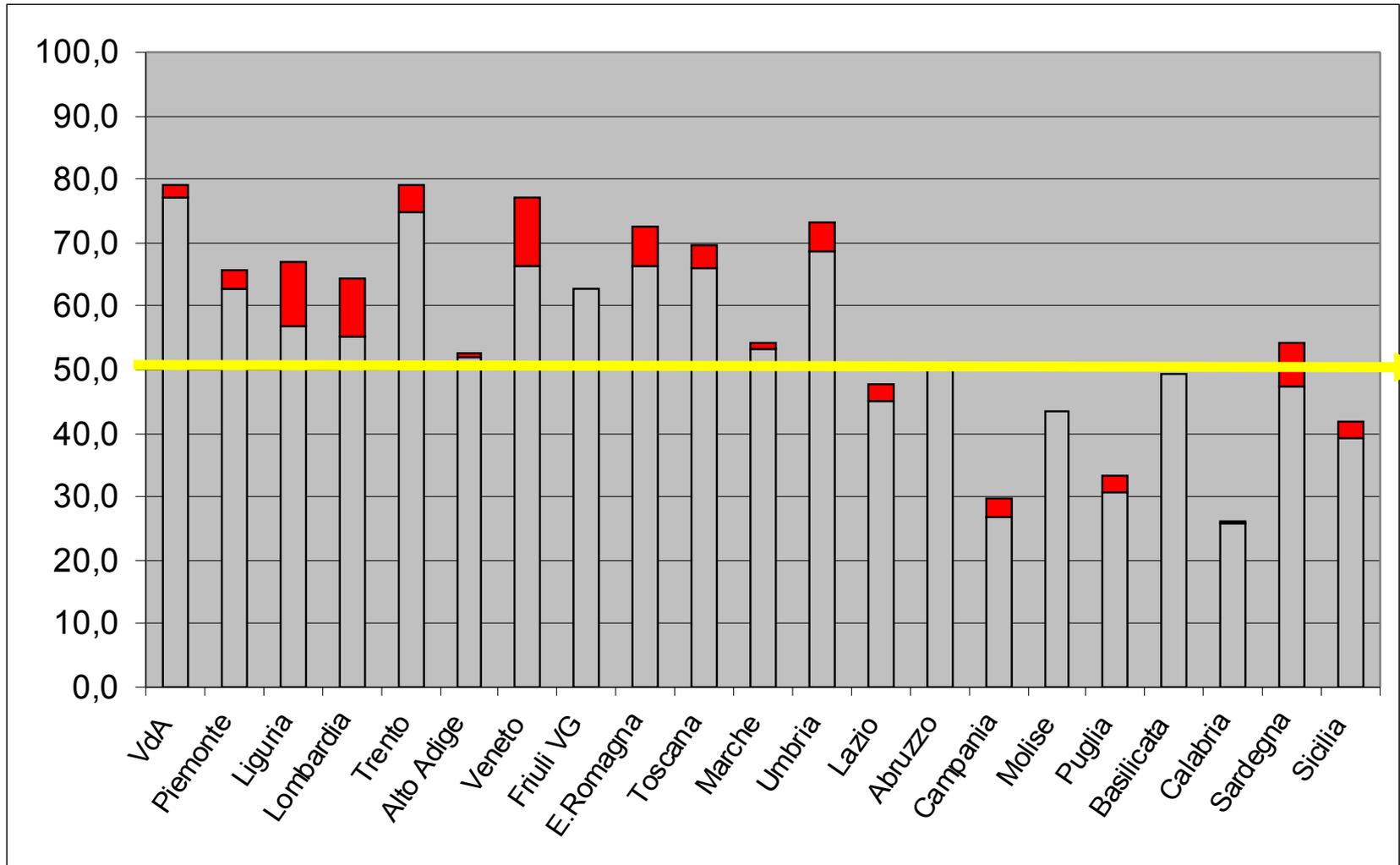
Differenza 2008-2003 +25%

Estensione corretta biennale 2007-2008



* Programmi iniziati (in parte o tutti) nel 2007-2008

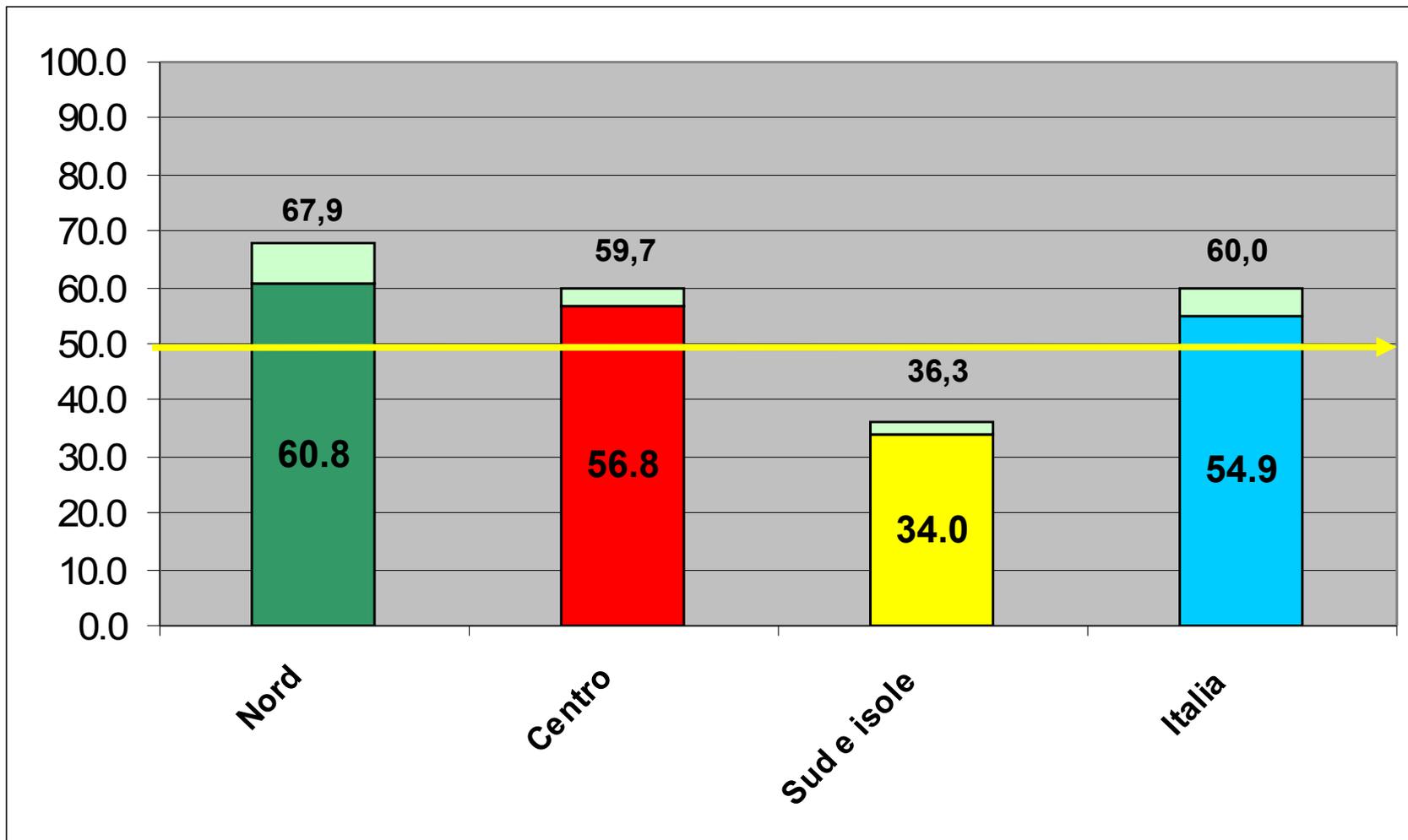
Anno 2008 – adesione grezza e corretta (%) per regione



