

I PROGRAMMI DI SCREENING IN ITALIA **2011**



Gli screening organizzati sono interventi efficaci di sanità pubblica offerti alla popolazione, con rigorosi controlli di qualità e in grado di incidere sulle diseguaglianze nella salute. Tre buone ragioni per sostenerli.

Nota

La raccolta dei dati, la forma di presentazione, la stampa e diffusione di questo rapporto rientrano fra le attività concordate, tramite convenzione, fra ministero della Salute - Direzione generale della prevenzione e Osservatorio nazionale screening.

Consulta il nono Rapporto Ons (in italiano e in inglese) sul sito: www.osservatorionazionalescreening.it

Elaborazione dei dati e commenti

Pamela Giubilato, Centro di riferimento per l'epidemiologia e la prevenzione oncologica (Cpo) in Piemonte, Torino
Guglielmo Ronco, Centro di riferimento per l'epidemiologia e la prevenzione oncologica (Cpo) in Piemonte, Torino

Testi e interviste

Antonino Michienzi, agenzia di editoria scientifica Zadig

Redazione

Eva Benelli, agenzia di editoria scientifica Zadig, Roma; Carla Cogo, Registro tumori Veneto, Padova; Grazia Grazzini, Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (Ispo), Firenze

Coordinamento editoriale

Eva Benelli, agenzia di editoria scientifica Zadig

Creatività ed impaginazione

Teresa Burzigotti

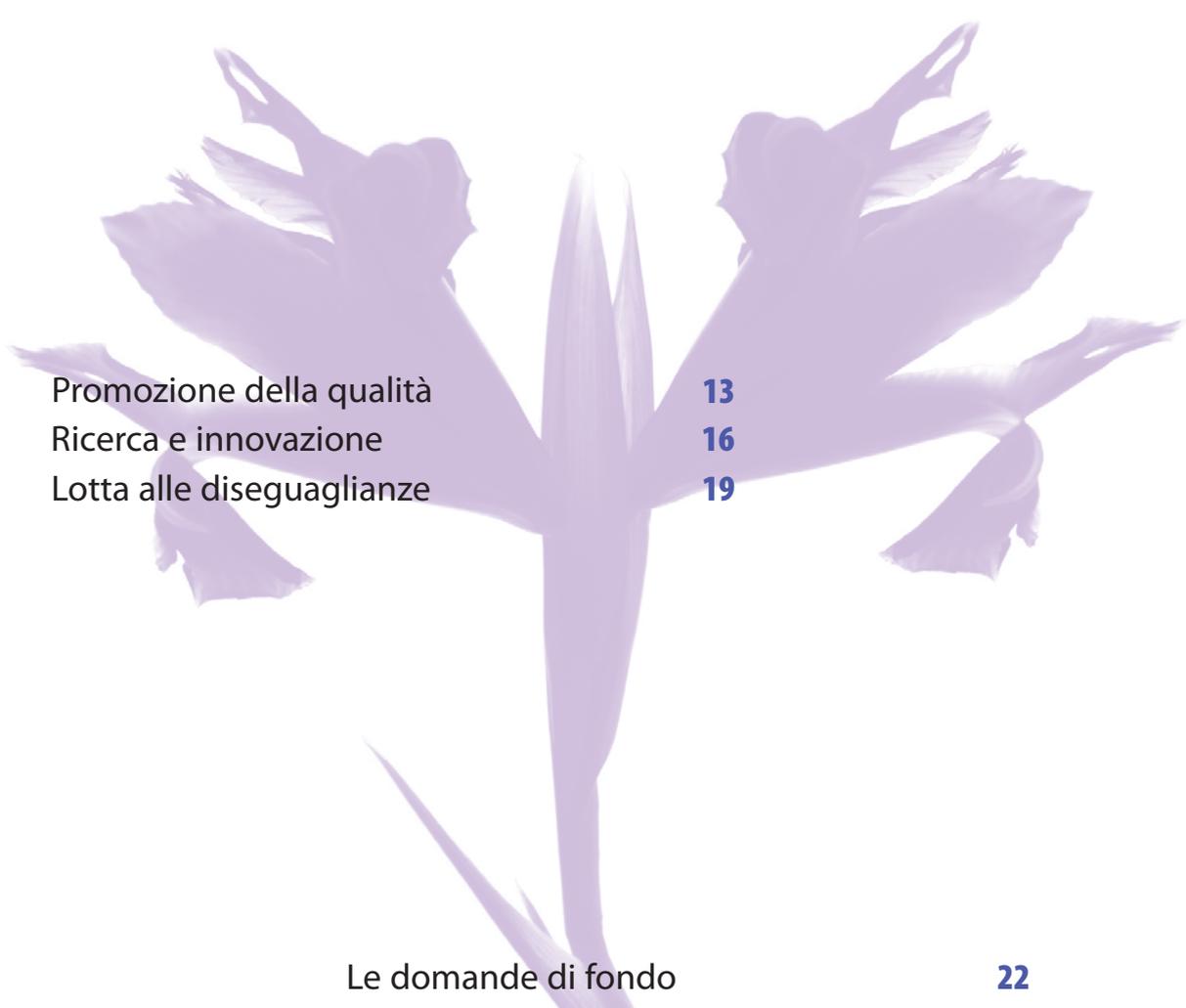
Osservatorio nazionale screening

Presso Uo Epidemiologia clinica e descrittiva - Ispo
Via delle Oblate 2 - Ponte Nuovo, Palazzina 28/a - 50141 Firenze
tel. +39 (0)55 7972512- fax +39 (0)55 7972535 - segreteriaons@ispo.toscana.it
www.osservatorionazionalescreening.it

Zadig editore

via Ravenna, 34, 00161 Roma - Tel. 06 8175644
segreteriaarm@zadig.it - www.zadig.it

Prefazione	4
Introduzione	7
Gli screening sul campo	10



Promozione della qualità	13
Ricerca e innovazione	16
Lotta alle diseguaglianze	19

Le domande di fondo	22
I numeri dello screening	24

Piano nazionale della Prevenzione 2010-2012: obiettivi e azioni per gli screening dei tumori della mammella, colon retto e cervice uterina

Obiettivi generali di salute	Sottobiettivi	Linee di supporto	Linee di intervento
Riduzione della mortalità per carcinoma della mammella, della cervice uterina e del colon retto (da valutare su dati Registri tumori)	Potenziamento o miglioramento dei programmi di screening organizzati, per carcinoma cervice uterina, carcinoma mammario, carcinoma colon retto, che verifichino adesione e parametri di qualità	Gestione sistema informativo e di valutazione (tramite NSIS e Osservatorio nazionale screening)	Realizzazione dell'accREDITamento per funzioni dei programmi organizzati di screening
		Supporto alla programmazione regionale (tramite Osservatorio nazionale screening)	Estensione dei programmi di screening
		Integrazione base dati nazionali (Iss, Istat-Multiscopo, Ons)	Promozione del coinvolgimento dei soggetti fragili che non aderiscono ai programmi di screening oncologici
	Innovazione screening cancro della cervice uterina		Avvio di sperimentazioni per l'utilizzo test Hpv-Dna come test di screening primario Integrazione con i programmi di vaccinazione anti Hpv
Rendere sostenibili i programmi di popolazione per lo screening del cancro di mammella, cervice uterina e colon retto	Innovazione screening cancro coloretale	Coinvolgimento dei Mmg	Definizione di percorsi articolati per rischio individuale (almeno rischio per età e rischio per familiarità)
		Sperimentazione/valutazione di nuove tecnologie (costo-efficacia della colonscopia virtuale e della colonscopia endoscopica come test di primo livello)	Effettuazione esperienze pilota round annuale con test per sangue occulto fecale Programmi di sorveglianza per casi di storia neoplastica
	Innovazione screening cancro mammella		Definizione di percorsi articolati per rischio individuale (almeno rischio per familiarità e seno denso) Estensione fasce di età Valutazione digitale e Cad
	Estensione registri tumori		Istituzione registri tumori regionali
	Reingegnerizzare lo screening opportunistico	Valutazione dei dati sullo screening spontaneo e predisposizione di progetti che ne verifichino la qualità e adeguatezza	Contrastare lo screening opportunistico o alternative non istituzionali Definire protocolli e percorsi per chi si sottopone spontaneamente a screening

LA COMPETENZA SI FA SISTEMA

Sulla Gazzetta ufficiale del 31 ottobre scorso è stato pubblicato il decreto del ministero della Salute di riordino dell'assetto istituzionale dell'Osservatorio nazionale screening (Ons). Il documento, inserito in un più ampio panorama di azioni di supporto al Piano nazionale della prevenzione 2010-2012, rappresenta uno snodo essenziale nella storia dell'Ons e ne sancisce la strutturale integrazione nel meccanismo istituzionale di governo degli screening.

L'Osservatorio nazionale screening è nato circa un decennio fa come network di centri regionali, articolato in una "struttura debole", molto flessibile e dinamica, che ha permesso in pochi anni di rafforzare in Italia la cultura dello screening, diffondere le buone pratiche, innescare meccanismi di autoconoscenza e miglioramento nei programmi operanti sul territorio nazionale.

Un ruolo che lo stesso decreto riconosce come "insostituibile" in virtù dell'autorevolezza acquisita sia in Italia sia all'estero. Tuttavia, proprio questo rafforzamento della voce dell'Ons, insieme all'esaurimento dell'assetto pianificatorio e di finanziamento dei Piani nazionali screening - ha reso indispensabile una riorganizzazione. Ancor più in un contesto, quello del Piano nazionale della prevenzione 2010-2012, che riconosce all'Osservatorio un ruolo di supporto delle Regioni, a cui sono delegate le competenze in materia sanitaria dopo la modifica del Titolo V della Costituzione del 2001.

In questo quadro, l'Osservatorio, le cui indicazioni già oggi costituiscono nei fatti un elemento imprescindibile nella definizione dei rapporti tra i diversi livelli dell'assetto del sistema sanitario, necessitava di un più forte riconoscimento istituzionale. Era altresì necessario che le Regioni, depositarie ultime dell'attuazione degli interventi sanitari, potessero esercitare sull'Ons una più incisiva azione di indirizzo che raccordasse l'azione dello strumento tecnico agli obiettivi di salute individuati.

Struttura leggera, maggiore valenza istituzionale.

È nata da ciò l'esigenza di un riordino in grado di incardinare l'Ons nel sistema istituzionale di governo degli screening senza però far perdere quella struttura leggera che finora aveva garantito dinamismo e competenze forieri di ottimi risultati. Nel concreto, il decreto ridefinisce i criteri di nomina del Comitato di indirizzo dell'Ons affidandola a organi istituzionali: il presidente è designato dalla Direzione operativa del Ccm, mentre il vicepresidente e gli altri tre membri del Comitato da parte del Coordinamento delle Regioni.

Compete invece alla Direzione scientifica, costituita dai rappresentanti del network dei centri, l'attuazione degli indirizzi ricevuti nonché il coordinamento e il governo delle attività. Affianca la direzione un Comitato scientifico composto da esperti. È infine confermato il ruolo di "hub" per l'Ispo di Firenze.

Con questo riordino, l'Osservatorio dovrà cedere una parte della propria autonomia decisionale (talvolta a rischio di autoreferenzialità) ma di certo ne avrà un guadagno in termini di integrazione e responsabilità istituzionale. Il riordino dell'Ons rappresenta una novità assoluta nel quadro istituzionale. Un'organizzazione spontanea, costituita da gruppi di ricerca composti da professionisti che lavorano nel Servizio sanitario nazionale e che ha conseguito importanti risultati, diventa un pezzo routinario del sistema di governo della sanità. Un insegnamento prezioso di cui anche altre aree della sanità potrebbero beneficiare.

