

I PROGRAMMI DI SCREENING IN ITALIA

2009

Gli screening organizzati sono interventi di efficacia dimostrata, che stanno raggiungendo gli obiettivi che si erano proposti e che controllano la qualità.
Tre buone ragioni per sostenerli


*Ministero del Lavoro
della Salute
e delle Politiche Sociali*


Centro nazionale per la prevenzione
e il Controllo delle Malattie


OSSERVATORIO
NAZIONALE
SCREENING

Screening del tumore dell'utero



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 del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali - Direzione generale della prevenzione e Osservatorio nazionale screening.

Consulta l'ottavo Rapporto Ons sul sito dell'Osservatorio nazionale screening:www.osservatorionazionale screening.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 comunicazione scientifica Zadig

Redazione

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

Coordinamento editoriale Eva Benelli, agenzia di comunicazione scientifica Zadig

Creatività grafica e illustrazioni Centimetri srl

Adattamento grafico e impaginazione Corinna Guercini, agenzia di comunicazione scientifica Zadig

Osservatorio nazionale screening – c/o Unità di epidemiologia clinica e descrittiva – Ispo

Via di San Salvi, 12 – 50135 Firenze – Tel. 055 6268382

segreteriaons@ispo.toscana.it – www.osservatorionazionale screening.it

Zadig editore, via Ravenna, 34, 00161 Roma – Tel. 06 8175644

segreteria@zadig.it – www.zadig.it

Finito di stampare nel mese di dicembre 2009 da Iacobelli, Via Catania 8, Pavona (Roma)

Prefazione	5
Introduzione	7
Uno sguardo d'insieme	11
I programmi e la ricerca: risultati di eccellenza	17
Saper parlare con tutti	21
Gli screening visti da...	23
I numeri dello screening	25





Obiettivo: la salute

I programmi organizzati di screening costituiscono un sottoinsieme omogeneo all'interno del Servizio sanitario nazionale. Infatti, benché siano organizzati su base regionale, essi condividono caratteristiche che ne definiscono una comune identità. Innanzitutto hanno i medesimi obiettivi, valori e competenze. Inoltre essi si basano sulle evidenze scientifiche e partecipano dello stesso processo sanitario: una sequenza di atti tecnici e professionali finalizzati al raggiungimento del più alto grado di salute. Infine, pur presentando un'organizzazione differenziata in base all'autonomia delle Regioni, aderiscono allo stesso modello di riferimento nazionale.

Gli screening come soggetto collettivo

Queste stesse caratteristiche che delimitano l'identità dei programmi di screening all'interno del Servizio sanitario nazionale, fanno sì che gli screening siano un soggetto collettivo, fatto di operatori che hanno in comune un corpus di dottrina e di metodi di lavoro e, soprattutto, che condividono un obiettivo: la salute.

Un obiettivo che o viene raggiunto grazie allo sforzo di tutti o non viene raggiunto affatto.

Per questa ragione, la consapevolezza di essere un soggetto sociale collettivo è direttamente proporzionale alla capacità di portare a buon fine un programma di screening.

È da questa realtà e da questa consapevolezza che nasce la necessità e la possibilità di monitorare dall'interno tutti i passaggi della catena degli screening, di rilevare le criticità e mettere in atto interventi per risolverle.

Oltre le evidenze

Gli screening si muovono in un contesto che vede un'interlocuzione continua con altre figure, sia appartenenti al sistema sanitario, sia al di fuori. Lungi dal poter essere ignorato, questo rapporto con l'insieme degli altri portatori di interesse è ormai diventato un'esigenza primaria, una spinta ad adottare una logica di governance che preveda l'identificazione di obiettivi e aree di interesse comune. Con le società scientifiche cliniche, che rappresentano il punto di vista dei professionisti, è necessario trovare un terreno comune di dialogo che può essere l'evidence based medicine. In anni recenti è stato possibile avviare questo dialogo, ma condividere un approccio *evidence* è solo un inizio. La forza delle dimostrazioni di efficacia è lo starter che fa partire tutto, e tuttavia, occorre lasciarsela alle spalle per arrivare al passo successivo: l'implementazione.