10° percentile: 29,8% e 32,2%

90° percentile: 76,3% e 80,8%

Anno 2008 – adesione grezza e corretta (%) per area

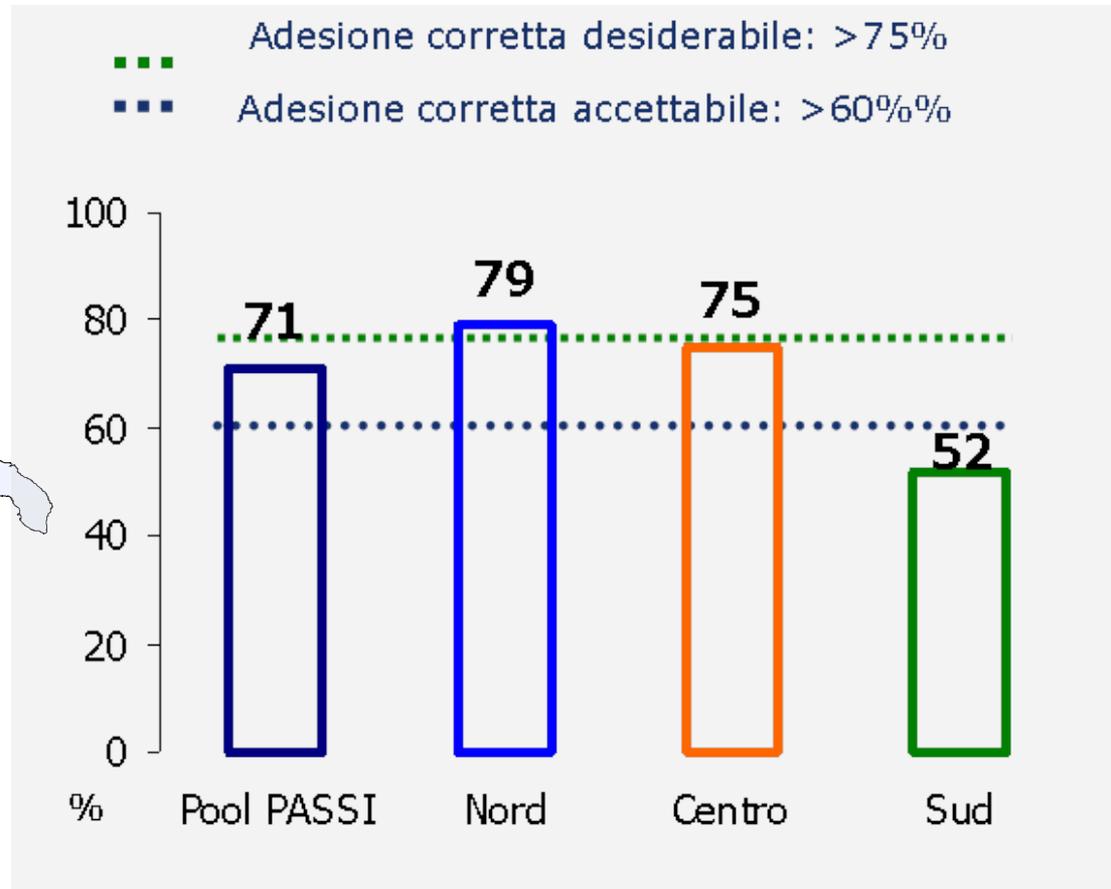
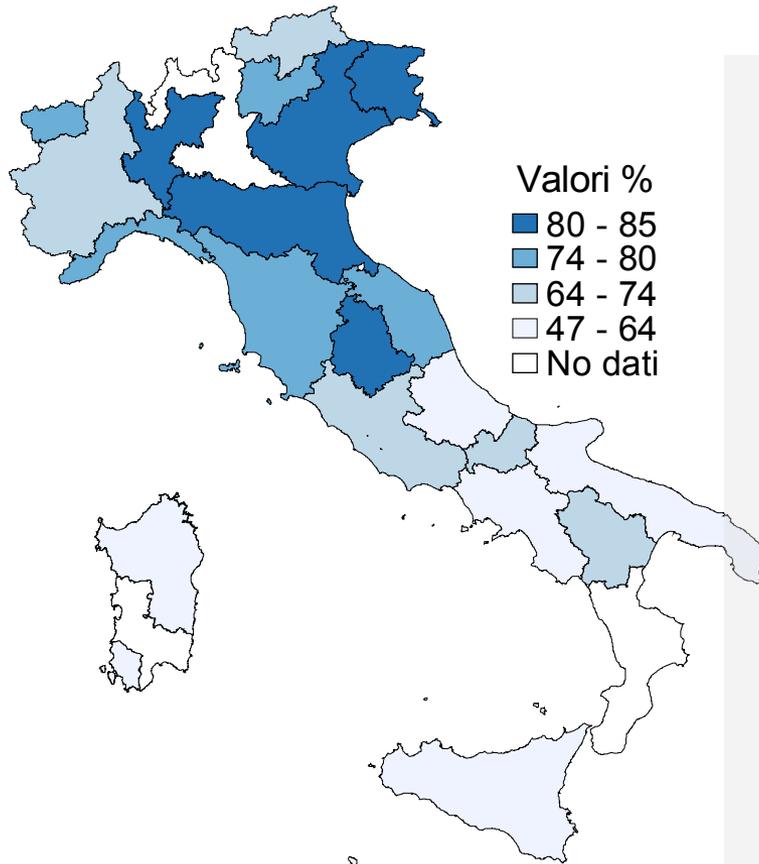


Anno 2007 adesione grezza 56,1%
adesione corretta 60,9%

Donne (%) di età 50-69 che, in assenza di sintomi o disturbi, si sono sottoposte a mammografia, per macro-aree. Anni 1999-2000 e 2004-2005. Fonte indagine ISTAT "Multiscopo sulle famiglie 2005" (modificata)

	1999-2000	2004-2005	Differenza
Italia Nord-Occidentale	63,8%	79,5%	+15,7%
Italia Nord Orientale	71,3%	85,7%	+14,4%
Italia Centrale	67,4%	77,5%	+10,1%
Italia Meridionale	39,8%	51,3%	+11,5%
Italia Insulare	38,0%	50,7%	+12,7%
Totale	58,1%	71,0%	+12,9%

Mammografia negli ultimi 2 anni (%) donne di 50-69 anni (PASSI, 2008)