Antonio Federici
*Responsabile prevenzione oncologica,
ministero della Salute*

L'OSSERVATORIO NAZIONALE SCREENING

L'Osservatorio nazionale screening (Ons) è nato dall'esperienza dei gruppi di operatori dei programmi di screening: Gisma (Gruppo italiano screening mammografico), Gisci (Gruppo italiano screening del cervico carcinoma), Giscor (Gruppo italiano screening tumori colorettali).

Dal 2001 al 2003 è stato supportato dalla lega italiana per la lotta ai tumori (Lilt).

Dal 2004 è diventato l'organo tecnico per il monitoraggio e la promozione dei programmi di screening oncologico di riferimento delle Regioni e del ministero della Salute - Dipartimento della Prevenzione.

Comitato di indirizzo:

- Un rappresentante per ogni Regione e uno per il ministero della Salute

Membri dell'attuale Comitato esecutivo:

Direttore Ons: Marco Zappa, Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica Firenze, Regione Toscana

- Gabriella Dardanoni, assessorato alla Salute, Regione Sicilia
- Carlo Naldoni, Assessorato politiche per la salute, Regione Emilia Romagna
- Eugenio Paci, Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica Firenze, Regione Toscana
- Maria Elena Pirola, Uo Governo della prevenzione e tutela sanitaria, Direzione Generale Sanità, Regione Lombardia, Asl 1 Milano
- Renato Pizzuti, Osservatorio epidemiologico regionale, assessorato alla Sanità, Regione Campania
- Nereo Segnan, Centro prevenzione oncologica Torino, Regione Piemonte
- Paolo Giorgi Rossi, Asp Lazio, Roma
- Manuel Zorzi, Registro tumori Veneto, Padova.

Funzioni:

- Monitoraggio e valutazione dei programmi di screening
- Formazione
- Promozione della qualità
- Comunicazione e informazione

LO SCREENING AL TEMPO DELLA CRISI

Per lo screening del cancro del collo dell'utero il 2010 è un anno ricco di novità. Aumenta l'estensione dei programmi soprattutto al Sud e nelle isole, mentre la novità Hpv test diventa sempre più concreta. Sono ormai 50 mila le donne che lo hanno eseguito nei progetti pilota e i risultati della ricerca stanno per tradursi in indicazioni per la politica.

Il titolo è un po' altisonante, ma la questione è molto attuale. Se esaminiamo sia i dati dell'estensione nominale sia di quella effettiva dello screening del collo dell'utero vediamo per il 2010 un ulteriore, seppur piccolo, aumento rispetto al 2009, con un interessante sottinsieme di donne invitate nell'ambito dei progetti pilota dell'Hpv. Il 2010, tuttavia, rischia di essere l'ultimo degli anni di espansione. L'attuale grave crisi economica, infatti, con le riduzioni dei bilanci alle politiche sanitarie delle singole regioni, potrebbe avere conseguenze drammatiche anche per il mondo degli screening, che peraltro spesso si trova a combattere con difficoltà che hanno radici storiche. *Alessandra Barca*, per esempio riporta lo sforzo di organizzare gli screening in una regione come il Lazio, stretta fra piani di rientro e una sostanziale competizione con l'offerta spontanea. Uno sforzo che, tra le altre cose punta sull'appropriatezza per trovare un punto di contatto con le altre realtà locali. Ben si ricorda, quindi, l'esperienza piemontese narrata da *Nereo Segnan*, che valorizza il ricorso a uno strumento normativo come puntello dell'appropriatezza. Una delibera regionale, infatti, ha posto dei paletti molto precisi all'erogazione gratuita dei test di primo livello. Un'architettura complessa, che coinvolge i programmi e i loro interlocutori, medici di medicina generale e specialisti, diventata pienamente operativa da poco più di un anno, ma già promettente nei primi risultati.

❖ Dall'appropriatezza la via per una maggiore efficienza

Nella complessa situazione italiana, dunque, il tema dell'efficienza (il miglior modo di impiegare le scarse risorse a disposizione) diviene cruciale.

Il miglioramento dell'efficienza si può raggiungere in tanti modi: il metodo che il mondo degli screening vorrebbe proporre, prima di tutto a se stesso, ma anche al resto del sistema sanitario, è proprio quello dell'appropriatezza.

Appropriatezza tecnologica e organizzativa. E questi rapporti, così come i convegni annuali come quello di Firenze 2011, sono occasioni per dare conto e riflettere su alcuni esempi della ricerca di una maggiore efficienza attraverso l'appropriatezza.

Il dettagliato racconto da parte di *Guglielmo Ronco* e *Paolo Giorgi Rossi*, di come si sia arrivati alla pubblicazione in Italia del primo documento di Health technology assessment relativo all'impiego dell'Hpv test come esame primario nei programmi organizzati di screening ci dà una buona misura di come la ricerca tecnologica sfoci inevitabilmente nella necessità di scelte strategiche.

Su un fronte immediatamente concreto *Massimo Confortini* ci illustra come verrà affrontata la necessità che un piccolo esercito di citologi acquisisca un approccio totalmente diverso alla lettura, reso necessario dal passaggio dalla citologia di screening a quella di triage del test Hpv.

❖ La qualità come strumento di lavoro

Tra appropriatezza e ricerca della qualità si colloca un progetto sperimentale che impegna molto l'Ons in questo periodo: le "site visit". Allo studio la possibilità che un gruppo di esperti qualificati a livello nazionale, dopo un'analisi accurata della singola situazione, visiti in loco i diversi programmi, ne discuta le criticità e abbozzi oltre che una valutazione anche delle possibili soluzioni. *Grazia Grazzini*, coordinatrice del progetto, racconta i primi risultati, molto interessanti.

L'occasione è propizia per ringraziare sia gli esperti nazionali che dedicano parte del loro tempo a questa opera, sia i programmi che volontariamente hanno richiesto di essere "visitati", esperienza che riferiamo dalla viva voce di uno dei coordinatori coinvolti: *Mauro Palazzi*.

Questo aspetto di collaborazione e contemporaneamente di disponibilità a farsi giudicare è una ricchezza vera del mondo degli screening, che raramente è presente altrove. Valutazione e analisi può essere anche "autoanalisi" e *Angelo Tanese* ne dà conto illustrando le modalità e le logiche della rendicontazione sociale, cioè i modi in cui il mondo dello screening racconta se stesso alle altre comunità: da quella medica, agli stakeholder, alla popolazione generale, ma solo dopo un rigoroso percorso di analisi su se stesso. Non manca un tema classico per gli screening: le disuguaglianze e come i programmi di screening si attrezzano per valutarle e ridurle. Il

Figura 1.
Estensione nominale dei programmi di screening cervicale per zona geografica 2004-2010

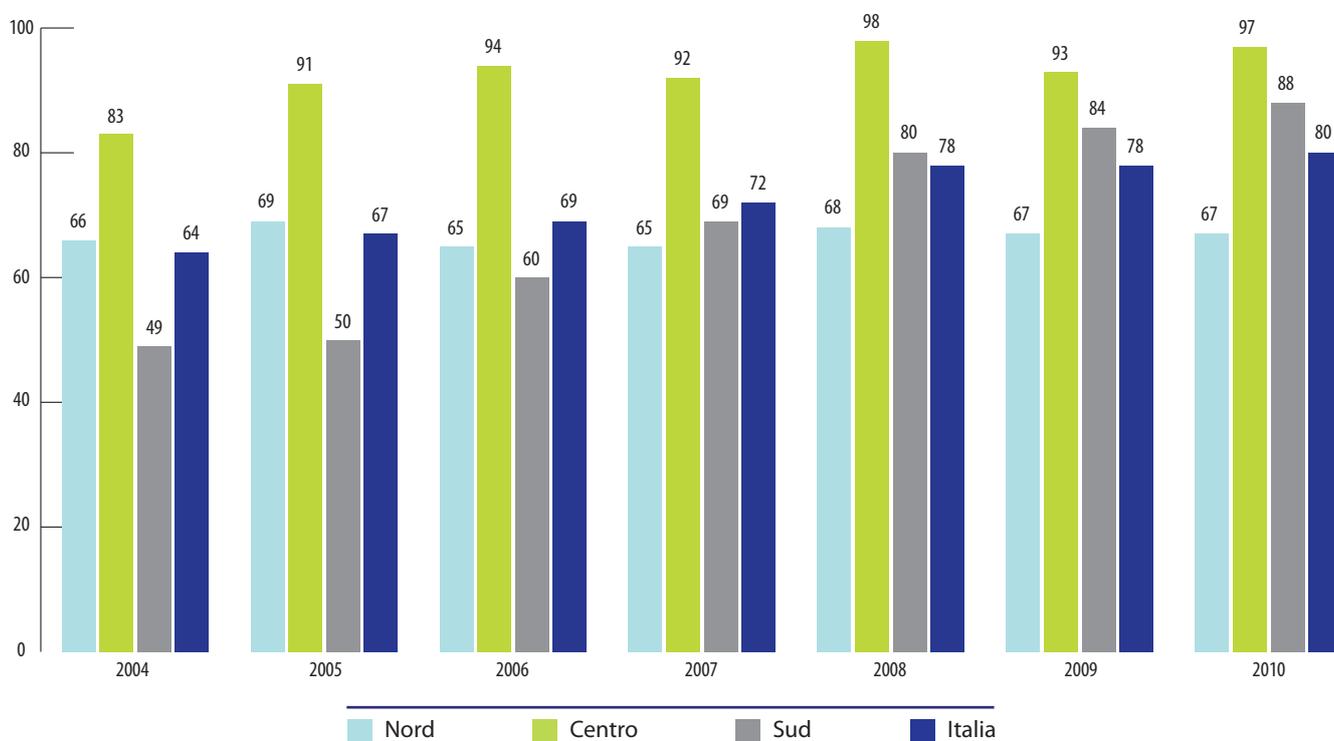
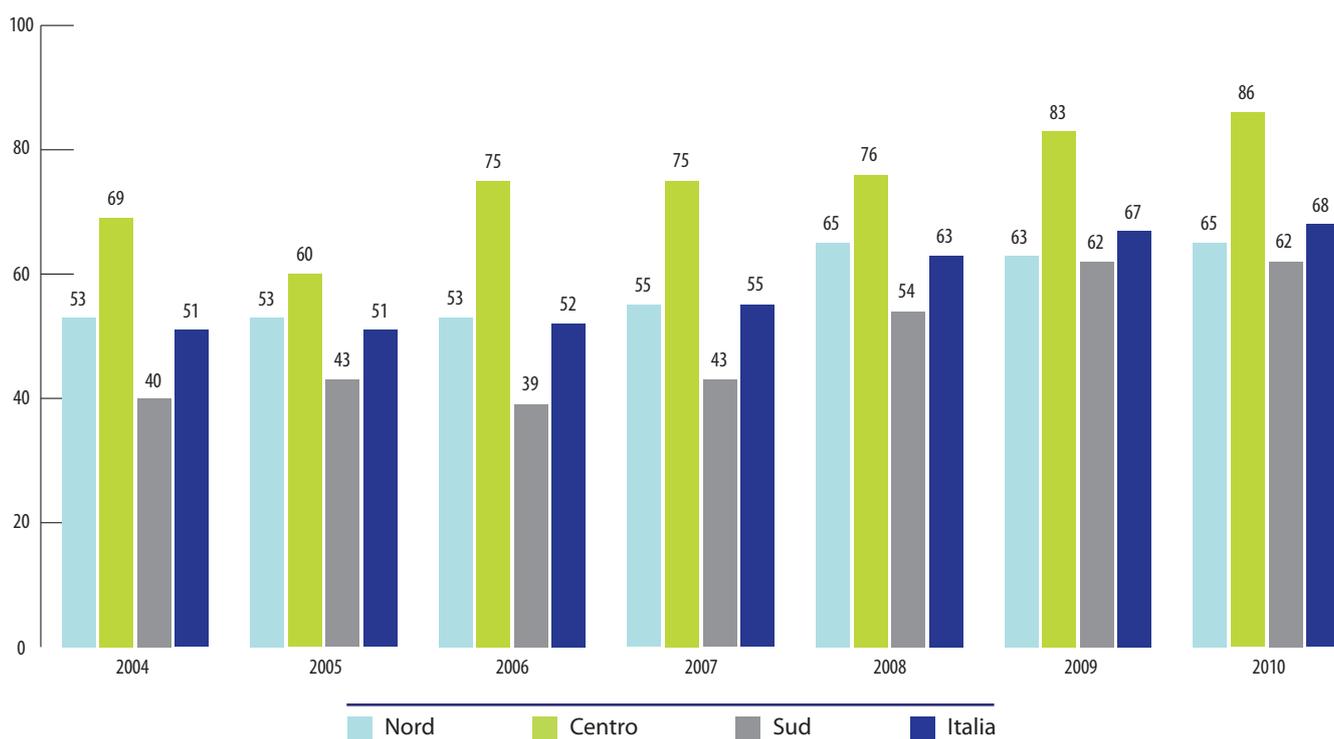


Figura 2.
Estensione effettiva dei programmi di screening cervicale per zona geografica 2004-2010



convegno che si è svolto a Viterbo a inizio estate 2011 ha offerto l'occasione per molte riflessioni in quest'ambito e ce ne parlano *Gessica Martello* e *Paola Polsellì*. Mentre sul fronte concreto dei risultati nel contrasto alle diseguaglianze, *Livia Giordano* da una parte e *Nicoletta Bertozzi* dall'altra, ci forniscono dati interessanti.