Gli screening come modello

Infine, la sanità tutta si sta confrontando con una nuova sfida, impensabile fino a pochi anni or sono. Viviamo in un sistema istituzionale sempre più devoluto e questo impone la necessità di scoprire nuovi metodi di governo. Da tempo l'Organizzazione mondiale della sanità ha condotto una riflessione sistematica su questo argomento, riconoscendo alle autorità centrali una funzione di *stewardship* rispetto agli organi periferici. La carta di Tallin ha contestualizzato questa filosofia nei Paesi europei. Non siamo infatti gli unici a confrontarci con questo problema: stiamo cercando di scoprire nuove strategie per evitare che il sistema si sfaldi sotto una spinta centrifuga. In un processo come questo gli screening possono fungere da laboratorio e, allo stesso tempo, da modello poiché hanno saputo darsi un assetto di sistema pur nell'indipendenza dei singoli programmi. Un unico sistema informativo, la messa a punto di network incentrati su centri regionali di eccellenza posti al servizio delle Regioni, il rapporto consolidato con stakeholder esterni come le società scientifiche e le organizzazioni della società civile, sembrano al momento le risposte vincenti contro il rischio della frantumazione.

Antonio Federici

Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria,
Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

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

Comitato esecutivo:

- Direttore Ons: Marco Zappa, Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica Firenze, Regione Toscana
- Carlo Naldoni, Assessorato alle politiche per la salute, Bologna - Regione Emilia Romagna
- Eugenio Paci, Laziosanità, Agenzia di sanità pubblica, Roma - Regione Lazio
- Nereo Segnan, Centro di riferimento per l'epidemiologia e la prevenzione oncologica (Cpo) in Piemonte, Torino - Regione Piemonte
- Marcello Vettorazzi, Istituto oncologico veneto - Irccs, Padova - Regione Veneto

Funzioni:

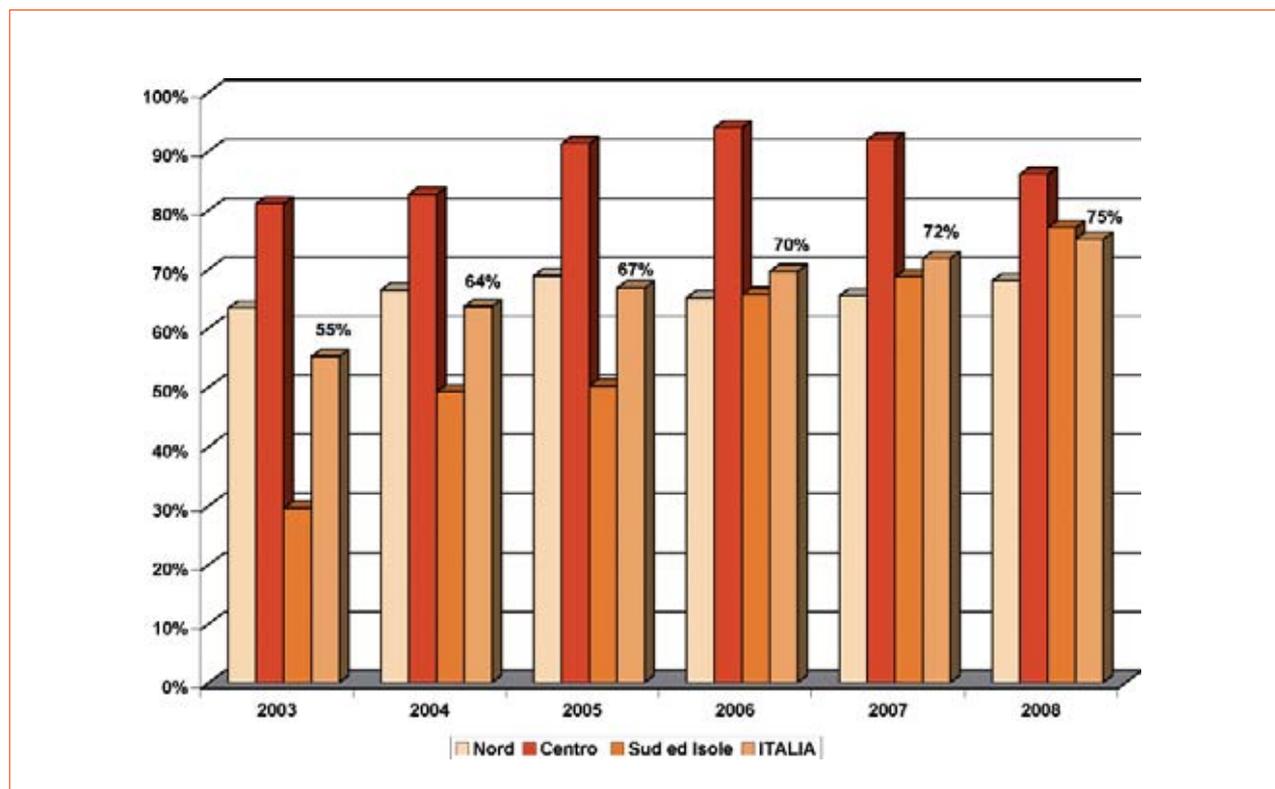
- Monitoraggio e valutazione dei programmi di screening
- Formazione
- Promozione della qualità
- Comunicazione e informazione

Tutto questo è screening

I programmi di screening, nonostante tutto, vanno avanti. Magari lentamente, ma avanti.