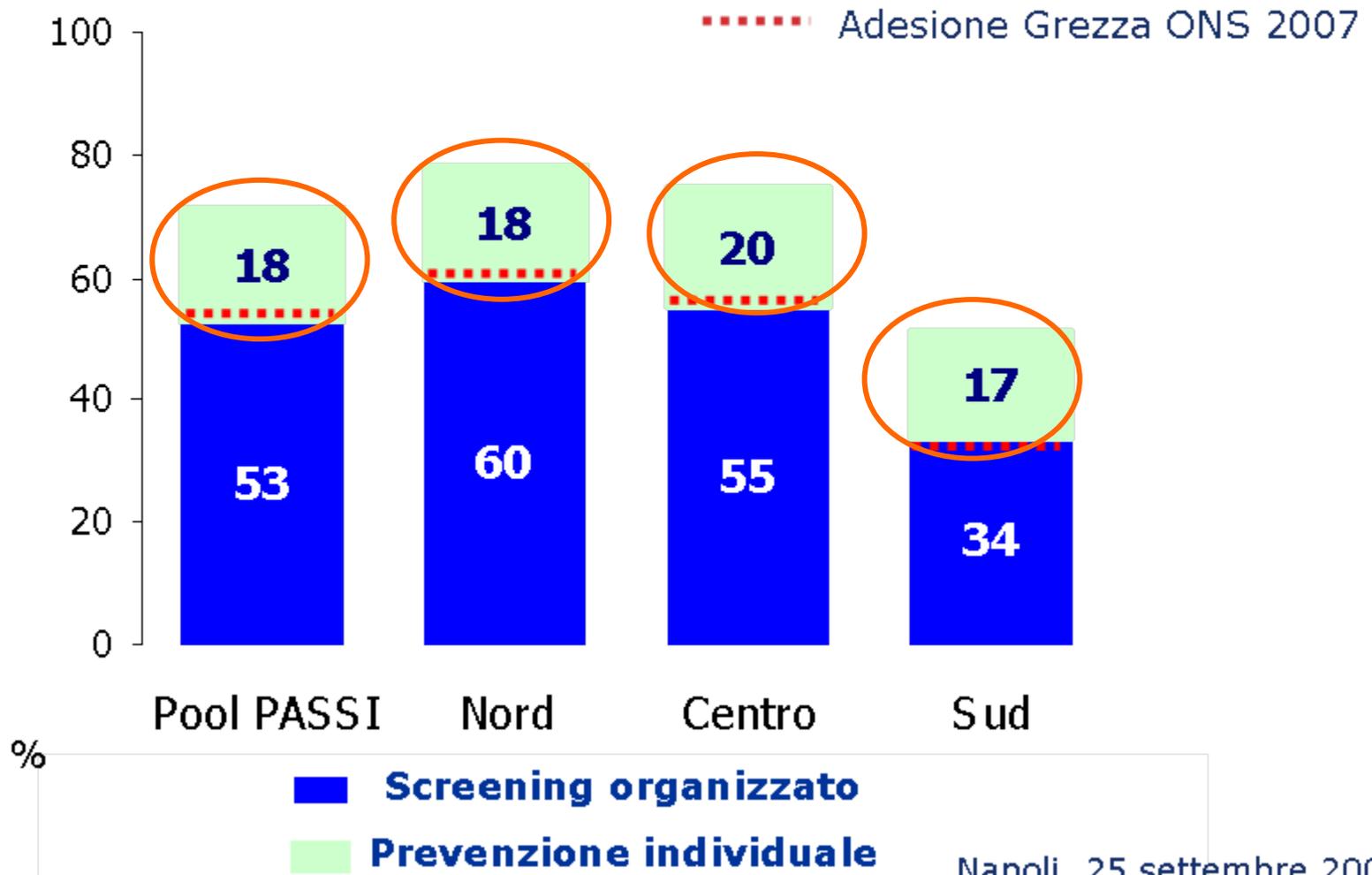


71% (n. 7.070)

Range: 47% Puglia - 85% Friuli

Napoli, 25 settembre 2009

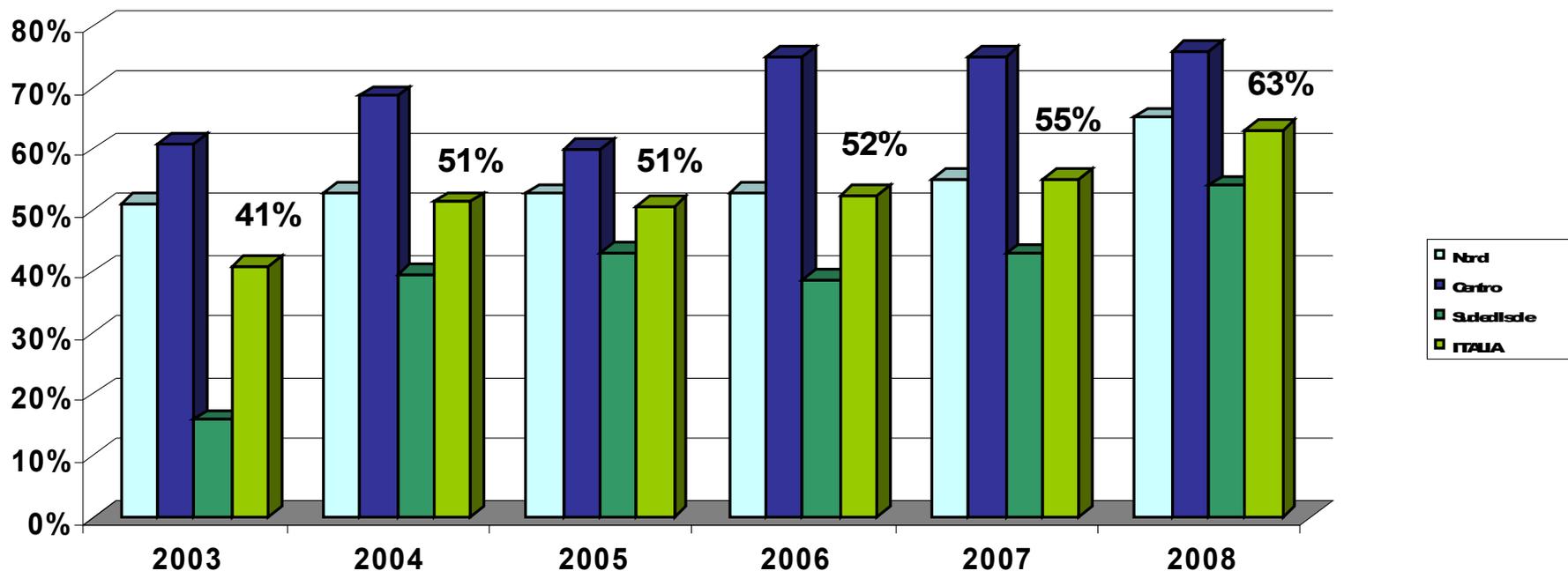
**Mammografia effettuata negli ultimi 2 anni:
adesione allo screening organizzato
e prevenzione individuale (PASSI 2008) (%)**
Proxy programma organizzato = test gratuito



Screening Cervice Uterina - : (Estensione effettiva)