❖ I numeri dello screening della cervice uterina

Per quanto riguarda il commento dettagliato ai dati dello screening del collo dell'utero, la figura 1 riporta la copertura dei programmi (estensione nominale) dal 2004 al 2010. Questa figura ci dice quale proporzione delle donne italiane fra i 25 e i 64 anni vivono in un'area dove sono attivi programmi di screening. Complessivamente siamo a un valore leggermente superiore al 2009 (80%), con il Centro molto vicino alla copertura totale (mancano alcune zone di Roma città), però con un aumento del Sud e delle isole che raggiunge l'88%. Il Nord, in controtendenza, si ferma al 67%.

Quest'ultimo valore risente delle scelte della Lombardia e della Liguria che non hanno ritenuto di implementare il programma su tutto il territorio regionale.

La figura 2 riporta invece l'estensione effettiva, cioè la percentuale delle donne in età target che effettivamente hanno ricevuto un invito secondo l'intervallo previsto dei tre anni. Il valore raggiunto supera i due terzi (68%), con un piccolo aumento rispetto al 2009.

Aumento che riguarda, però, soltanto il Centro (che passa dall'83% all'86%) e il Nord (dal 63% al 65%) mentre il Sud rimane stabile al 62%. Questo risultato è stato otte-

nuto anche grazie alle 150.000 donne che nel corso del 2010 sono state invitate all'interno dei progetti pilota del test dell'Hpv, con un'adesione di circa un terzo, anche se con percentuali molto diverse tra i diversi programmi.

Dobbiamo augurarci che questo passaggio al test Hpv possa coinvolgere anche quelle Regioni del Nord che non hanno implementato completamente i programmi di screening organizzati.

❖ Il punto di vista di "Passi"

Anche quest'anno accompagniamo il dato della survey Ons con l'informazione raccolta dal Sistema di sorveglianza Passi, che ci dà conto della copertura al test complessiva, comprensiva sia della quota di donne che ha eseguito l'esame senza pagamento di ticket, sia della quota di adesione spontanea.

Il confronto ci dice che la maggior parte degli esami eseguiti gratuitamente sono avvenuti all'interno di programmi organizzati. Sulla base dei dati Passi si stima che in Italia nel 2010 circa tre donne 25-64enni su quattro (76%) abbiano eseguito un Pap test preventivo nel corso degli ultimi tre anni.

Un leggero aumento, quindi, rispetto all'anno precedente (73%). Come l'anno scorso metà di queste donne riferisce di aver eseguito l'ultimo test all'interno di programmi organizzati e l'altra metà al di fuori. Anche per il 2010 è importante notare che la marcata differenza fra Centro-Nord (dove siamo a valori superiori all'80%) e il Sud (che supera solo il 60%) sia tutto a carico della quota di esami eseguiti gratuitamente. Insomma: il recupero del divario fra Centro-Nord e Sud in questo campo passa attraverso il decollo dei programmi organizzati.❖

GLI SCREENING ALLA CONQUISTA DI ROMA

Da anni i programmi di screening della capitale faticano a decollare. Colpa, soprattutto, delle grandi strutture ospedaliere presenti sul territorio che rappresentano la meta preferita per le persone che optano per lo screening spontaneo. Ora la Regione sta correndo ai ripari

È ormai diventata storica la discontinuità territoriale tra i programmi di screening nella Regione Lazio. Alcuni programmi, specie nella provincia, conseguono da tempo risultati in linea con i migliori standard nazionali, rispettando la periodicità dell'invito e raggiungendo buoni risultati sui principali indicatori. Altri, concentrati soprattutto a Roma, sono in affanno.

Non perché ci sia una scarsa consapevolezza della popolazione sull'importanza della diagnosi precoce. Spesso nemmeno per demeriti dei singoli programmi. Il più delle volte, le difficoltà vanno rintracciate nella forte concorrenza rappresentata dallo screening spontaneo e dalla forte attrattività di grandi strutture ospedaliere, spesso di eccellenza, presenti sul territorio.

Se si analizza la copertura totale (quella che tiene conto sia dello screening spontaneo sia di quello organizzato) i valori sono analoghi alla media nazionale: maggiori del 75% per cento per lo screening cervicale.

❖ Operazione a tenaglia

Sciogliere il nodo non è semplice. Per un verso i grandi ospedali non sono strutturalmente integrati nel sistema di offerta degli screening. Inoltre, bisogna contrastare la diffusa cultura dello screening spontaneo presente sia nella popolazione sia nei medici prescrittori.

Al contrasto di questa tendenza, che porta il più delle volte i cittadini a fruire di percorsi inappropriati di prevenzione con un aggravio di rischi individuali e costi sistemici, lavora da tempo Laziosanità (l'Agenzia di sanità pubblica della

UN MECCANISMO CHE SI È MESSO IN MOTO

«Vivo a Roma di quasi 25 anni e quest'anno per la prima volta ho ricevuto la lettera di invito per il Pap test», racconta Giulia. «È stato semplice e comodo: mi hanno fissato un appuntamento vicino a casa, ci sono andata a piedi». Libera professionista, 55 anni, Giulia conosceva i programmi di screening organizzati perché ha vissuto per qualche tempo in provincia di Reggio Emilia.

«Ho fatto in tempo a ricevere due inviti per il Pap test, arrivata a Roma ho aspettato e quando ho visto che non arrivava nessuna lettera ho provato a informarmi, ma non riuscivo a trovare l'interlocutore adatto. Il mio ginecologo mi ha consigliato più volte di rivolgermi a un centro privato».

Giulia racconta che al centro screening l'hanno accolta bene, con gentilezza, anche se ha dovuto aspettare in piedi nel corridoio davanti all'ambulatorio insieme alle altre donne. «Certo il confort non è proprio il massimo, ma la cosa importante è sapere di potersi fidare».

Così all'uscita dal suo test si è andata a informare alla segreteria organizzativa anche per l'esame mammografico è ha scoperto che il suo nome nelle liste c'era, ma l'indirizzo non era completo. «Mi hanno chiesto l'età e da quanto tempo non facevo la mammografia, ho capito che volevano sapere se avevo i requisiti giusti». Appurata l'appropriatezza della richiesta Giulia si è vista fissare anche l'appuntamento per la mammografia.

Regione Lazio), organo tecnico della Regione il cui compito è fornire informazioni e conoscenze scientifiche finalizzate al governo e alla gestione del Sistema sanitario regionale. «Stiamo lavorando a tutto campo», spiega Alessandra Barca, responsabile dell'U.O.S. Prevenzione e sistemi di screening di Laziosanità-Asp, «cercando innanzitutto le modalità ottimali per integrare le grandi strutture sanitarie romane con i percorsi di screening. Il loro può essere un contributo prezioso, sia per le competenze e le risorse di cui dispongono, sia per ridurre la mole di attività che oggi fa capo alle Asl e che non sempre queste ultime, dalle limitate risorse umane e strutturali, possono smaltire nei tempi opportuni».

❖ Fare squadra

La soluzione identificata, per il momento, è «l'attuazione di convenzioni tra le aziende ospedaliere che consentono di esternalizzare una parte dello screening a strutture che oggi ne sono escluse», dice Barca.

Per esempio l'Asl di Rieti ha firmato una convenzione con l'ospedale Sant'Andrea per la lettura dei Pap test e altre realtà stanno seguendo percorsi analoghi per gli altri programmi. «Tutto ciò è facilitato dal passaggio al nuovo sistema informativo degli screening che uniformerà le procedure mettendo definitivamente in rete le strutture della Regione».

Ma questo è soltanto uno dei fronti

su cui si sta muovendo Laziosanità. L'altro intervento radicale che si sta tentando di attuare riguarda l'appropriatezza. «È necessario agire alla fonte, disincentivando il comportamento prescrittivo inappropriato», afferma Barca. In pratica, significa cercare di ridurre quegli esami "di controllo" spesso prescritti al di fuori delle indicazioni di efficacia, che non danno alcun vantaggio alla popolazione mentre sovraccaricano i servizi sanitari e incentivano il ricorso a strutture extrascreening.

A tutto ciò si affianca un intenso lavoro dietro le quinte: «Facciamo comunicazione, abbiamo uniformato i numeri verdi e stiamo facendo corsi per gli operatori dei call center».



Il Piemonte coglie i primi frutti

Dopo un quinquennio comincia a produrre risultati la delibera che ha riorganizzato gli screening nella Regione riducendo le possibilità di accesso alla prevenzione spontanea. In un anno 18 mila mammografie "fai da te" in meno

Sono passati cinque anni dall'approvazione della delibera della Giunta regionale del Piemonte che reingegnerizzava il sistema degli screening. E più di un anno dalla sua piena entrata a regime. Il tempo passato consente quindi di trarre un primo bilancio degli effetti del provvedimento che, tra gli altri interventi, prevedeva una severa regolamentazione dello screening spontaneo.

La delibera ha posto dei paletti alla prescrizione e all'erogazione gratuita dei test di primo livello. Nel dettaglio, ha previsto che i gli esami di screening possano essere prescritti dal medico (sia esso di

I medici non possono più prescrivere gli esami di screening ai pazienti asintomatici

medicina generale, specialista o consultoriale) soltanto in presenza di un sospetto diagnostico da indicarsi in modo inequivocabile. Non è invece consentita la prescrizione con finalità di prevenzione secondaria dei tumori né l'accettazione, da parte delle strutture eroganti, di prescrizioni indicanti diciture come "controllo" o simili, con l'esclusione

dei follow up clinici. Un blocco alle prestazioni ad alto rischio di inappropriata, quindi, a cui vengono sottratte soltanto specifiche categorie di pazienti a rischio genetico o in follow-up clinico.

Non solo: il documento ha disposto che gli esami di prevenzione secondaria non possano essere erogati in strutture non integrate sia dal punto di vista organizzativo sia informatico, nel circuito degli screening (denominato in Regione "Prevenzione Serena").