Nel 2008 lo screening del tumore del collo dell'utero ha visto aumentare l'estensione, raggiungendo il 75% del territorio nazionale, con una lenta ma costante crescita. A differenza di quanto avviene negli altri programmi, su questo indicatore non troviamo grandi differenze fra le tre macro aree geografiche. Pesa su questa distribuzione il fatto che alcune regioni del nord Italia non hanno reso obbligatoria l'implementazione di programmi di screening della cervice. Se però osserviamo l'estensione effettiva, cioè quante donne della popolazione bersaglio tra i 25 e i 64 anni ricevono regolarmente la lettera di invito che fa partire tutto il processo, le differenze tra Nord e Sud tornano a emergere, anche se in maniera meno drammatica se confrontate con gli altri screening. Infatti siamo a valori sopra il 60% al Nord, oltre il 70% al Centro e appena sopra il 50% al Sud. È molto incoraggiante notare come al Sud solo cinque o sei anni fa l'estensione effettiva fosse inferiore al 20%.

Figura 1.
Estensione (teorica)
dei programmi di screening
cervicale per zona geografica
2003-2008



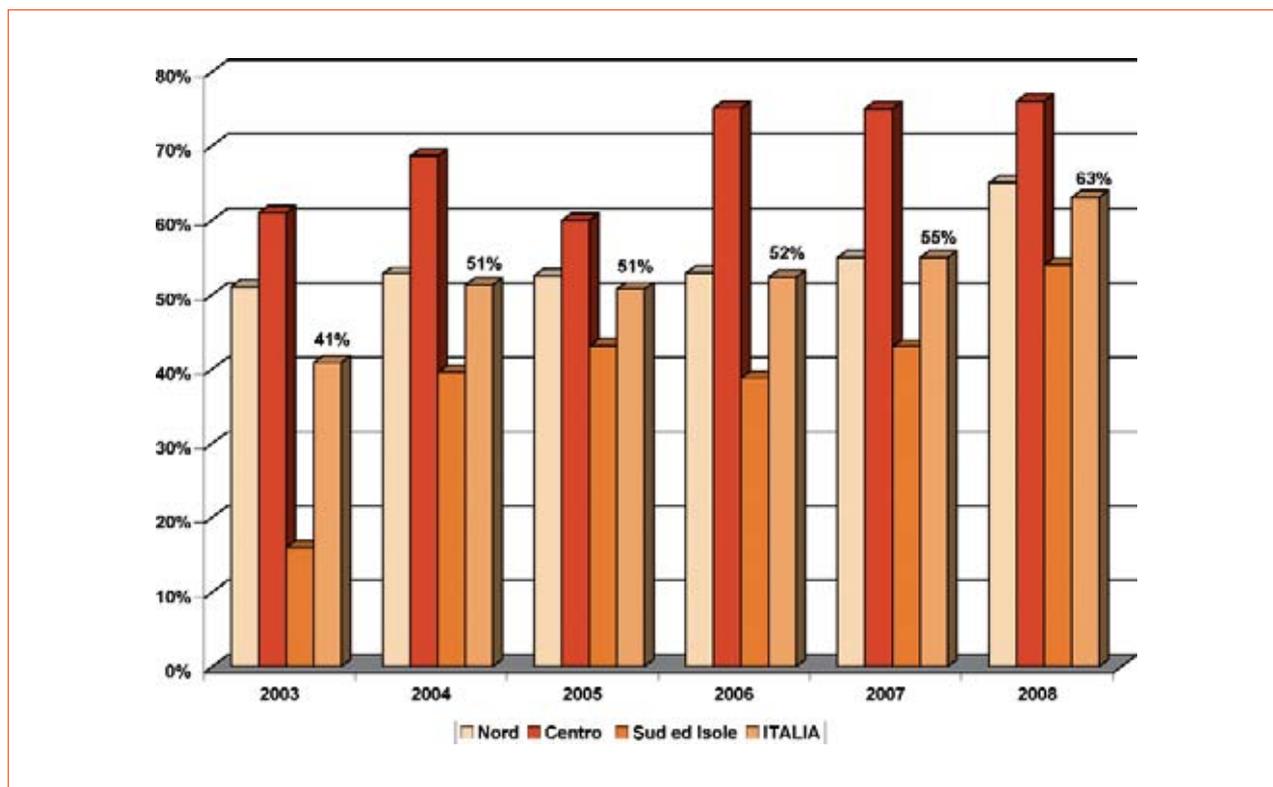


Figura 2.
Estensione (effettiva)
dei programmi di screening
cervicale per zona geografica
2003-2008

Voci dall'universo screening

Quest'anno abbiamo voluto provare a rappresentare il sistema screening dando voce direttamente a molte delle figure che si misurano con l'organizzazione, la formazione, la ricerca, la valutazione, l'inserimento nella realtà circostante, i cambiamenti. In una parola: con la complessità di qualsiasi programma di screening organizzato.