% della popolazione bersaglio che ha ricevuto una lettera di invito

Anno di attività 2008 : Fonte survey ONS



ITALIA

Differenza 2008-2007 +8%

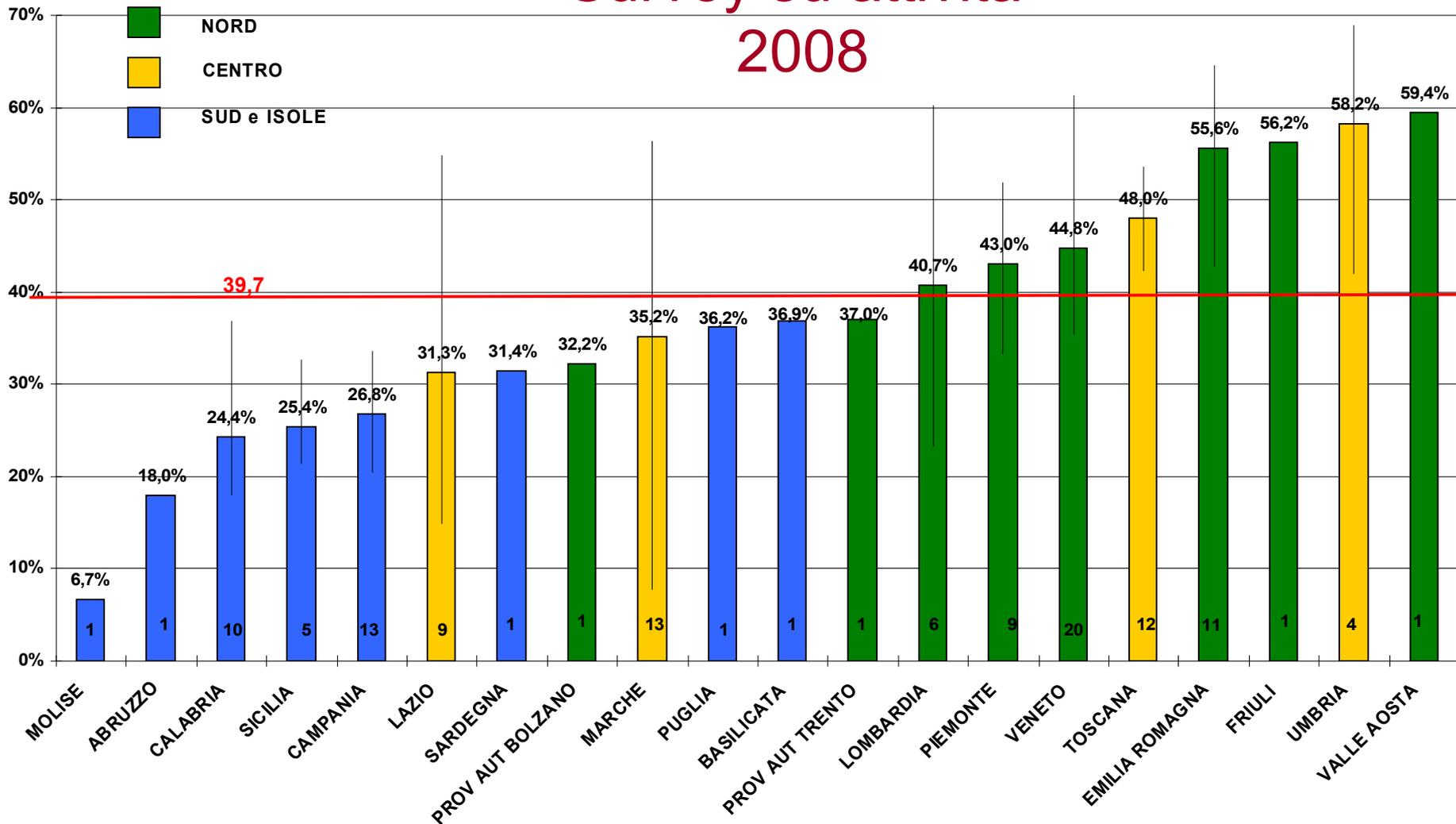
Differenza 2008-2003 +22%

SUD

Differenza 2008-2007 +10%

Differenza 2008-2003 +38%

Adesione all'invito Survey su attività 2008

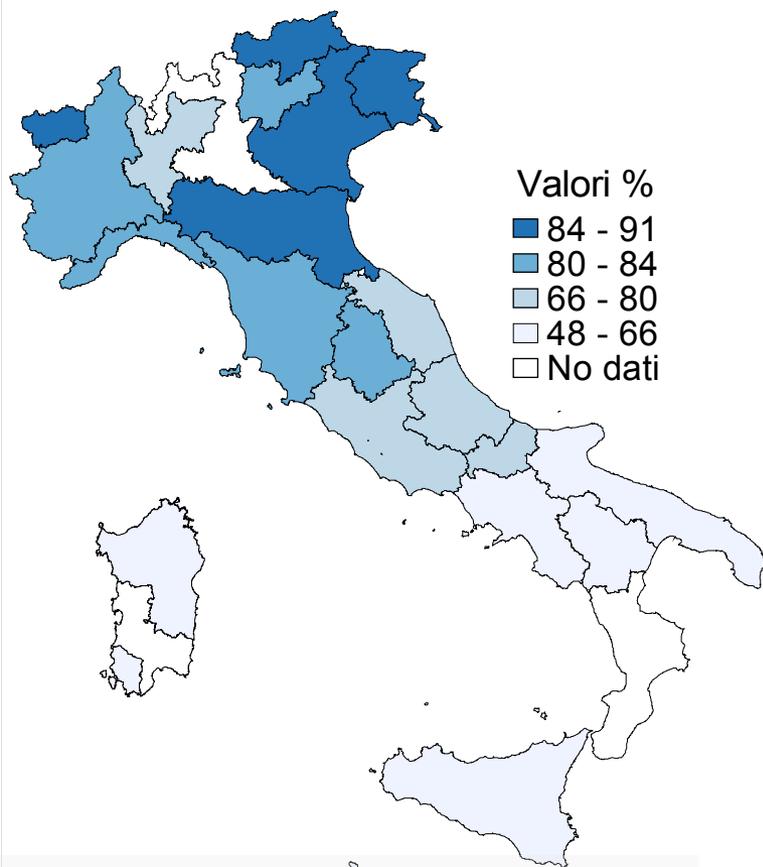


Adesione all'invito

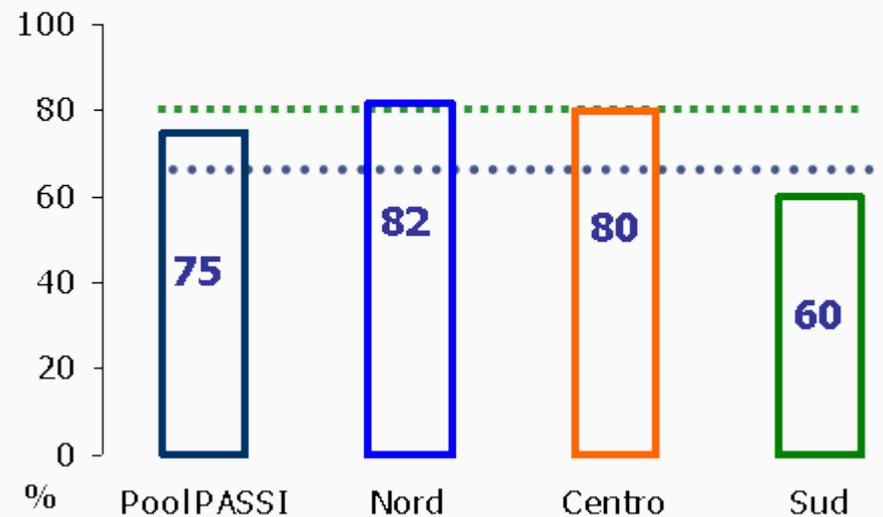
Survey su attività 2006-2008

	2006	2007	2008
ITALIA	38.5%	39.8%	39.7%
NORD	45.6%	46.9%	47.7%
CENTRO	35.7%	40.2%	40.2%
SUD e ISOLE	28.7%	27.1%	27.7%

Pap test negli ultimi 3 anni (%) donne 25-64 anni (PASSI, 2008)



- Adesione corretta desiderabile: >80%
- Adesione corretta accettabile: >65%

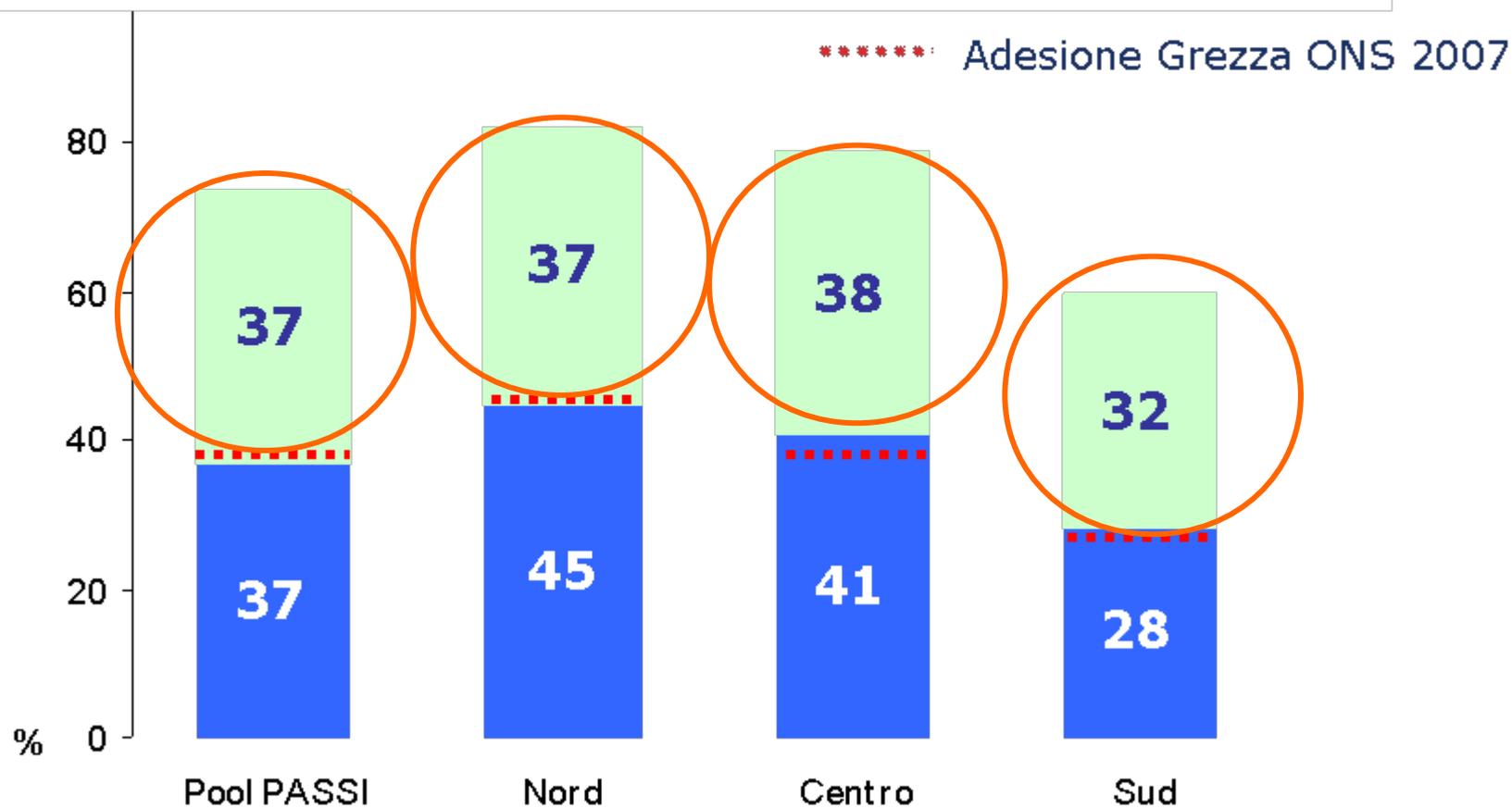


75% (n. 15.343)