A ciascuno il suo

Definite nel dettaglio anche le modalità di accesso alla prevenzione secondaria: il canale principale è la tradizionale lettera di invito, ma le porte dei centri screening non sono chiuse alle donne e agli uomini non raggiunti dalla lettera o che decidano di ricorrere spontaneamente all'esame. I residenti nelle fasce di età target che non abbiano ricevuto un invito possono infatti richiedere il test se non lo hanno mai effettuato, lo hanno effettuato da un tempo superiore a quello previsto dal programma o se presentano sintomi tra i due round di screening.

Norme particolari sono stabilite per le donne che desiderano eseguire una mammografia: possono

richiederla su presentazione spontanea le donne di età compresa tra 45 e 49 anni (con cadenza annuale) e quelle di età tra 70 e 75 anni (con cadenza biennale).

Cala lo spontaneo

Questa l'architettura dei programmi di screening piemontesi, che è diventata pienamente operativa il primo settembre del 2010.

È ancora presto, quindi, per osservare gli effetti della piena entrata a regime del sistema, ma «i primi segnali sono positivi, benché meno di quanto desiderassimo», illustra Nereo Segnan, del Centro di riferimento per l'epidemiologia e la prevenzione oncologica (Cpo) in Piemonte. «Tra il 2009 e il 2010 si sono registrate circa 18.000 mammografie in meno erogate in regime di specialistica ambulatoriale. E un trend analogo si osserva anche nel caso dello screening citologico». Segno della capacità dei programmi organizzati di screening di attrarre cittadini che prima ricorrevano ai test spontanei. «Certo - precisa Segnan - sarebbe auspicabile che questo passaggio fosse più veloce, ma non è detto che in tal senso una opportunità venga dalla crisi e dalla scarsità delle risorse che, purtroppo, affligge una fetta sempre più ampia della popolazione».✦

LA VALUTAZIONE SI FA SUL CAMPO

Un gruppo di esperti visita i programmi, li osserva nei punti di forza e debolezza. E dal confronto tra pari con gli operatori nascono i consigli per migliorarli. È la logica delle *site visits* la cui efficacia e fattibilità si sta testando in questi mesi in un progetto pilota

Spesso dietro un indicatore che non va, riscontrato dall'analisi dei dati rilevati costantemente dai programmi organizzati di screening, non c'è quello che ci si aspetta. Anzi, il più delle volte non è possibile conoscere da cosa originino performance peggiori (né migliori) rispetto a quelle attese.

Proprio dall'esigenza di mettere a punto una nuova metodologia in grado di identificare questi fattori e contribuire al miglioramento della qualità è nato il Progetto per la realizzazione di un sistema di *site visits* per l'assicurazione di qualità di programmi di screening italiani.

❖ Una nuova prospettiva

«È un progetto che cerca di vedere le cose da una prospettiva diversa e più contestuale di quanto non sia la consueta valutazione degli indicatori», spiega Grazia Grazzini, dell'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (Ispo) di Firenze. «Propone che un gruppo di esperti si rechi in un programma di screening e, insieme agli stessi operatori del programma, osservi e valuti con un protocollo definito l'intero processo di screening».

L'iniziativa rappresenta una novità quasi assoluta all'interno dei programmi organizzati. Riprende esperienze realizzate dalla Regione Toscana e, per ora, ha lo scopo di valutare la fattibilità di una simile modalità di valutazione della qualità e delle performance dei programmi. Sul piano internazionale, l'unico esempio analogo è stato realizzato in Gran Bretagna, dove però la visita era condotta con modalità ispettive. Le *site visits* italiane, al contrario, si basano su un

approccio non verticistico ma fondato sul confronto tra pari e, attraverso l'analisi dei diversi aspetti dello screening, mira alla correzione degli errori e alla diffusione delle best practice. Il progetto, iniziato nel 2009 dopo una lunga fase preparatoria in cui sono stati allestiti i materiali, sviscerati gli aspetti procedurali e di protocollo, è ora entrato nel vivo e già cinque programmi, candidati su base volontaria, sono stati oggetto di visita. Inoltre, in questa fase di studio, ai referenti locali è stato chiesto di produrre un feedback sulla visita: uno strumento per affinare la metodologia in vista di un futuro impiego sistematico. Di certo, l'implementazione di un simile strumento non è di semplice realizzazione. Oltre alla scarsa disponibilità di risorse, i nodi logistici non sono pochi.

❖ Un buon inizio

Per il momento i risultati sembrano positivi. «L'abbiamo vista come un'opportunità, un'occasione per crescere grazie a uno sguardo esterno», ha raccontato Mauro Palazzi, responsabile dei programmi di screening oncologici dell'Azienda Ulss di Cesena.

«Il gruppo di "visitatori", da parte sua, si è posto nel modo giusto: ha mostrato una grande competenza (e si tratta di un elemento essenziale) senza atteggiarsi a chi vuole valutare o sanzionare. Piuttosto, con spirito di collaborazione e costruttivo, ha contribuito a esaminare il processo di screening, ha dato consigli consentendoci di acquisire consapevolezza sia sui punti di forza sia sulle criticità del

nostro programma». Alla fine, racconta il responsabile, «ne sono uscite osservazioni sia su elementi già noti, sia su altri su cui finora non ci eravamo soffermati.

Per esempio l'impiego di un'agenda elettronica per la gestione delle donne che, forti del parere degli esperti, è stato più semplice far accettare ai nostri professionisti».❖



Rendersi conto per rendere conto

I bilanci economico-finanziari non sono sufficienti a mostrare come un'organizzazione, ancor più se pubblica, trasforma le risorse a cui attinge in "valore". Nasce da questo bisogno la necessità di redigere un bilancio diverso, sociale. Un bisogno che comincia a contagiare anche gli screening

In tempi di crisi così grave comprendere in che modo l'amministrazione pubblica trasforma le risorse a cui attinge in "valore" per la popolazione è diventato ancora più importante. Non soltanto per ragioni di trasparenza, ma anche e soprattutto per legittimare la destinazione di risorse sempre più scarse a un impiego piuttosto che a un altro e per rafforzare la legittimità del proprio operato agli occhi della cittadinanza.

È questo lo scopo della "rendicontazione sociale", una delle principali acquisizioni della comunicazione pubblica degli ultimi anni, che è andata ad affiancare il tradizionale bilancio finora concepito come mero dato economico e finanziario. «Il bilancio sociale è il risultato di un processo attraverso il quale l'amministrazione pubblica rende conto delle scelte, delle attività, dei risultati e dell'impiego di risorse in un certo periodo. L'attività è finalizzata a consentire ai cittadini e ai diversi interlocutori di conoscere e formulare un proprio giudizio su come l'amministrazione realizza la propria missione istituzionale e il proprio mandato», spiega Angelo Tanese, coordinatore del gruppo di esperti che ha redatto, per conto del dipartimento della Funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei ministri, le Linee guida per la rendicontazione sociale nelle amministrazioni pubbliche. «Nel caso degli screening, e più in generale della sanità, redigere un bilancio sociale significa avviare una riflessione che mostri in che modo quell'organizzazione, quelle risorse, quei professionisti stanno producendo qualcosa che impatta sulla salute e sulla qualità della vita della cittadinanza».

❖ Conoscersi, innanzitutto

L'obiettivo degli screening è noto: ridurre la mortalità per cancro nel territorio su cui incidono. Tuttavia, nella logica della rendicontazione sociale, questo numero così asciutto e apparentemente esaustivo è insufficiente a restituire il quadro reale dell'impatto dei programmi di screening.

«Redigere un bilancio sociale - dice Tanese - significa ricostruire l'intera "catena di senso" dell'amministrazione. Riscoprire gli obiettivi per cui essa esiste, collegare le risorse impiegate ai risultati raggiunti. Seguire passo per passo il processo che dalla costruzione dell'organizzazione porta alla realizzazione degli interventi e al modo in cui questi producono risultati».

Se si volesse tracciare la linea che sintetizza la redazione di un bilancio sociale, si tratterebbe di congiungere i punti che dalla visione politica e dagli obiettivi dell'amministrazione portano agli effetti prodotti, passando per le risorse impiegate e gli interventi realizzati. La tradizionali analisi economica, quindi, non ne è esclusa, ma viene inserita in una riflessione più ampia che sviscera nel profondo l'attività dell'organizzazione.

Per questo, la rendicontazione sociale, ancora prima che per i referenti esterni, ha una valenza interna all'organizzazione sanitaria.

«Rendere conto è anche un rendersi conto», afferma Tanese. «Gli operatori che partecipano alla redazione di un bilancio sociale, infatti, acquistano essi stessi la consapevolezza del senso ultimo del loro lavoro. Si pensi a un tecnico di radiologia che esegue le mammografie in un programma di scree-

ning. Passare da una lettura del programma caratterizzata dalla conta delle prestazioni erogate - come potrebbe fare un tradizionale rapporto - a una in cui si ricollegano quegli interventi ai risultati ottenuti in termini di guadagno di salute prodotto nella popolazione significa riscoprire il senso della propria professione».

❖ Parlare a tutti

La sfida della rendicontazione sociale, tuttavia, è quella di rivolgersi a tutti gli stakeholder: deve pertanto essere il più possibile comunicabile e verificabile.

«Un bilancio sociale non può e non deve essere autoreferenziale: deve raggiungere tutti i portatori di interesse e diventare uno strumento al loro servizio». Per un verso, una Regione - così come la popolazione - ha diritto di sapere quali risultati producono le risorse allocate in un programma di screening. Allo stesso tempo, se un bilancio sociale non aiuta la governance del sistema, non assolverebbe a tutti i suoi compiti. «In definitiva, il bilancio sociale deve essere uno strumento utile alla collaborazione dei diversi soggetti, sia interni sia esterni all'organizzazione, e al miglioramento complessivo del sistema».

❖ Tempo di bilanci

Nonostante ciò, la redazione del bilancio sociale è un'attività che stenta ad affermarsi all'interno dei programmi di screening. «Una prima iniziativa - racconta Tanese - è stata condotta da un gruppo di lavoro dall'Asp Lazio. Ma l'esperien-

za si è esaurita senza strutturarsi nelle attività di routine».

A oggi, aggiunge, «l'esperienza più significativa è quella realizzata in Abruzzo: un progetto avviato nel 2009 e finanziato con fondi del ministero della Salute che ha definito un prototipo di bilancio sociale dello screening.

Si è trattato di un progetto molto impegnativo, che ha coinvolto circa 60 professionisti afferenti a tutte e quattro le aziende sanitarie della Regione. E di grande importanza, giacché sono state prodotte delle raccomandazioni ed è stata valida-

ta una metodologia di riferimento». Negli ultimi anni «l'Osservatorio nazionale screening si è dimostrato attento e si sta cercando di capitalizzare queste esperienze per metterle a disposizione dei diversi programmi».

E lo scenario sembra stia mutando. «La sensibilità al tema è sempre più elevata», sottolinea Tanese. «Tanto che si sta cercando di dare il via ad altre iniziative che coinvolgano un maggior numero di programmi per realizzare una ulteriore sperimentazione sul campo di questo modello».✦



HPV TEST: UN PASSO AVANTI VERSO L'IMPLEMENTAZIONE

In Italia sta per essere pubblicato il primo documento di Health technology assessment sull'impiego dell'Hpv test all'interno dei programmi organizzati di screening. Ma una task force governativa americana ne rimette inspiegabilmente in discussione l'utilità

Un documento in cui le prove prodotte dalla comunità scientifica su un dato argomento vengono tradotte in informazioni chiare su cui può basarsi un decisore. Un documento di *Health technology assessment* (Hta) è sostanzialmente questo. Ora, dopo la conclusione dei trial europei, sta per giungere alla pubblicazione in Italia il primo documento di Hta relativo all'impiego dell'Hpv test come esame primario nei programmi organizzati di screening. È il segno che la ricerca ha fatto il proprio corso e che adesso la discussione si sposta sul piano politico.