Sappiamo di non poter essere esaustivi, ma speriamo di poter trasmettere almeno parte di questa complessità. I numeri, gli indicatori e gli standard, cioè gli strumenti caratteristici di ogni sistema che intende valutarsi, li trovate comunque in una sezione dedicata di queste pagine e, in maniera molto più estesa, sull'ottavo Rapporto Ons, consultabile sul sito dell'Osservatorio all'indirizzo: www.osservatorionazionale screening.it.

Apriamo cominciando dall'inizio: precisando che cos'è un programma di screening, mettendo in luce le differenze rispetto all'attività spontanea di prevenzione, ancora tanto estesa per il tumore della cervice, e le opportunità che un programma organizzato offre.

Un percorso e non un semplice test, in cui la valutazione è parte integrante di ogni fase. Poi l'importanza della specificità, cioè la capacità di pesare il meno possibile (come esami, come trattamenti, come ansia) sulle persone che non sono affette dalla patologia che indagiamo.

Ancora, l'universalità del programma, senza la quale molti degli obiettivi divengono irraggiungibili.

Infine l'importanza di una comunicazione adeguata che non nega la responsabilità di proporre un intervento, ma al tempo stesso cerca di dare tutte le informazioni utili perché la scelta delle persone sia effettivamente la più consapevole possibile.



■ **Efficienza, evidenza scientifica e comunicazione**

C'è chi pensa che i protocolli adottati dai programmi di screening rispondano solo a logiche di risparmio. In realtà non il risparmio, ma l'efficienza cioè il massimizzare i benefici ottenibili con le risorse a disposizione, è uno dei criteri fondanti i programmi di screening. Ma le scelte dei protocolli, il tipo di test, gli intervalli fra le chiamate, rispondono prima di tutto all'evidenza scientifica, poi a un'attenta valutazione dei vantaggi e degli svantaggi per l'intera popolazione di ogni singolo esame. Ce ne parla Paolo Giorgi Rossi, che illustra il rationale degli attuali protocolli adottati: per esempio perché si parte dai 25 anni nell'invito al Pap test.

È una logica non facilmente intuitiva, anche perché interessi di diversa natura spingono in altre direzioni. Ecco perché la comunicazione assume un'importanza decisiva. Le società dei programmi di screening, insieme con l'Osservatorio nazionale screening, si sono confrontati a lungo su questo tema e si sono mossi concretamente perché la qualità della comunicazione migliorasse.

I materiali informativi proposti dai singoli programmi sono stati discussi e rivisti, sono nati manuali per migliorare la qualità dell'informazione scritta, si sono svolti molti convegni che hanno messo a confronto le diverse esperienze e professionalità. Tenendo sempre presente che lo scopo non è una più alta partecipazione, ma una migliore consapevolezza sulle scelte che poi la singola donna farà.

■ **Inventiva e tenacia: una miscela indispensabile**

Un programma di screening è programmazione, ma anche duttilità rispetto alle caratteristiche della propria comunità e del proprio territorio: l'esperienza dell'Alto Vicentino, che ci racconta Flavio Banovich, è un buon esempio di come il programma riesca a raggiungere buone performance coinvolgendo e confrontandosi con le più diverse realtà locali. Altrove questo modo di procedere può essere più difficile. Lo testimonia Aurora Scalisi raccontando le difficoltà, ma anche la tenacia con cui una grande realtà siciliana, come quella di Catania, riesce a portare avanti un programma di screening organizzato. Dal canto suo Claudio Angeloni, in una regione con molti problemi antichi e recenti, come l'Abruzzo, dimostra come sia possibile unire a un servizio di sanità pubblica la sperimentazione di nuove tecnologie e di nuovi modelli organizzativi.

■ **Ricerca d'eccellenza e confronto con altre realtà**

Lo screening cervicale è attraversato da grandi novità: i programmi di screening, coordinati dal Centro per la prevenzione oncologica del Piemonte, sono stati capaci di condurre uno studio di grande importanza scientifica. La ricerca, in sigla NTCC, sta fornendo importanti indicazioni su quello che sarà lo screening cervicale del prossimo futuro centrato sul Hpv come test primario.