Range: 48% Sardegna - 91% Valle d'Aosta

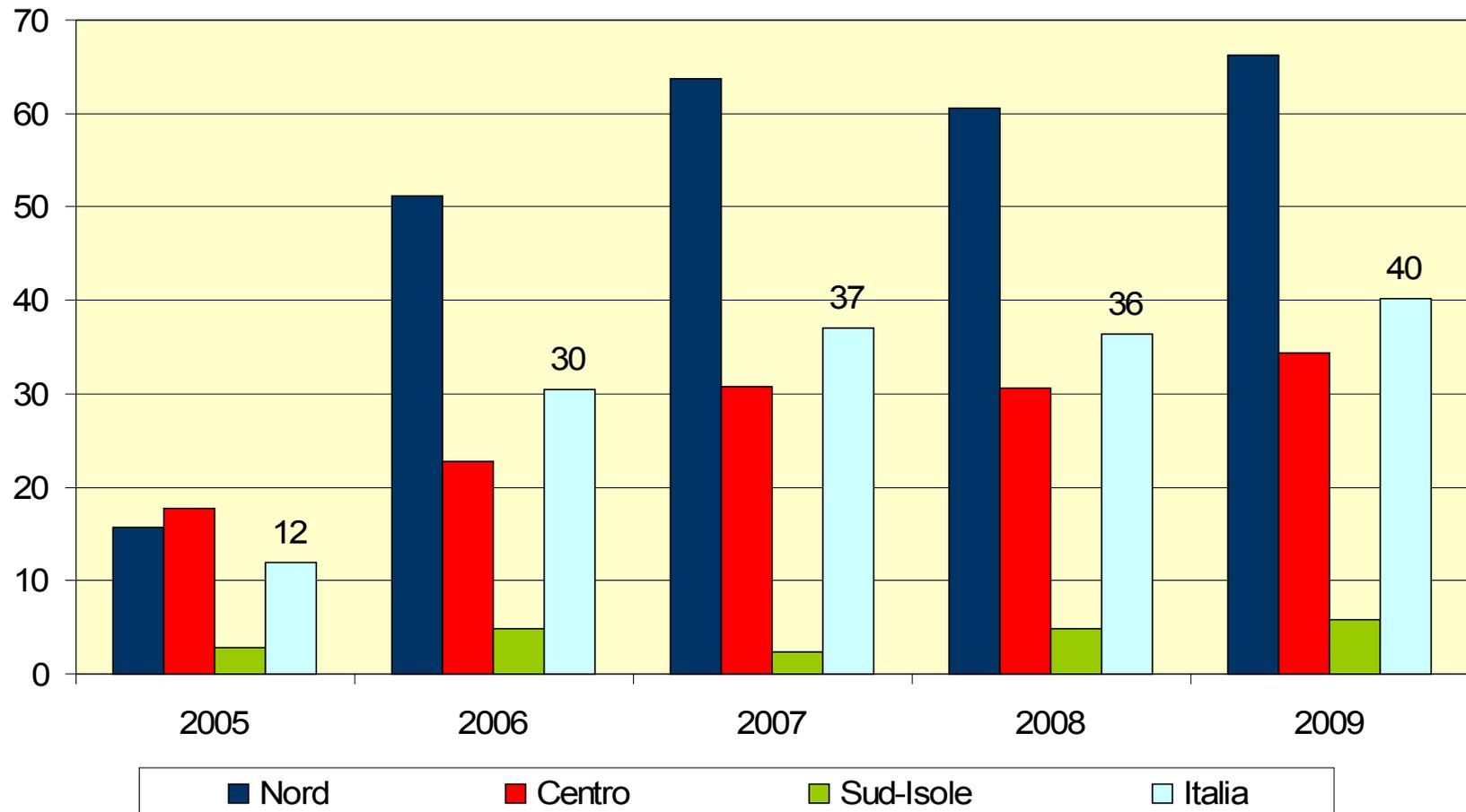
Pap test effettuato negli ultimi 3 anni: adesione allo screening organizzato e prevenzione individuale (PASSI 2008) (%)

Proxy programma organizzato = test gratuito



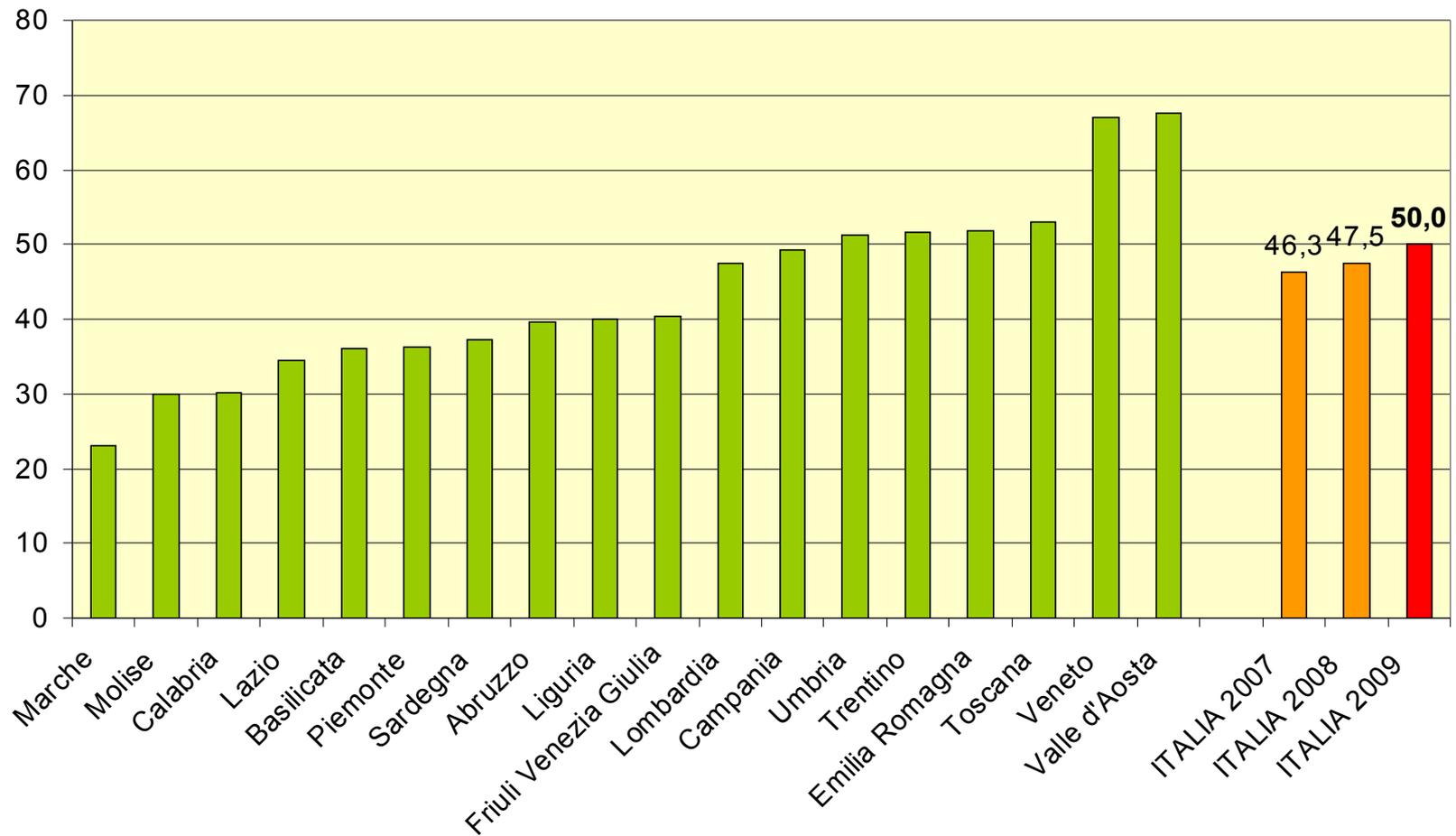
■ Screening organizzato
■ Prevenzione individuale