«Volendo riassumere - sintetizza Paolo Giorgi Rossi, dell'Agenzia di sanità pubblica della Regione Lazio e tra gli autori del testo - il documento dice che esistono sufficienti prove scientifiche per affermare che il test con Hpv è più efficace del Pap test per prevenire i tumori invasivi del collo dell'utero e presenta rischi comparabili.

Ciò, tuttavia, se si rispettano alcuni paletti: innanzitutto, il test Hpv deve essere l'unico test di primo livello e non va quindi impiegato in contemporanea al Pap test sulla stessa donna. In secondo luogo - aggiunge - non tutte le donne positive all'Hpv devono essere inviate in colposcopia, ma è necessario usare sistemi di triage.

Ancora, gli intervalli di screening devono essere di almeno 5 anni. E, infine, lo screening basato sul test Hpv non deve iniziare in età troppo giovane, vale a dire prima dei 30-35 anni».

Il documento, inoltre, fa un'analisi dettagliata dei costi che comporterebbe il passaggio all'Hpv test. «Attenendoci ai costi attuali dei kit,

lo screening con l'Hpv costerebbe leggermente di più per ogni round eseguito», afferma Guglielmo Ronco, coordinatore del gruppo che ha redatto il documento, nonché primo autore dello studio Ntcc che quasi due anni fa ha dato un decisivo contributo alla definizione dell'efficacia del test. «Tuttavia, dal momento che viene consigliato un ampliamento dell'intervallo - precisa Ronco - ne risulta una complessiva riduzione di spesa». Che potrebbe essere ancor più marcata se i prezzi dei test continueranno a calare.

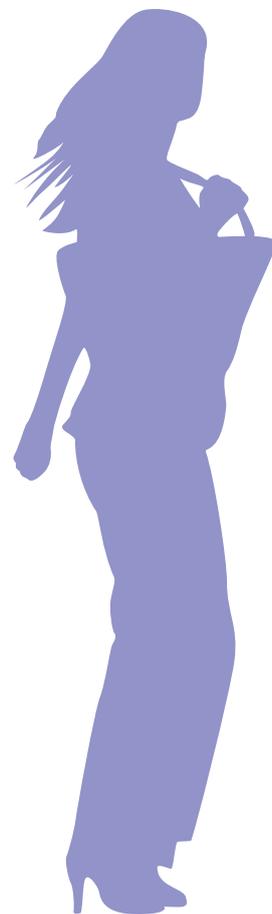
❖ Usa in controtendenza

Mentre in Italia il dibattito avanza, dagli Usa arriva però una frenata sull'opportunità dell'impiego dell'Hpv test per lo screening di popolazione. Una revisione commissionata dall'*US Preventive Services Task Force* per aggiornare le precedenti raccomandazioni del 2003 sullo screening del cancro del collo dell'utero ha concluso «che sono necessarie evidenze più complete prima di adottare su larga scala lo screening basato sull'Hpv nelle donne con più di 30 anni».

«È bizzarro», sottolinea Giorgi Rossi. «L'*US Preventive Services Task Force* afferma oggi quello che sostenevano le Linee guida europee nel 2008 e l'*handbook* dello Iarc nel 2006». Come se in mezzo non ci fosse stato nulla. «E in più auspica che vengano compiuti altri trial che in realtà non saranno mai realizzati per una semplice ragione: ci sono stati 6 trial europei che, seppure in modi differenti, hanno già dato risposte soddisfacenti».

❖ Il metodo dà i risultati

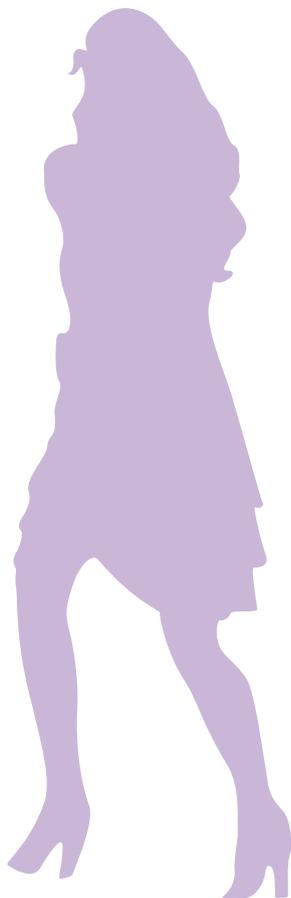
Sul perché la revisione Usa abbia dato esiti contrari a queste sperimentazioni non hanno dubbi i due ricercatori. La spiegazione si gioca tutto sul metodo e sull'epistemologia. «È il frutto dell'applicazione di una epistemologia barbarica», dice Giorgi Rossi. «Non nel senso negativo del termine - precisa - ma per dire che fa tabula rasa di quello che si conosce della storia naturale



della malattia». Non dissimile il parere di Ronco, secondo cui «il problema è in parte legato al fatto che il rapporto è stato preparato da persone che probabilmente possedevano competenze in materia di revisioni sistematiche, ma non di screening e che perciò hanno applicato regole nate altrove, soprattutto nella sperimentazione dei farmaci».

Ma se nei trial dei farmaci si può e si deve tenere conto di alcuni criteri e dettagli, perché può esserci interazione tra modalità di somministrazione o protocolli e outcome registrati, totalmente diverso è il caso degli screening.

Si pensi all'effetto placebo, che nei trial clinici viene neutralizzato con la procedura del cieco. «È quanto meno singolare che si possa imma-



ginare un qualcosa del genere nel campo degli screening oncologici», dice Ronco. Eppure questo, come altri criteri, sono stati impiegati per valutare la qualità dei trial presi in considerazione. Con il risultato di forzarne gli esiti.

❖ Logica o rigore?

«Basta l'esempio del trial Ntcc», spiega Giorgi Rossi. «Lo studio è stato articolato in due fasi "dialoganti" tra di loro: la prima ha verificato se l'associazione tra test Hpv e citologia fosse più sensibile della sola citologia nell'identificare le lesioni.

Un risultato quasi scontato e che ha mostrato la maggiore sensibilità del doppio test. Sulla base di questi risultati, nella seconda fase è stato effettuato un confronto tra Hpv e citologia che ha reso palese come il vantaggio fosse attribuibile quasi interamente all'Hpv test». I risultati definitivi sono noti: in un ulteriore round eseguito sui due gruppi di donne, in quante hanno eseguito l'Hpv test è stato riscontrato un minor numero di lesioni precancerose rispetto a quante avevano eseguito l'esame citologico, a dimostrazione del fatto che nel precedente turno di screening il test Hpv aveva permesso di identificare e trattare un maggior numero di lesioni clinicamente rilevanti rispetto alla citologia.

Lo stesso dato è stato riscontrato anche negli altri trial europei, anche se avevano adottato strategie di screening diverse.

«Di questo si è tenuto conto nel rapporto Hta italiano raccomandando, vista la parità di efficacia, le strategie meno aggressive», afferma Ronco.

Come se non bastasse, il trial Ntcc, grazie all'elevato numero di donne arruolate, ha consentito di evidenziare un ulteriore risultato: le donne che hanno eseguito l'Hpv test presentavano anche un'importante riduzione dei tumori invasivi.

Un dato intuibile e che è conseguenza diretta della rimozione anticipata delle lesioni precancerose.

Diverso il parere degli esperti americani, che richiedevano invece di dimostrare direttamente e separatamente per ogni strategia con Hpv una riduzione dei tumori invasivi rispetto alla citologia. «È irragionevole», dice Ronco. «I tumori invasivi, proprio perché identificati in fase precoce, sono molto rari nelle donne che fanno screening e questa dimostrazione implicherebbe ulteriori studi di dimensioni enormi e tempi lunghissimi, con il risultato di rimandare per molti anni l'introduzione di una tecnologia che ha già dimostrato di essere utile».

❖ La ricerca ai tempi della crisi

Ma non è da escludere che l'obiettivo del team fosse proprio questo. Il sospetto, infatti, è che i ricercatori non siano arrivati allo studio con la mente completamente sgombra. La riforma del sistema sanitario sta indirizzando gli Usa verso un approccio più avaro nei confronti della prevenzione e non è da escludere che questo nuovo corso abbia influenzato il team.

«Non che si tratti per forza di un male», afferma Ronco. «Finora in Usa c'era molta attenzione alla sensibilità dei test, ma non si pensava quasi per nulla agli effetti collaterali e ai costi». Quindi potrebbe trattarsi di un salutare bagno nell'appropriatezza.

In questo caso, però, forse si è superata la misura.

«La strada metodologica imboccata dai ricercatori - conclude Giorgi Rossi - li ha messi di fronte a un bivio: non raccomandare nessuna nuova strategia o affermare che era il co-testing la modalità migliore».

E volendo evitare la strada più costosa, sono andati contro a tutte le evidenze prodotte negli ultimi anni.❖

Lezioni di lettura per i citologi

Si avvicina il passaggio all'HpV test come esame di primo livello e per i citologi è giunto il tempo di aggiornarsi. Con l'avvento della citologia di triage cambierà la frequenza delle lesioni riscontrate e le loro caratteristiche. La lettura sarà più impegnativa e di qualità rispetto a oggi

Occorrerà ancora qualche anno prima che il test HpV soppianti il Pap test come esame di primo livello nello screening per il cancro del collo dell'utero. Ma per quella data, un piccolo esercito di citologi dovrà acquisire un approccio totalmente diverso alla lettura reso necessario dal passaggio dalla citologia di screening a quella di triage. «Dovrà resettarsi su un test più impegnativo», spiega Massimo Confortini dell'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (Ispo) di Firenze.

L'algoritmo identificato come ottimale in uno screening basato sul test HpV-Dna nel primo livello è ormai acquisito. Prevede in prima battuta l'esecuzione del test HpV, poi, in caso di positività, la lettura del campione da parte del citologo. A questo punto le strade si biforcano. In caso di ulteriore positività l'invio della donna a colposcopia, in caso di negatività l'avvio di una procedura di follow up più breve: a un anno si eseguirà nuovamente il test HpV.

Per il citologo si tratterà, dunque, di un radicale cambiamento di prospettiva. Da una parte, spiega Confortini: «è consapevole che il Pap test proviene da una popola-

zione selezionata a maggiore rischio di patologia, dall'altra sa che una sua valutazione negativa comunque non rimanda la paziente al normale intervallo di screening, ma a un controllo a 12 mesi con l'HpV test».

❖ Cambiamento di paradigma

Quali saranno i risultati concreti di questo approccio è ancora da vedere. Di certo, i cambiamenti che stanno per investire i lettori non finiscono qui. «Cambierà drasticamente anche la frequenza con cui si risconteranno lesioni», dice Confortini. «Nella citologia di screening il numero di lesioni trovate è molto basso, mentre in quella di triage i casi anormali possono arrivare fino al 50%». E anche la loro natura sarà diversa, dal momento che «dovrebbe essere riscontrato un maggior numero di lesioni importanti».

Sarà forse eccessivo chiamarla rivoluzione, ma di certo è un cambio forte di paradigma per chi finora era abituato a leggere qualche centinaio di vetrini. La riduzione drastica del numero di letture «dovrebbe far quasi sparire l'errore di attenzio-

ne, ma ogni singola lettura diventerà più impegnativa e "di qualità". Persino più interessante per l'operatore». A cambiare dovrebbe essere inoltre l'approccio alla refertazione «che dovrà essere più netta e limitare, se non azzerare, le classi borderline».

Per questo il processo di formazione alla citologia di triage è già partito. «Per ora, si è trattato di corsi teorici - dice Confortini - ma saranno avviati nel breve periodo anche corsi pratici e un master dedicato». Massima attenzione dovrà essere inoltre riservata al controllo di qualità.