Infine un medico di medicina generale, Massimo Tombesi porta la voce di chi sta fuori dall'organizzazione degli screening, ma nel contempo ne è coinvolto direttamente o indirettamente. Tombesi sottolinea una certa insoddisfazione rispetto al ruolo marginale che spesso il sistema riserva al medico di famiglia e segnala quella che considera l'insufficiente qualità dell'informazione fornita all'utente. Talvolta, dice, anche la qualità dei programmi è scarsa. Lo stimolo che offre al progetto screening -anche ricordando che non tutti i medici di medicina generale gli assomigliano-

è quello di riuscire a pensare un sistema in cui le segnalazioni critiche possano essere valutate e ragionate dal centro organizzativo e dove esista nella comunità sanitaria una maggiore condivisione delle finalità, dei risultati, ma anche dei problemi.

Marco Zappa
Osservatorio nazionale screening

Che cos'è un programma di screening

Gli screening sono interventi sanitari su persone sane. O per lo meno che si credono tali. Questa caratteristica è il più grande discrimine tra gli interventi di screening e la consueta attività clinica.

È per questo che nella pratica degli screening vengono sovvertiti alcuni dei principi cardine su cui la clinica, che ha invece a che fare con presunti malati, si regge. A cominciare da un fondamentale capovolgimento di ottica: di fronte a una persona che si presenta con un malessere, la clinica ha il dovere di individuarne le potenziali cause e di non fermarsi finché non le ha trovate.

Nel caso degli screening, invece, non c'è che una remota ragione probabilistica che la persona sottoposta a esami sia affetta dalla patologia e non vi è motivo di scavare più del dovuto alla ricerca di una malattia che si è quasi certi che non ci sia.

Da questi presupposti discendono conseguenze che riguardano il valore attribuito all'efficacia degli screening e alle caratteristiche tipiche dei test da impiegare, alla quantificazione del rischio da considerare accettabile e al processo di continua autovalutazione che li caratterizza.

Nonostante gli importanti progressi compiuti in campo oncologico, non si è registrato che un lieve miglioramento nell'efficacia dei farmaci quando sono impiegati negli stadi avanzati del tumore. Sull'importanza di una diagnosi precoce, nella fase asintomatica della malattia, non c'è quindi alcun dubbio nella comunità scientifica. Ma ciò non significa che uno screening sia sempre vantaggioso. È non solo inutile, ma addirittura dannoso diagnosticare una malattia che non si ha modo di guarire o di cui non si può cambiare la storia naturale. Altrettanto dannoso è riconoscere precocemente una patologia che ha basse probabilità di manifestarsi, magari perché a decorso così lento che non minaccerà mai la vita della persona. Per questo motivo, la misura migliore per valutare l'efficacia di uno screening non è la sopravvivenza dopo la diagnosi o il numero di tumori identificati, ma la mortalità. Soltanto una riduzione del valore di questo indicatore consente di accertare se lo screening è stato in grado di intervenire sulla patologia in uno stadio sufficientemente precoce da guarirla.

■ Specificità

Meglio un test che rimandi a casa come sana una persona malata o uno che faccia ritenere malata una persona sana?

È una domanda intorno a cui si intrecciano interrogativi etici e deontologici, ma che negli screening ha trovato una risposta univoca che identifica questo tipo di intervento rispetto alla clinica. Per uno screening (che, ricordiamolo, si rivolge a persone sane fino a prova contraria) è molto più importante non bollare come malato un sano che il contrario.

Ciò prima di tutto per i costi personali, siano essi danni fisici derivanti da esami invasivi, o ansia nell'attesa di una diagnosi poi per i costi economici e il sovraccarico dei servizi diagnostici derivante da esami che a posteriori si riveleranno inutili.

Ciò significa privilegiare la specificità di un test (la capacità di identificare correttamente le persone sane) a scapito della sensibilità (la capacità di identificare correttamente gli ammalati), che comunque non deve

Gli screening sono interventi sanitari su persone sane. Questo impone una particolare cautela nella decisione su quanto in là spingere gli approfondimenti diagnostici

La riduzione della mortalità è la misura migliore per valutare l'efficacia di un programma: ci dice se è riuscito a intervenire in maniera sufficientemente precoce sulla malattia

scendere sotto soglie che renderebbero completamente inutili le attività di screening. Altro corollario del fatto che gli screening si rivolgono ai sani è che i test devono essere accettabili per le persone che ci si sottopongono.