Estensione effettiva per macroaree e trend temporale – Survey 2009

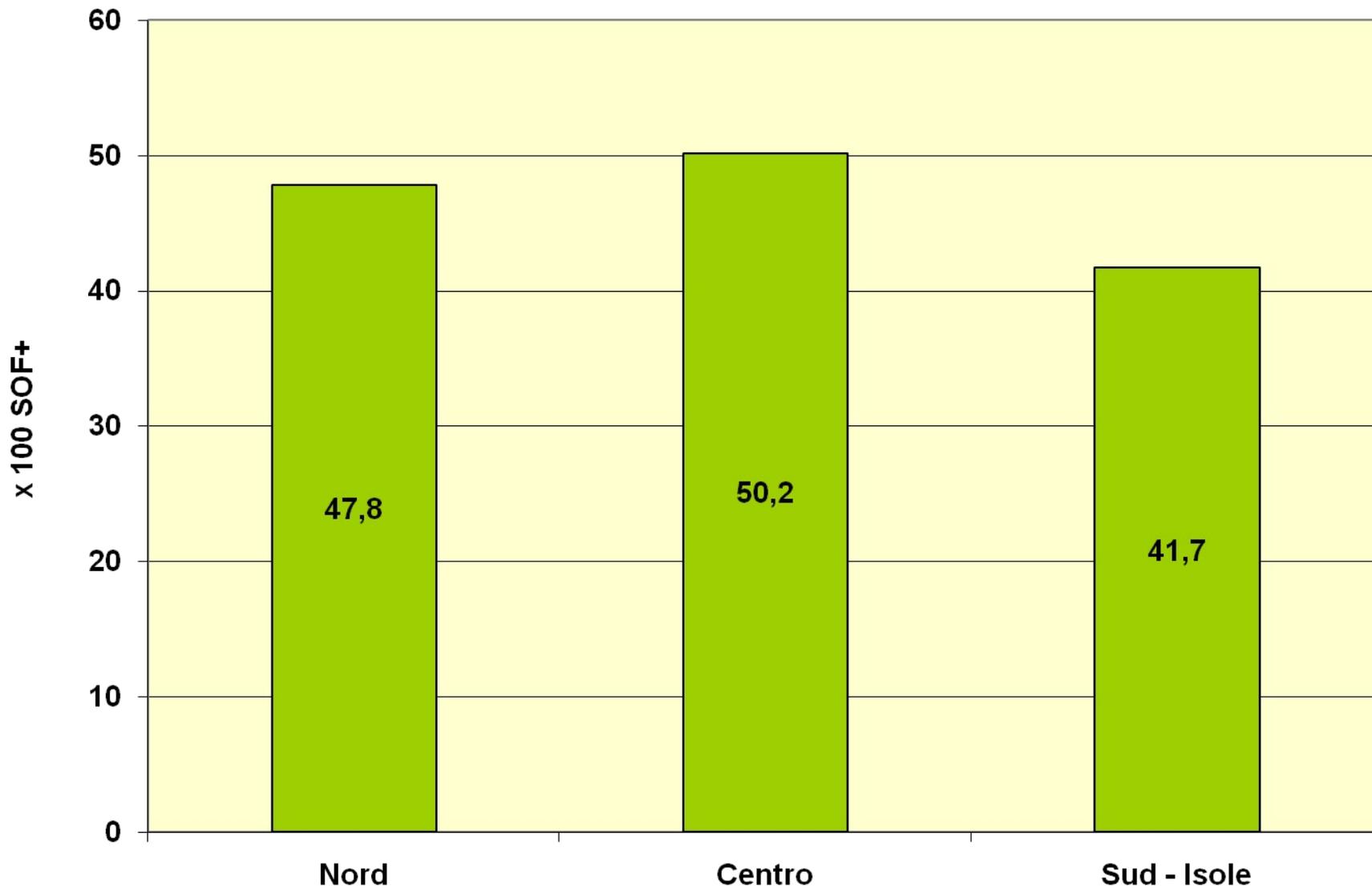


Adesione corretta per regione

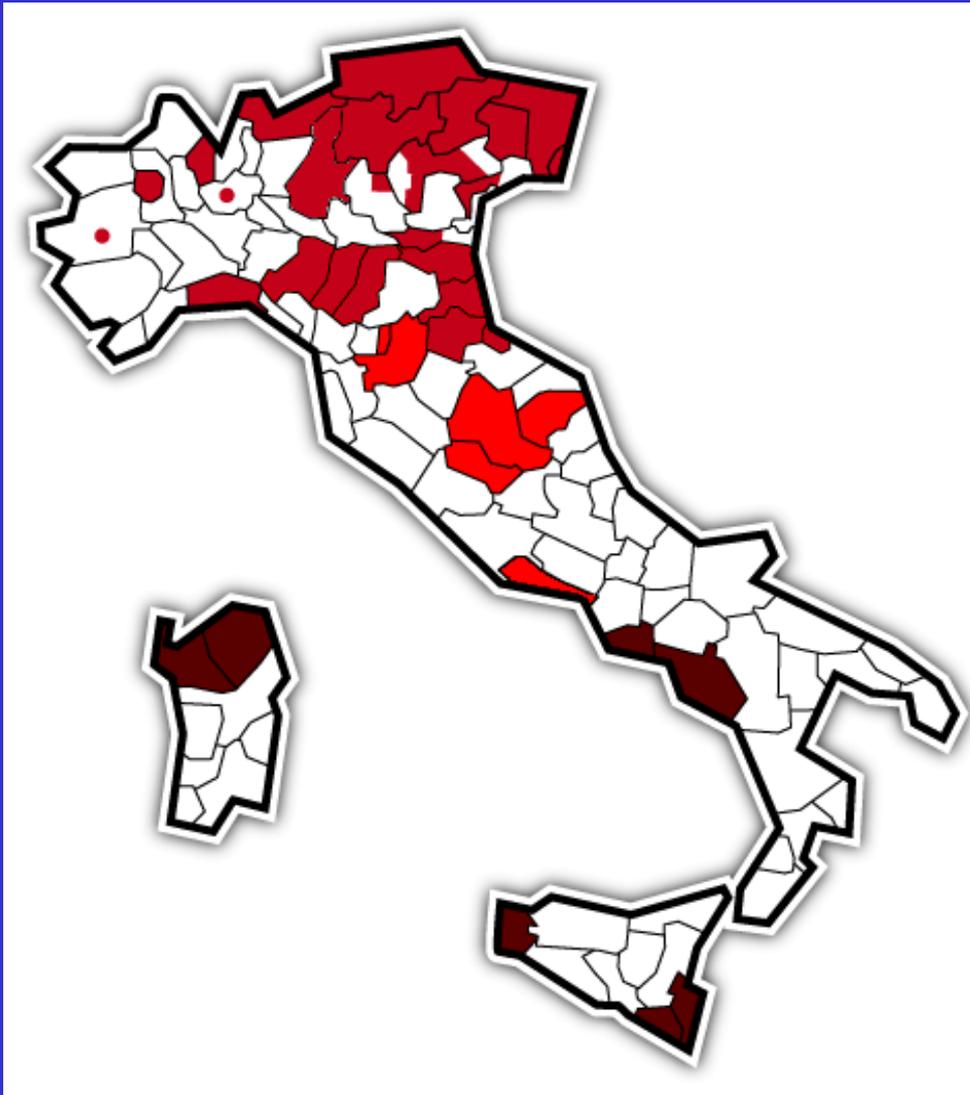
Survey 2009



Adesione corretta per Macroarea – Survey 2008



I RT in Italia: 2008



- 31 RT accreditati
- 32% territorio nazionale

Regione Basilicata (e più recentemente Regione Abruzzo)