La citologia di triage, per un verso, introduce nei programmi organizzati di screening una nuova categoria di rischio: quella delle donne da seguire con un follow up ristretto. Dall'altro, trovandosi a operare scelte diagnostiche in una categoria potenzialmente ad aumentato rischio di patologia, potrebbe indurre a un più frequente invio in colposcopia, producendo un aumento della sovradiagnosi.

«Occorrerà perciò monitorare attentamente questa fase e verificare il rispetto di standard che sono in via di definizione», conclude Confortini.❖

IMMIGRATI E SCREENING: LA STRADA È ANCORA LUNGA

Il loro numero cresce e di pari passo aumenta la loro quota nella popolazione bersaglio dei programmi di screening. Tuttavia, i programmi italiani ancora faticano a mettere in atto strategie per attrarre gli immigrati alla prevenzione. E persino a identificarli all'interno delle banche dati

Gli immigrati costituiscono ormai una porzione importante della popolazione bersaglio degli screening. Sono l'8,6% di quanti hanno diritto al Pap test, il 3,8% di quanti sono eleggibili alla mammografia e il 3,2% di quanti dovrebbero sottoporsi alla ricerca del sangue occulto nelle feci.

Ma a che punto sono i programmi di screening nell'inclusione della popolazione straniera immigrata nel nostro Paese? Mettono in atto strategie finalizzate a questo scopo? Sono in grado di affrontare la sfida delle differenze culturali?

Sul fenomeno, attualmente, le conoscenze sono poche e non sistematiche.

A colmare, almeno in parte, la lacuna, è un filone ricerca del Programma integrato in oncologia (Pio), un progetto del ministero della Salute che tra i diversi obiettivi mira alla messa a punto di interventi per ridurre le disuguaglianze nell'accesso allo screening.

Diverse le strade su cui si è mosso il progetto. «Una parte del lavoro - spiega Livia Giordano, del Centro di riferimento per l'epidemiologia e la prevenzione oncologica (Cpo) in Piemonte di Torino - si è concretizzata in un'analisi della letteratura scientifica per verificare se esistono in altri Paesi esperienze di valutazione dell'adesione allo screening nella popolazione immigrata e strategie per aumentarla».

Come ci si attendeva, le esperienze non mancano. «Soprattutto nel Regno Unito, abituato a confrontarsi con il fenomeno da più tempo rispetto a noi», sottolinea Giordano, che precisa come molte di queste esperienze possano essere prese ad esempio dai programmi di screening italiani.

❖ Aumentare la conoscenza

In questi ultimi, infatti, ancora faticano ad affermarsi strategie finalizzate all'inclusione dei cittadini immigrati. È quel che è emerso da una seconda fase del lavoro, che ha scattato una fotografia della situazione esistente in Italia attraverso l'invio di questionari a tutti i programmi di screening. L'obiettivo era quello di capire innanzitutto se i programmi fossero in grado di scorporare la popolazione immigrata dalla popolazione generale e poi quali fossero i livelli di adesione.

«Ci sono state restituite compilate nove schede. In sei casi si trattava di analisi occasionali dell'adesione della popolazione immigrata ai programmi di screening. Tre sono invece analisi sistematiche con cadenza principalmente annuale». Il piccolo numero di schede rese, in realtà, nasconde un fenomeno più ampio. Infatti 4 delle 9 schede si riferivano a indagini realizzate a livello regionale o provinciale (Lazio, Emilia-Romagna, Trento, Piemonte).

Una prima criticità emersa dall'analisi è la difficoltà dei programmi italiani di riconoscere la popolazione immigrata. «Che variabile usiamo?», si chiede Giordano. «Quella più corretta sarebbe la cittadinanza, ma non tutti gli archivi di screening possiedono questa variabile. Per questo un surrogato spesso usato è il Paese di nascita rilevabile dal codice fiscale».

Quanto all'adesione, i dati sono ancora preliminari - visto il piccolissimo numero di programmi che la rilevano - e molto eterogenei, ma tendenzialmente si conferma il dato già noto di una più bassa risposta degli immigrati.

Per quanto concerne lo screening mammografico, si registra un tasso inferiore del 18,7% nel programma di Padova e del 14,4% in Piemonte. Ma nella Asl 4 di Chiavari, in Liguria, le donne immigrate fanno ricorso agli screening più frequentemente delle italiane (+16,4%). Nel caso dello screening per il cancro della cervice uterina si oscilla tra il -8,3% del Piemonte al -20,3% del Trentino, ma a Lodi si osserva un +19% a favore delle immigrate.

Concordi, invece, i dati sull'adesione allo screening per il cancro del colon: negli unici due programmi in grado di misurare questo dato, gli immigrati vi ricorrono con un tasso del 17,3 o del 23,9% inferiore rispetto agli italiani. Sembra proprio quest'ultimo screening quello più in ritardo e «su questo dato - spiega Giordano - una spiegazione potrebbe risiedere nella minore attenzione alla prevenzione da parte degli uomini».

I risultati del progetto Pio, prima ancora delle informazioni sulla adesione, quindi, mettono in luce l'urgenza di attivare cambiamenti nel sistema di rilevazione dei dati che consentano di identificare le persone immigrate. «Per questo è stato proposto che questa variabile sia inserita nelle survey annuali: in tal modo si spera che i programmi siano incentivati a rilevare il dato», spiega Giordano, precisando, tuttavia, che questo potrebbe non bastare. «Se si vorranno adottare strategie di intervento efficaci, quasi certamente sarà necessario adottare modalità di analisi più fini: non ha senso mettere in unico calderone tutti gli immigrati. L'area di provenienza incide molto sulla cultura della prevenzione e mentre alcune etnie non si rivolgono quasi

affatto agli screening, altre lo fanno quanto o forse più delle italiane. Inoltre, è opportuno concentrarsi sul secondo livello: le straniere tendono ad aderire meno delle italiane se vengono richiamate per un approfondimento. E queste - lo sappiamo - sono le persone più a rischio», conclude Giordano.

❖ Promuovere l'adesione

Il progetto Pio si è articolato, inoltre, in un ulteriore filone, finalizzato a raccogliere le esperienze di promozione della partecipazione agli screening già messe in atto nei programmi italiani. In questo caso sono state 17 le esperienze raccolte, la maggior parte condotte da programmi del Centro-Nord.

«Forse perché in quelle Regioni i programmi di screening sono più diffusi e consolidati e perché maggiore è la presenza di immigrati», ipotizza Gessica Martello, sociologa che ha preso parte alla realizzazione del progetto.

Le strategie più spesso impiegate sono la mediazione linguistica e culturale e le traduzioni. Ma non mancano esperienze più innovative. «In Emilia Romagna si è sperimentato, per esempio, il modello del community house educator: sono state educate persone della comunità migrante che facessero attività di informazione sul territorio. In Piemonte è stato attivato un call center gestito da una mediatrice culturale. In Campania è stato diffuso su internet e in centri di immigrazione un video di promozione degli screening. In tutti i casi, però, si è trattato di esperienze che hanno fatto fatica a strutturarsi all'interno dei programmi».❖

C'È MENO UGUAGLIANZA SENZA SCREENING

«I dati ormai cominciano a diventare ripetitivi. Qualora ce ne fosse bisogno, le rilevazioni del sistema di sorveglianza Passi confermano ancora una volta che i programmi organizzati di screening, oltre a garantire ai cittadini percorsi validati di diagnosi precoce e, se necessario, di trattamento dei tumori, hanno un forte ruolo di contrasto delle diseguaglianze rispetto agli screening spontanei.

Allo stesso tempo, la quasi totalità delle differenze nel ricorso alla prevenzione che si riscontrano tra le regioni italiane sono da ricondurre alla più o meno forte presenza dei programmi di screening sul territorio». Così Nicoletta Bertozzi, del dipartimento di Sanità pubblica dell'Ausl di Cesena, sintetizza i numeri emersi dalle rilevazioni 2007-2009 del sistema di sorveglianza Passi, da cui emerge che quasi tre quarti (il 73,8%) delle donne italiane tra il 25 e i 64 anni hanno eseguito un Pap test preventivo negli ultimi 3 anni. Più della metà (il 37%) utilizzando percorsi di prevenzione individuale.

Esiste un forte gradiente Nord-Sud: in particolare, al Nord dichiara di aver eseguito il Pap test l'82,8% delle intervistate, al Centro il 79,9%, al Sud il 58,28%. Una differenza, questa, che è dovuta soprattutto alla minore presenza e forza dei programmi di screening nelle regioni meridionali.

Mentre, infatti, lo scarto di adesione è minimo per quanto riguarda le donne che ricorrono alla prevenzione individuale (Nord 39,3%, Centro 39,9% e Sud 32,4%), è molto marcato quando si osserva quelle che ricorrono alla prevenzione organizzata (Nord 43,1%, Centro 39,2% e Sud 25,2%).

Sono ancora elevate le diseguaglianze connesse a fattori socio-economici: la copertura del Pap test è minore nelle donne con basso titolo di studio (68,7% vs 77,3%) e in quelle con difficoltà economiche (69,9% vs 79,9%). Tuttavia, mentre le differenze per livello socio-economico sono modeste tra le donne che hanno eseguito il Pap test all'interno dello screening organizzato, sono molto ampie in quelle che hanno eseguito l'esame al di fuori del programma organizzato in ogni classe d'età: la forbice oscilla tra il 13% della fascia di età più giovane e il 15,1% di quella più anziana.

LA TRADUZIONE: UNA SCELTA DI CAMPO

«È un errore pensare che la traduzione sia una semplice trasposizione di contenuti da una lingua di partenza a una di arrivo. Sempre, e ancor più quando si inserisce all'interno delle attività di un'istituzione, la traduzione presuppone scelte "politiche" a monte».

Paola Polselli, esperto linguistico presso l'università di Bologna, parla della sfida che un numero sempre maggiore di programmi di screening sta intraprendendo: la messa a punto di strategie di comunicazione destinate alla popolazione straniera. E che, spesso, inciampano proprio nella semplificazione del processo di traduzione.

«Tradurre dei materiali per i cittadini immigrati non è un'attività banale come sembra», spiega. «Non si tratta di affidare un testo a un traduttore - o peggio a un semplice madrelingua - delegando a lui l'intera responsabilità. Ma innanzitutto di definire una politica linguistica coerente e strutturata».

I tranelli della traduzione

Tanto per cominciare, è necessaria la definizione di un approccio linguistico idoneo. «Quella impiegata è il più delle volte una prospettiva monolingua, che presuppone che gli utenti leggano soltanto in italiano o in una sola lingua straniera. Non ci si rende conto, però, che così facendo, la traduzione, da pratica per favorire l'accesso, si trasforma in un'ulteriore barriera». In realtà, aggiunge Polselli, «quello innescato dalla traduzione dovrebbe essere un "circolo", in cui i testi dialoghino tra di loro aiutandosi reciprocamente nel guadagnare un livello migliore di comunicazione».

Più facile a dirsi che a farsi. Questo processo presuppone infatti che il testo di partenza possieda delle caratteristiche imprescindibili. «Innanzitutto deve essere accessibile: non può cedere ai tecnicismi e ai linguaggi specialistici. Si tratta di un prezzo che l'Italia spesso paga alla tradizione burocratica e che il più delle volte non è frutto di scelte esplicite, ma di abitudine», commenta Polselli. «Una seconda caratteristica irrinunciabile per i testi destinati alla traduzione è che contengano in nuce i rapporti con altre lingue». Spesso è proprio dall'assenza di queste caratteristiche che nascono gli errori nella traduzione.

Istituzione: non solo committente

Ancora più spesso, tuttavia, è la scarsa assunzione di responsabilità da parte delle istituzioni a generare prodotti comunicativi poco efficaci e disomogenei. «Le istituzioni hanno una responsabilità etica e sociale. Occorre definire preventivamente gli obiettivi, i destinatari e gli scopi, le pratiche di revisione, la prospettiva con cui si vuole approcciare alla traduzione. Insomma, la traduzione non può essere improvvisata né si possono affidare queste scelte al traduttore», conclude.