Valutazione

È vero che la mortalità è il miglior parametro per pesare l'efficacia di uno screening, ma perché gli effetti di quest'intervento siano dimostrabili sono necessari lassi di tempo molto ampi (decenni).

Per questa ragione, accanto a indicatori di esito (che identificano cioè gli effetti ultimi di un intervento) come la mortalità si utilizzano indicatori di processo che si riferiscono invece alle varie componenti della catena degli interventi: soltanto il buon funzionamento di queste fa sì che l'esito ultimo si realizzi.

Il più scontato indicatore di processo, nel caso degli screening, è l'adesione all'invito di sottoporsi alle indagini: dal momento che soltanto le persone che le eseguono possono trarre benefici dagli screening, bassi valori nell'adesione possono predire una bassa riduzione della mortalità.

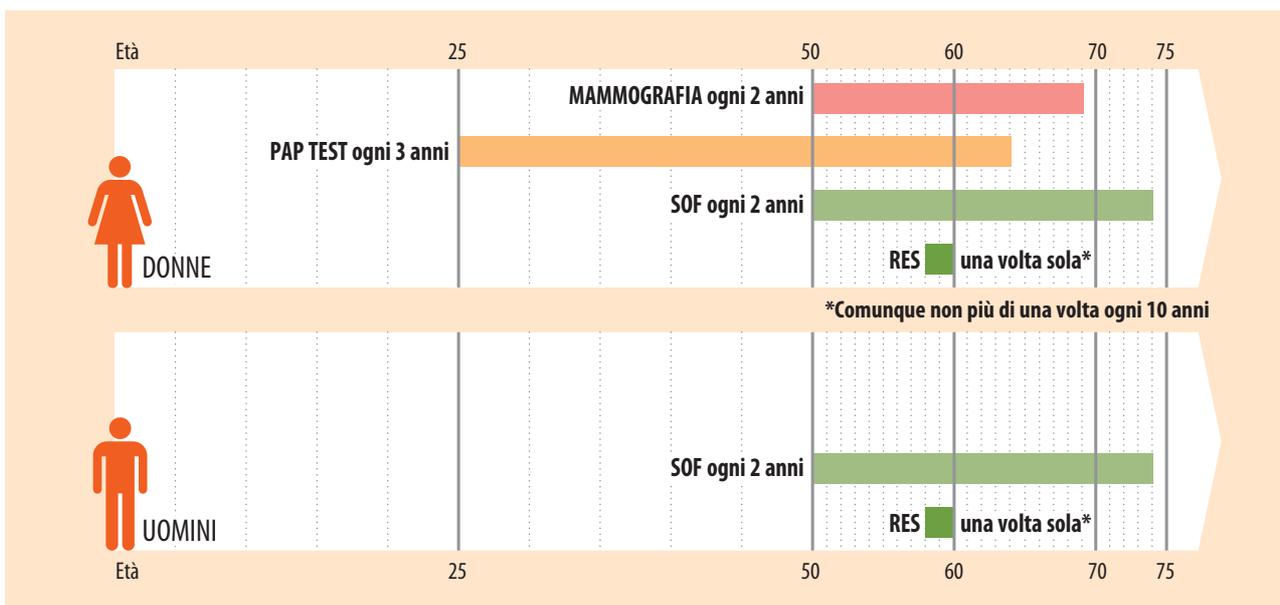
Proprio la capacità di valutazione di ogni anello della catena è la prima grande differenza tra un programma di screening organizzato e lo screening opportunistico.

Questa attività di monitoraggio, inoltre, è accompagnata dall'impiego di strumenti che consentano di raggiungere alti standard di qualità: dalle iniziative di formazione alla predisposizione e adesione a documenti e linee guida.

Non semplicemente un test

Un programma di screening organizzato non si esaurisce in un esame finalizzato a dividere le persone sane da quelle potenzialmente a rischio di essere affette da un tumore. Consiste invece in un percorso a tappe: all'individuazione dei soggetti a rischio segue la conferma della diagnosi ed eventualmente l'intervento terapeutico. Altra peculiarità: l'intero

I criteri degli screening: fasce d'età e intervalli degli inviti





percorso avviene nel recinto del programma di screening secondo regole e protocolli validati, condivisi e approvati.

Ciò fa sì che un programma di screening sia un'attività di elevata complessità e multidisciplinare. Gli screening non sono fatti soltanto da medici, e questi ultimi, laddove ci sono hanno competenze diverse. Ai medici, che in genere un utente non incontra se non dopo la positività al primo test, si affiancano operatori sanitari con varie specialità e i membri delle segreterie: il vero cuore organizzativo del programma. Inoltre, talvolta, gli screening collaborano con diversi attori posti al di fuori del servizio sanitario (le associazioni, per esempio).