- Inizio attività di screening per i tumori femminili negli anni '90
- Coinvolta tutta la regione contemporaneamente e ben identificato Centro di riferimento unico regionale per gestione e monitoraggio
- Intervento governato attivamente
- Forte attrazione da parte delle strutture sanitarie pubbliche
- Organizzazione efficiente e buona qualità (programmi di controllo di qualità e formazione periodici attivi)
- Capillarizzazione dell'esecuzione dei test
- Centralizzazione in strutture qualificate degli approfondimenti diagnostici

ASL Napoli 3

Screening colo-rettale

I MMG distribuiscono il FIT (circa 350; coinvolti attivamente circa 300)

99 e passa test consegnati; 71% circa test eseguiti

98% adesione alla colonscopia per FIT +

- Responsabile screening ed equipe centro screening molto motivata, affiatata e appassionata
- MMG molto motivati ed incentivati formati ad hoc; endoscopisti molto collaborativi e disponibili
- Alcuni MMG dopo iniziale rifiuto a partecipare hanno chiesto volontariamente di essere coinvolti

**Caso unico, isolato, eccezionale o
modello riproponibile?**

ASP di Reggio Calabria

Responsabile ed equipe programma di screening cervice uterina molto motivate, affiatate, coese ed appassionate: il gruppo screening c'è

Compliance bassissima sia al primo che al secondo livello (poco più del 20% per ambedue)

- Intervento appena cominciato
- Forte concorrenzialità del privato
- Difficoltà nella gestione del percorso diagnostico terapeutico senza riferimenti precisi e conseguente dispersione delle donne in diversi rivoli
- Locali di prelievo fatiscenti e poco accoglienti
- Profonda sfiducia della popolazione generale nella struttura sanitaria pubblica

Cosa serve nelle regioni di Sud/Isole che impedisce un'avvio dei programmi così come nel centro-nord?

- Necessità di creare comunicazione, sinergie, relazioni prima di tutto fra operatori e professionisti e fra questi e le istituzioni sanitarie
- Necessità di disporre delle condizioni di base, di accoglienza, strutturali, ambientali, professionali, formative, tecnologiche ed organizzative
- Necessità di trovare i modelli di screening giusti per ogni singola realtà: federalismo dello screening?

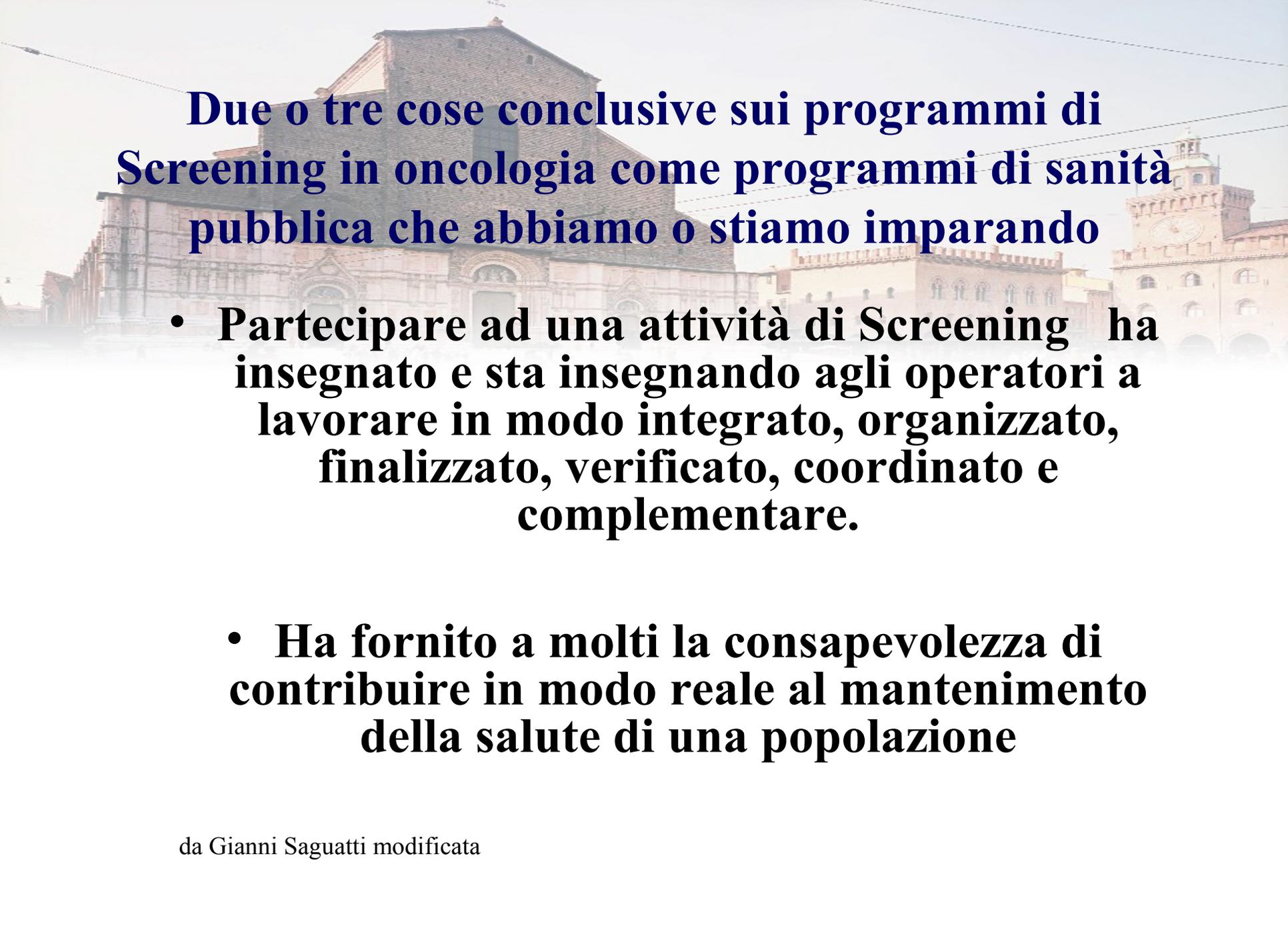
- Necessità di valorizzare, orientare e finalizzare tutte le energie professionali presenti sul territorio e nelle strutture sanitarie alla creazione di percorsi diagnostico-terapeutici multidisciplinari, integrati, protocolli condivisi e omogenei e verso obiettivi comuni riconosciuti
- Necessità di convincere i professionisti che il monitoraggio degli interventi ha l'unico scopo di garantire il miglior risultato possibile in termini di qualità alle persone che decidono di partecipare al programma, non quello di giudicare o dare voti
- Necessità di far passare il messaggio che il programma di screening organizzato di popolazione non è un intervento “della mutua” di serie B ma deve avere le caratteristiche complessive del programma di eccellenza

Obiettivo finale

cercare di creare dove non c'è o di incrementare o di rafforzare un rapporto di fiducia, di relazione positiva fra cittadini e operatori ed istituzioni coinvolti nei percorsi dei programmi di screening