Screening per il cancro al polmone: troppe le domande inevase

Uno studio americano ha innescato il dibattito: l'impiego della Tc spirale a basso dosaggio nei forti fumatori riduce del 20 per cento la mortalità. Ma il dato, tutto da confermare, non è sufficiente per dare il via a uno screening di popolazione. Ecco le ragioni per cui occorre continuare a indagare

«I tempi non sono ancora maturi per prendere in considerazione l'avvio di programmi di screening per il cancro al polmone con Tc spirale a basso dosaggio». Eugenio Paci, dell'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (Ispo) di Firenze, sintetizza così lo stato dell'arte del dibattito in tema di diagnosi precoce del cancro del polmone. «Benché alcuni trial abbiano dato risultati interessanti, sono ancora troppe le questioni da definire ed è quindi necessario continuare a lavorare».

La riflessione sul tema si è fatta particolarmente intensa nell'ultimo anno, a seguito della decisione di interrompere in anticipo il *National Lung Screening Trial*, un'ampia sperimentazione americana (53.000 attuali o ex forti fumatori arruolati) in cui si stavano confrontando gli effetti sulla mortalità della Tc spirale a basso dosaggio o di una radiografia del torace. Le ragioni dell'interruzione «sono basate su due osservazioni», comunicava in una lettera al *National Cancer Institute* il comitato responsabile dello studio: la più importante è che «i dati necessari per trarre le conclusioni sull'endpoint della mortalità per cancro ai polmoni sono state raccolti». In sostanza, il trial aveva già mostrato la capacità della strategia di screening di ridurre la mortalità: del 20 per cento di quella per tumore al polmone e del 6,9 per cento di quella globale. Non c'era ragione di andare avanti secondo il team americano che ha pubblicato i risultati della sperimentazione quest'estate sul *New England Journal of Medicine*.

❖ Soltanto un buon inizio

Questa la scintilla che ha portato a riunirsi a Pisa lo scorso marzo i ricercatori impegnati in Europa in studi analoghi a quello americano. Molteplici gli obiettivi: innanzitutto comprendere se, alla luce dei risultati del *National Lung Screening Trial* non fosse opportuno sospendere anche gli studi europei. E, poi, sviluppare un piano di azione sulla possibilità di implementare l'uso di programmi di screening con Tc in Europa.

«Il documento uscito dall'incontro mette dei punti fermi», spiega Paci. «Innanzitutto che questi studi devono continuare, non solo per valutare l'efficacia della Tc spirale, ma anche per metterne in luce eventuali effetti collaterali». Inoltre, i nodi lasciati aperti dal trial americano sono ancora numerosi. Soprattutto se si ipotizza un impiego dell'esame all'interno di strategie di screening di popolazione.

«Per cominciare - illustra l'epidemiologo - occorre definire qual è la popolazione bersaglio dello screening». Vale a dire quale parte della popolazione possa trarre i maggiori benefici a fronte di rischi accettabili. Se possa rivelarsi utili alla definizione di questo sottogruppo l'impiego di biomarcatori è un altro aspetto da chiarire e su cui si sta lavorando. Al pari della quantificazione della dimensione della sovra-diagnosi, che, secondo quanto emerso dai risultati dei primi studi, sembra piuttosto ampia.

Solo dopo aver definito questi aspetti sarà possibile fare chiarezza sul rapporto costo-efficacia della

procedura di screening. «Costi, che - precisa Paci - sono non soltanto economici (benché anche di quelli si dovrà tenere conto) ma anche e soprattutto umani».

La lista delle domande che il trial lascia aperte, però non si esaurisce qui. «Altri aspetti su cui occorrerà trovare delle soluzioni condivise riguardano le modalità di gestione dell'intero processo di screening. Oltre alla selezione della popolazione, quale debba essere l'intervallo corretto tra due round di screening, come si definiscono le anomalie identificate alla Tc e come vanno gestite».

Avviare oggi uno screening con Tc spirale per il cancro al polmone sarebbe in pratica come svolgere uno screening mammografico senza avere perfettamente chiaro con che periodicità richiamare la donna, con quali criteri leggere la mammografia, quali interventi eseguire in caso di positività.

❖ Prevenzione primaria o secondaria?

Nel caso del cancro al polmone, inoltre, c'è un ulteriore aspetto da tenere in considerazione, soprattutto in un'ottica di sanità pubblica. A differenza di altri altre neoplasie, per il tumore del polmone esiste un fattore di rischio di gran lunga preponderante rispetto agli altri: il fumo.

Che cosa aggiungerà una eventuale procedura di screening alle politiche di prevenzione e di cessazione del fumo?

«Proprio su questo aspetto si è con-

centrato un lavoro in corso di pubblicazione che ha cercato di valutare, nel lungo periodo (l'orizzonte dello studio è il 2040), gli effetti combinati dello screening per il cancro al polmone e di strategie antifumo strutturate in maniera efficace nel Servizio sanitario», dice Paci. Ebbene, non sorprende che i maggiori benefici si avrebbero proprio dalle strategie di prevenzione e cessazione del fumo. «Lo screening - aggiunge - consentirebbe di ottenere risultati immediati, ma quelli più ampi, benché osservabili

soltanto dopo anni, deriverebbero dal contrasto al fumo».

E al rapporto tra screening e fumo è legata una delle preoccupazioni dei ricercatori. Il timore è che la disponibilità di interventi di diagnosi precoce possa sdoganare la pratica del fumo inducendo un falso senso di sicurezza. In realtà, conclude Paci, «i primi studi realizzati sull'argomento sembrano suggerire il contrario: quanti si sottopongono allo screening, poi, hanno maggiori probabilità di smettere di fumare».✦



I dati che presentiamo nelle prime pagine di questa sezione sono stati forniti dai singoli programmi di screening del cancro del collo dell'utero sull'attività degli anni dal 2004 al 2011, validati dai rispettivi Centri regionali di riferimento e quindi aggregati a livello nazionale ed elaborati dal Centro di riferimento per l'epidemiologia e la prevenzione (Cpo) in Piemonte, su incarico del ministero della Salute, delegato dall'Osservatorio nazionale screening.

Il monitoraggio dell'attività utilizza come riferimento gli indicatori di qualità per la valutazione dei programmi di screening, definiti dal Gruppo italiano screening del cervicocarcinoma (Gisci). Per la gran parte di questi indicatori sono stati anche identificati livelli standard accettabili e desiderabili, che costituiscono il riferimento per la valutazione dei risultati raggiunti e per il confronto tra i diversi programmi.

Il nostro ringraziamento va ai moltissimi operatori che si sono adoperati per raccogliere questi dati in maniera accurata e tempestiva.



I dati presentati nelle pagine 28 e 29 provengono dal Sistema di sorveglianza Passi. Nel 2006 il ministero della Salute ha affidato al Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) dell'Istituto superiore di sanità il compito di sperimentare un sistema di sorveglianza della popolazione adulta (Passi: Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia).

L'obiettivo della sorveglianza è stimare la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali, oltre alla diffusione delle misure di prevenzione. Tutte le 21 Regioni o Province Autonome hanno aderito al progetto. Un campione di residenti di 18-69 anni viene estratto con metodo casuale stratificato dagli elenchi delle anagrafi sanitarie. Personale delle Asl, specificamente formato, effettua interviste telefoniche (circa 25 al mese per ogni Asl) con un questionario standardizzato. I dati vengono successivamente trasmessi in forma anonima via internet e registrati in un archivio unico nazionale.

Nel 2010 sono state realizzate in totale 36.319 interviste, di cui 14.983 a donne nella fascia d'età di 25-64 anni (popolazione target per lo screening dei tumori della cervice uterina).

Per maggiori informazioni, visita il sito www.epicentro.iss.it/passi.

Tabella 1. Il triennio 2007-2009, rispetto al precedente (2004-2006) evidenzia un'accelerazione dell'attività con un aumento sia degli inviti, sia dell'adesione. Nel 2010, considerando solo i pap test, si confermano i risultati dell'anno precedente.

Anni di attività	2004-2006	2007-2009	2010
Numero di donne che hanno fatto screening	3.887.391	4.559.742	1.558.542
Proporzione di donne che hanno aderito all'invito	38%	40%	40%
Lesioni gravi individuate (CIN2+)	9.733	12.641	

Tabella 1.
Risultati principali
nel triennio 2004-2006 e
2007-2009 e nell'anno 2010

Tabella 2. L'adesione all'invito è superiore tra le donne con più di 45 anni. A livello nazionale, nel triennio 2007-2009, l'adesione è aumentata rispetto al precedente e si è mantenuta stabile nel 2010. Il totale delle donne invitate e aderenti è diverso da quello riportato in tabella 1 poiché non tutti i programmi sono stati in grado di fornire i dati suddivisi per fasce d'età. Inoltre nel corso del 2010, 149.337 donne sono state invitate a eseguire lo screening con il test Hpv come test primario. svolti gli accertamenti necessari quando il test indica un sospetto.

Fasce d'età	25-34	35-44	45-54	55->65	Totale
2004-2006	33%	38%	41%	42%	39%
2007-2009	36%	41%	43%	43%	41%
2010	35%	41%	44%	45%	41%

Tabella 2.
Adesione all'invito
al Pap-test per fasce d'età

I NUMERI DELLO SCREENING

Tabella 3. Nel corso del 2010 156.509 donne tra i 25 e i 64 anni hanno ricevuto l'invito per eseguire lo screening con il test Hpv come test primario, di queste 53.208 hanno aderito all'invito, con un'adesione pari al 34%.

Programma	Regione	Invitate	Aderenti	% adesione all'invito
Abruzzo	Abruzzo	48.997	9.866	20%
Reggio Emilia	Emilia Romagna	7.342	4.435	60%
Roma G	Lazio	40.852	8.871	22%
Vallecambonica	Lombardia	10.974	6.713	61%
Torino	Piemonte	18.366	8.302	45%
Trento	Provincia Autonoma di Trento	7.326	3.622	49%
Firenze	Toscana	2.219	858	39%
Ulss 15 - Alta padovana	Veneto	4.185	2.205	53%
Ulss 17 - Este	Veneto	12.421	6.133	49%
Ulss 19 - Adria	Veneto	179	87	49%
Umbria	Umbria	3.648	2.116	58%
	Italia	156.509	53.208	34%

Tabella 3.
Distribuzione per programma delle donne 25-64 anni invitate per eseguire lo screening con il test Hpv come test primario.

Tabella 4. Gli indicatori sono sostanzialmente stabili e si mantengono a un buon livello. La proporzione di Pap test insoddisfacenti (che comunque rispetta ampiamente gli standard) è lievemente diminuita nel triennio 2007-2009. La proporzione di donne invitate in colposcopia è lievemente aumentata, così come il tasso di identificazione delle lesioni che richiedono un trattamento (quelle con istologia CIN2, o più grave: CIN2+). Di conseguenza è rimasta invariata la probabilità che una donna inviata in colposcopia abbia effettivamente una lesione che richiede un trattamento.

È aumentata solo marginalmente l'adesione alla colposcopia, che comunque raggiunge livelli accettabili per le donne inviate per qualunque alterazione citologica (colposcopia per ASCUS+), ma non se si considerano in particolare le donne che presentavano le alterazioni più gravi (colposcopia per HSIL+). Questo è preoccupante perché è inutile effettuare Pap test se non vengono poi di fatto svolti gli accertamenti necessari quando il test indica un sospetto.