■ **Universalità**

I programmi di screening organizzati in Italia non sono semplicemente interventi sanitari, ma interventi di sanità pubblica. L'attività di screening è infatti compresa nei Livelli essenziali di assistenza, l'insieme delle prestazioni sanitarie che, su tutto il territorio nazionale, vengono offerte ai cittadini. Ciò conferisce ai programmi di screening organizzato un'ulteriore caratteristica: l'offerta deve essere adeguata a fare in modo che differenze di status presenti nella società non si ripercuotano sulla fruibilità di questo diritto.

■ **Alla larga dal paternalismo**

Convincere senza gonfiare i vantaggi né nascondere i rischi. È questa la sfida che i programmi di screening hanno accolto negli ultimi anni, dopo una prima fase caratterizzata dall'enfaticizzazione degli aspetti positivi della prevenzione.

È vero che la necessità di raggiungere livelli elevati di adesione è insita nella natura stessa dei programmi di screening organizzato, ma oggi l'obiettivo è l'adesione consapevole degli utenti.

Un obiettivo non semplice da conseguire vista la difficoltà a confrontarsi con l'incertezza che caratterizza il concetto di rischio, tipica delle attività di screening.

Ma questo è soltanto un tassello dell'attività di comunicazione all'interno dei programmi di screening: la comunicazione negli screening è infatti un processo complesso che coinvolge canali comunicativi, momenti e attori diversi.

Un processo così pervasivo che la qualità di questo elemento è ormai considerata una componente fondamentale per la qualità complessiva del programma.

■ **Lo screening del tumore del collo dell'utero**

Su scala mondiale, il carcinoma della cervice uterina (o collo dell'utero) è il secondo tumore più frequente nelle donne. In Italia l'incidenza media è di circa 10 casi ogni 100 mila donne per anno: ciò significa che ogni anno sono circa 3.500 le donne a cui viene diagnosticato questo tipo di tumore.

Dagli anni Ottanta si è dimostrato che il tumore della cervice uterina è connesso a un'infezione persistente da papillomavirus umano: in particolare a una quindicina (soprattutto il 16 e il 18) degli oltre 100 tipi di virus Hpv esistenti. Si tratta di un'infezione a trasmissione sessuale molto frequente soprattutto nelle persone giovani, tanto che il fattore di rischio determinante è proprio il comportamento sessuale. Si ritiene che circa

I programmi di screening sono un'attività che coinvolge diverse figure sanitarie e della società civile e hanno un mandato: raggiungere tutti senza disuguaglianze

Convincere senza amplificare i vantaggi, né nascondere i rischi, è la sfida che i programmi hanno accolto in questi anni: oggi l'obiettivo è l'adesione consapevole

Il tumore del collo dell'utero ha un'incidenza media in Italia di circa 10 casi ogni centomila donne, ciò significa che ogni anno 3.500 donne ricevono una diagnosi per questo tumore

Una lesione si trasforma in cancro invasivo in diversi anni. Questi tempi consentono alle donne che effettuano regolarmente gli screening di intervenire precocemente

l'80% della popolazione sessualmente attiva la contragga almeno una volta.

Lo sviluppo di un cancro della cervice uterina è un processo lento, fatto di momenti non necessariamente irreversibili. In quasi la metà dei casi, infatti, l'infezione da Hpv regredisce spontaneamente nell'arco di un anno e nell'80% dei casi in due anni. Invece, solo una piccola percentuale di donne sviluppa un'infezione persistente e solo le donne con un'infezione persistente hanno il rischio di sviluppare le lesioni precancerose dell'epitelio cervicale, le cosiddette Cin.

Il cancro del collo dell'utero è inoltre molto lento: occorrono diversi anni perché una lesione si trasformi in carcinoma in situ e almeno 10 perché questo diventi un cancro invasivo.

Tempi che consentono alle donne che partecipano regolarmente ai programmi di screening di identificare precocemente e interrompere il ciclo di sviluppo del tumore.

■ Il programma di screening in Italia

Lo screening del tumore del collo dell'utero nel nostro Paese prevede l'esecuzione di un Pap test ogni 3 anni nelle donne con un'età compresa tra i 25 e i 64 anni. A seguito di una eventuale positività riscontrata nella lettura del campione, l'algoritmo dello screening prevede la colposcopia a cui far seguire una eventuale biopsia e, se necessario, un trattamento.

La procedura è identica a quella impiegata nella maggior parte dei paesi europei.

A fianco del tradizionale Pap test, nel 2010 alcuni programmi prevedono il passaggio al test Hpv come indagine di primo livello. La sequenza prevista comporta, in caso di positività del test Hpv, l'esame citologico sul residuo del campione ed eventualmente la colposcopia.