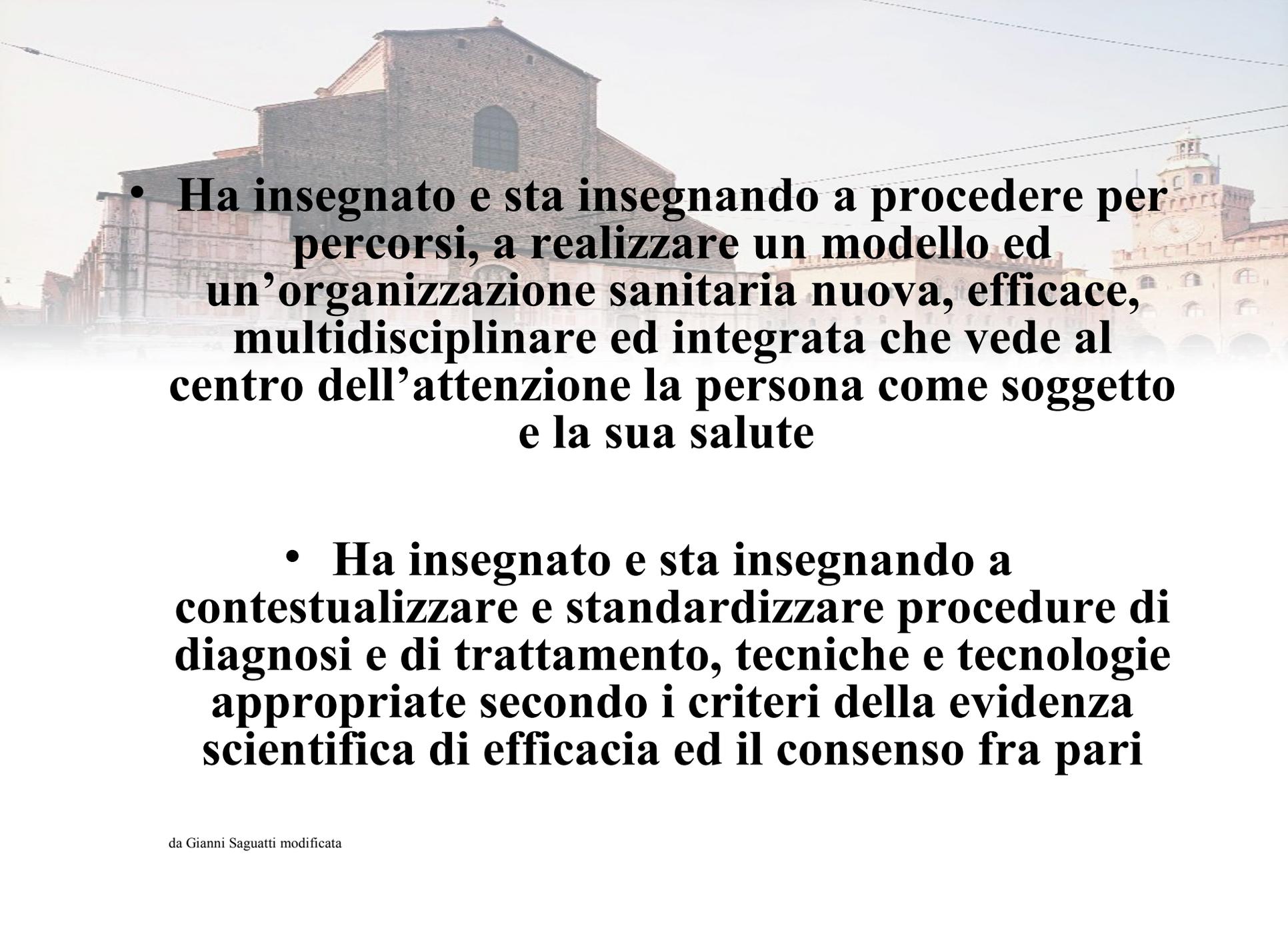
poi

seguirà tutto il resto!

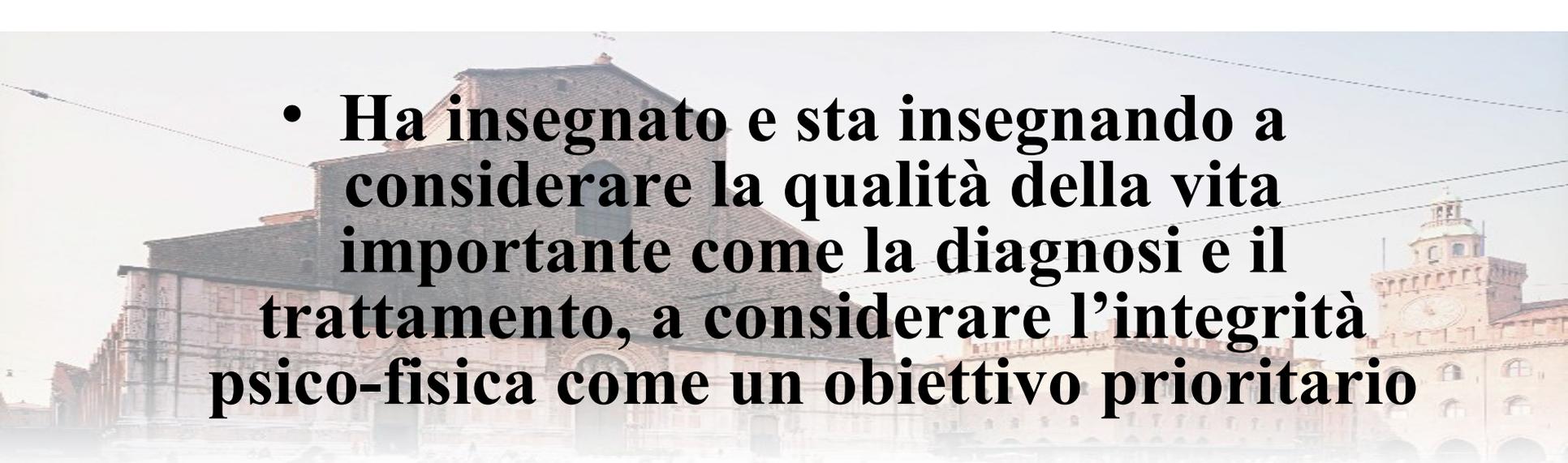


Due o tre cose conclusive sui programmi di Screening in oncologia come programmi di sanità pubblica che abbiamo o stiamo imparando

- **Partecipare ad una attività di Screening ha insegnato e sta insegnando agli operatori a lavorare in modo integrato, organizzato, finalizzato, verificato, coordinato e complementare.**
- **Ha fornito a molti la consapevolezza di contribuire in modo reale al mantenimento della salute di una popolazione**

- 
- **Ha insegnato e sta insegnando a procedere per percorsi, a realizzare un modello ed un'organizzazione sanitaria nuova, efficace, multidisciplinare ed integrata che vede al centro dell'attenzione la persona come soggetto e la sua salute**

- **Ha insegnato e sta insegnando a contestualizzare e standardizzare procedure di diagnosi e di trattamento, tecniche e tecnologie appropriate secondo i criteri della evidenza scientifica di efficacia ed il consenso fra pari**



- **Ha insegnato e sta insegnando a considerare la qualità della vita importante come la diagnosi e il trattamento, a considerare l'integrità psico-fisica come un obiettivo prioritario**

- **Ha insegnato e sta insegnando a considerare la popolazione come un soggetto cui rivolgersi con modalità comunicative e relazionali mirate, trasparenti, oggettive, complete ed esaustive**

**Ha fatto crescere in questi
anni quello che qualcuno
ha chiamato**

“SCREENING PRIDE”

S p a z i

A cura di
**Antonio
Federici**

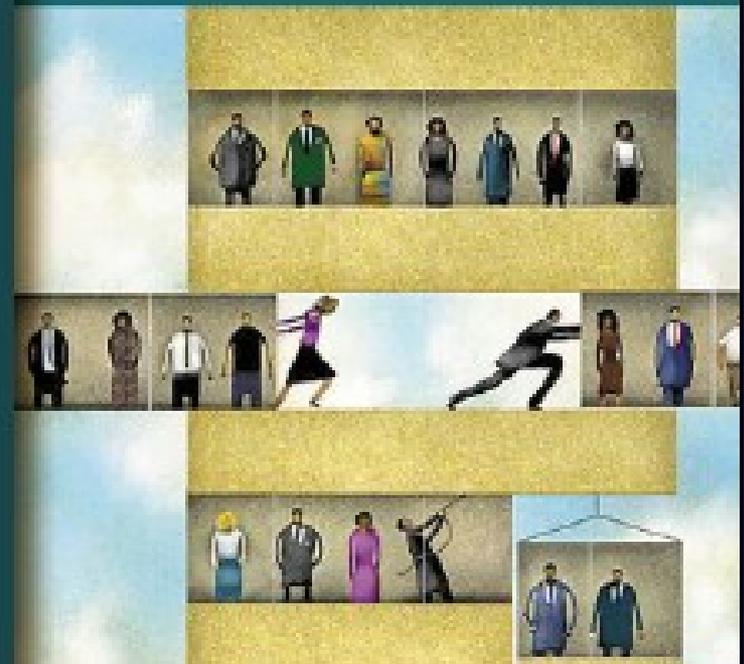
Prefazione di
Donato Greco

Postfazione di
Gaetano Maria Fara

SCREENING

*Profilo complesso
di assistenza*

*Grazie per
l'attenzione!*



Il Pensiero Scientifico Editore