Tabella 4.
Principali indicatori: adesione agli standard di qualità

Anni di attività	2004-2006	2007-2009
Proporzione di pap test inadeguati rispetto agli standard di qualità Gisci: desiderabile: < 5% accettabile: < 7%	3,1%	2,9%
Proporzione di donne invitate in colposcopia per qualsiasi causa	2,4%	2,4%
Numero di colposcopie necessarie per individuare la presenza di istologia CIN2+	6,2	6,2
Lesioni con istologia CIN2+ individuate ogni 1000 donne che hanno fatto lo screening	2,8	3,1
Proporzione di donne che hanno aderito alla colposcopia per citologia ASCUS+ Standard di qualità Gisci: desiderabile: ≥ 90% accettabile: ≥ 80%	83,6%	84,3%
Proporzione di donne che hanno aderito alla colposcopia per citologia HSIL+ Standard di qualità Gisci: desiderabile: ≥ 95% accettabile: ≥ 90%	88,5%	89,4%
Probabilità di avere una lesione con istologia CIN2 o più grave (CIN2+) tra le donne che hanno fatto una colposcopia per citologia ASCUS+	16,1%	16,1%

Tabella 5. L'adesione all'invito diminuisce dal nord al centro al sud. Diminuisce anche, da nord a sud il tasso di identificazione di lesioni con istologia CIN2 o più grave. Tuttavia la proporzione di donne inviate in colposcopia è stata maggiore al sud che nelle altre regioni. Di conseguenza al sud è stato necessario un maggior numero di colposcopie per identificare una di queste lesioni.

Tabella 5.
Principali indicatori
per area geografica

Area	Nord		Centro		Sud e Isole	
	2004-06	2007-09	2004-06	2007-09	2004-06	2007-09
Anni di attività						
Proporzione di donne che hanno aderito all'invito	46%	48%	36%	40%	25%	27%
Proporzione di Pap test inadeguati	3,2%	3,4%	2,4%	2,5%	3,5%	3,2%
Proporzione di donne invitate in colposcopia per qualsiasi causa	2,5%	2,5%	1,9%	1,8%	2,6%	2,9%
Probabilità di avere una lesione con istologia CIN2 o più grave (CIN2+) tra le donne che hanno fatto una colposcopia per citologia ASCUS o più grave	16,4%	17%	20,2%	20,8%	10,9%	10,2%
Numero di colposcopie necessarie per individuare la presenza di una lesione con istologia CIN2+	6	5,9	4,9	4,8	9,2	9,8
Lesioni con istologia CIN2+ individuate ogni 1000 donne che hanno fatto lo screening	3,1	3,5	2,9	2,9	1,8	2,3



LO SCREENING CERVICALE VISTO DA «PASSI»

Sulla base dei dati raccolti dal Sistema di sorveglianza Passi, si stima che in Italia nel 2010 circa tre donne 25-64enni su quattro (76%) abbiano eseguito un Pap test preventivo nel corso degli ultimi tre anni.

La copertura complessiva al test di screening raggiunge valori elevati al Nord (85%) e al Centro (82%), mentre è più bassa al Sud (62%), come indicano le figure 1 e 2.

Figura 1.
Copertura del Pap test negli ultimi 3 anni donne 25-64enni (%)
Pool Passi 2010 (n.14.983)

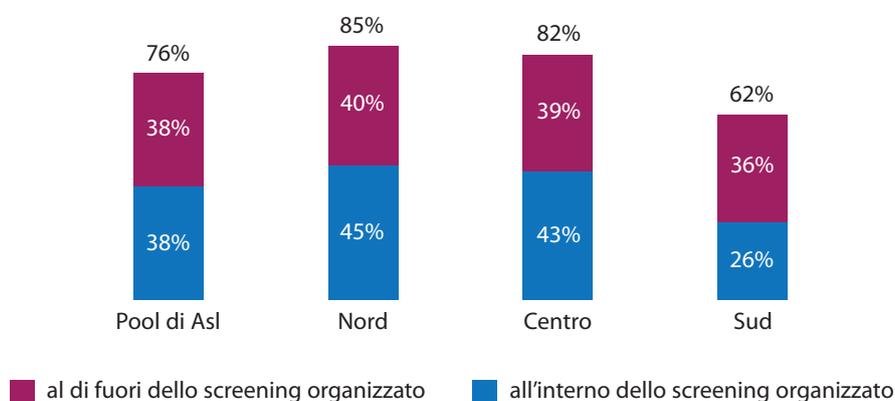
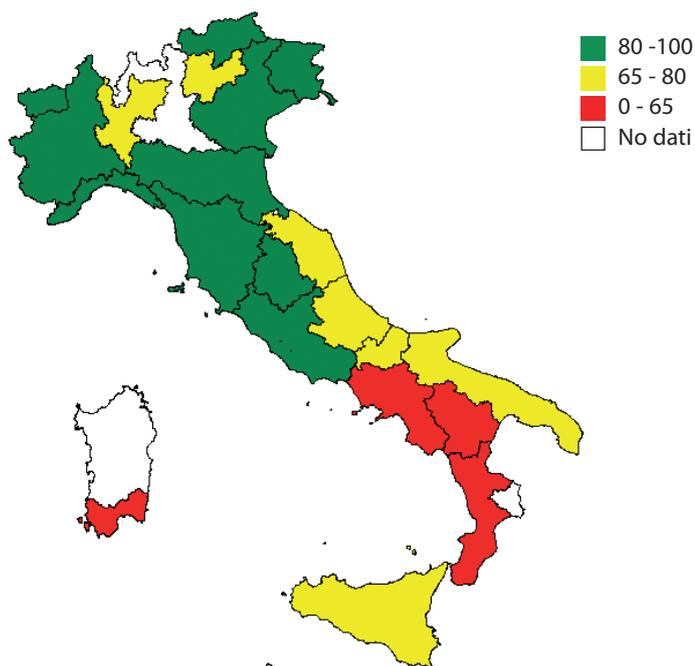


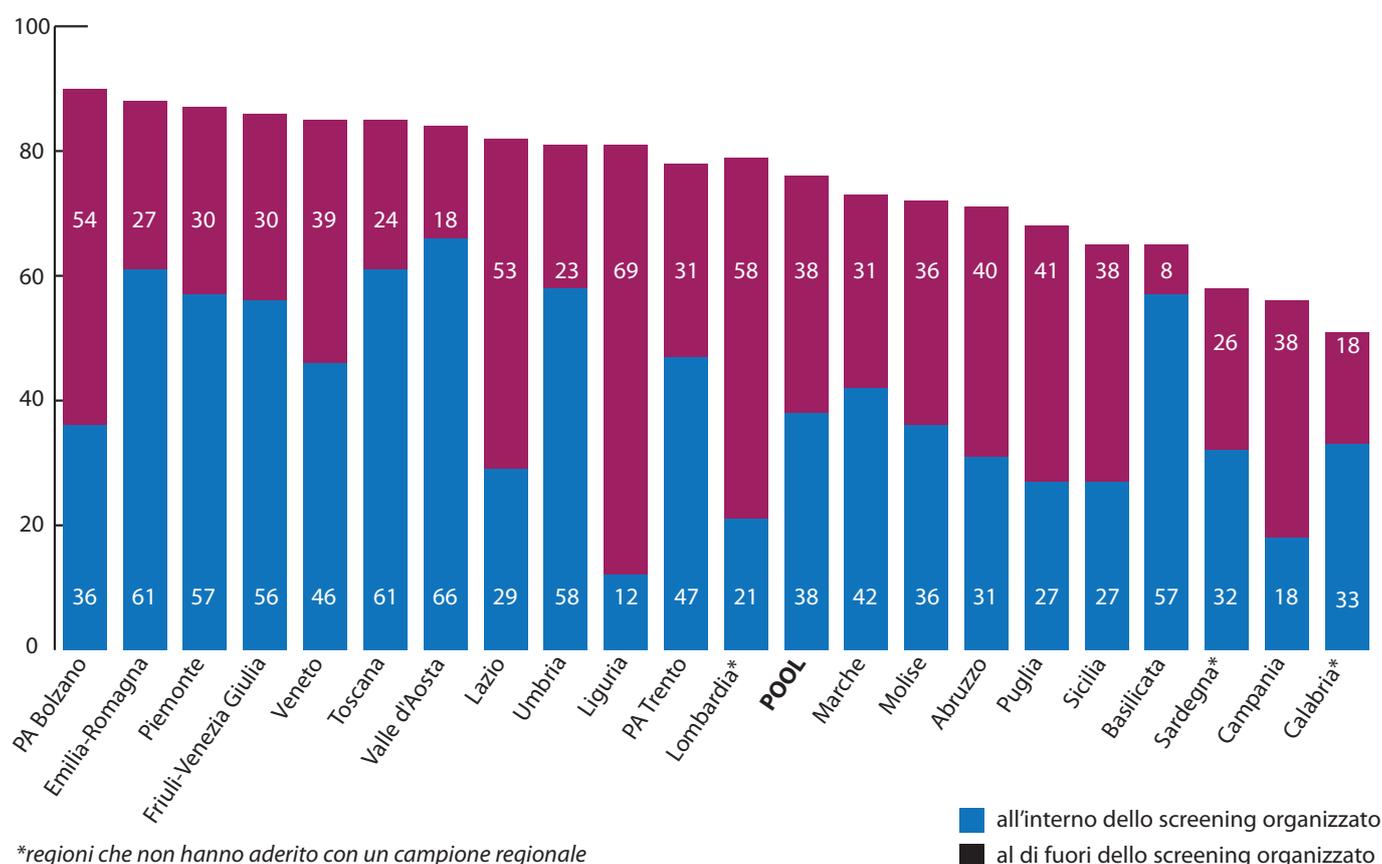
Figura 2.
Copertura del Pap test negli ultimi 3 anni donne 25-64enni (%)
Pool Passi 2010 (n.14.983)



Il sistema Passi informa sulla copertura complessiva al test, comprensiva sia della quota di donne che ha eseguito l'esame all'interno del programma di screening organizzato, sia della quota di adesione spontanea. Nello screening cervicale la quota di adesione spontanea è molto rilevante: a livello nazionale infatti si stima che il 38% delle donne abbia eseguito il test di screening al di fuori del programma organizzato (range: 8% Basilicata - 69% Liguria); considerando le donne che hanno eseguito il test, una su due l'ha effettuato al di fuori dei programmi organizzati.

Tra le Regioni partecipanti al Passi sono comunque presenti differenze statisticamente significative (range: 51% Calabria - 90% P.A. Bolzano). Come mostra la figura 3 la variabilità è presente sia nella copertura complessiva al test, sia nelle quote di adesione all'interno o al di fuori dei programmi organizzati.

Figura 3.
Copertura del Pap test negli ultimi 3 anni per Regione, donne 25-64enni (%) Passi 2010 (n.14.983)



Il confronto tra organizzato e spontaneo: il pagamento come indicatore

La stima della copertura dentro e fuori dai programmi di screening organizzati è stata effettuata mediante un indicatore proxy sull'aver pagato o meno l'esame. Per pagamento si intende sia quello relativo al costo completo dell'esame che quello del solo ticket. L'utilizzo di questo indicatore può comportare una leggera sovrastima della copertura effettuata all'interno dei programmi principalmente per tre motivi: alcune donne effettuano l'esame gratuitamente anche al di fuori dei programmi di screening organizzati (per esempio in base all'articolo 85 della legge 338/2000 - finanziaria 2001). Alcune donne non ricordano esattamente la data di esecuzione (effetto telescopico). Le rispondenti all'intervista effettuano probabilmente il Pap test in percentuale maggiore rispetto alle non rispondenti.

www.osservatorionazionale screening.it

Il tema dell'efficienza, il miglior modo di impiegare le scarse risorse a disposizione, diventa sempre più cruciale. Il miglioramento dell'efficienza si può raggiungere in tanti modi: il mondo degli screening punta sull'appropriatezza.