Sono oltre quattro milioni le donne che nel triennio 2005-2007 hanno ricevuto un invito per sottoporsi al Pap test. Di queste, il 2,4 per cento è stata sottoposta a colposcopia, percentuale in calo rispetto al triennio precedente. Ogni 6,2 colposcopie effettuate è stata riscontrata una lesione che necessitava di trattamento (CIN2 o più grave), per un totale di circa 10 mila lesioni.

Delle donne invitate a sottoporsi a colposcopia a seguito di positività al Pap test, oltre l'11 per cento non ha risposto all'invito. Dato che preoccupa, dal momento che la probabilità di avere una diagnosi di lesioni che necessitano di trattamento in questa popolazione è superiore al 16 per cento.

Inoltre è evidentemente inutile effettuare Pap-test se non vengono poi di fatto svolti gli accertamenti necessari quando il test indica un sospetto.



Armi non convenzionali per uno screening di successo

Un programma di screening oncologico è diverso da qualunque altro intervento di sanità pubblica. Innanzitutto perché si rivolge a una popolazione sana. E poi perché riguarda i tumori, lo spettro a cui nessuno vorrebbe pensare. Un binomio - la salute e lo spettro del tumore - che rende necessari, talvolta, l'utilizzo di "armi non convenzionali".

Lo dimostra l'Azienda Ulss n. 4 Alto Vicentino Thiene, un'esperienza non esportabile in toto in altri contesti per peculiarità economiche, sociali e culturali della zona. Ma che la dice lunga sull'atipicità dei programmi di screening nel panorama dell'offerta della sanità pubblica e su come metodicità, caparbietà, professionalità (e un pizzico di fantasia) degli operatori che vi si sono dedicati possano rendere efficace uno screening.

«Siamo operativi da dieci anni per lo screening mammografico e per quello del tumore del collo dell'utero e da circa cinque per il colon», illustra Flavio Banovich, medico igienista in servizio presso il Dipartimento di Prevenzione e coordinatore dei programmi di screening della Ulss vicentina. «Nonostante ciò manteniamo adesioni elevate per tutti e tre i programmi».

I segreti di un simile successo?

Innanzitutto il contesto: «La nostra è un'azienda che serve 180 mila abitanti ed è localizzata in un area dell'alto vicentino dove non ci sono molti servizi concorrenti, siano strutture private o altre strutture pubbliche che non rientrano nella rete degli screening», commenta Banovich.

Programmazione, collaborazione e fiducia

Ma questo è l'unico fattore attribuibile alla fortuna. Tutto il resto è frutto di una sapiente miscela di programmazione, collaborazione

Parola d'ordine: programmazione

Uno screening non si improvvisa. Nasce da un lavoro che sappia tener conto delle urgenze dell'oggi e dei probabili sviluppi di domani. Succede così che in Abruzzo, grazie a una sapiente miscela di ordinaria amministrazione e innovazione, si sia dato vita ad alcune delle esperienze più innovative dei programmi di screening italiani. A cominciare dal passaggio, da gennaio 2010, al test dell'Hpv come indagine di primo livello per lo screening del tumore del collo dell'utero. «Le donne saranno sottoposte in prima battuta al test Hpv», spiega Claudio Angeloni, responsabile per gli screening della Regione. «Qualora il test fosse positivo eseguiremo un normale test citologico sul residuo del primo prelievo senza richiamare la donna. Solo a un'ulteriore positività si procederà con la colposcopia».

Quello del passaggio all'Hpv è solo l'ultima di una serie di tappe innovative che ha caratterizzato il decennio di screening abruzzesi: «Fin dall'inizio siamo partiti con la volontà di fare non solo screening classico, ma essere pronti al futuro, fare ricerca e seguire le novità», racconta Angeloni. Così «nel 2000 abbiamo cominciato a usare un sistema di lettura "computer assistita" che legge i vetrini. Questo strumento per prima cosa individua le zone dei vetrini in cui si localizzano le anomalie e le divide in classi progressive di rischio. Solo a quel punto interviene il lettore, nella persona di un tecnico, che verifica soltanto le zone segnalate. Un sistema che consente, quindi, sia di velocizzare la lettura - dato che elimina preliminarmente un 15-20 per cento di campioni perché sicuramente negativi - sia di aumentare la qualità». Il passaggio successivo è stata la "lettura in fase liquida", un'evoluzione della lettura citologica classica.

Obiettivo: qualità

Di passo in passo, aggiunge Angeloni, «l'obiettivo è stato sempre sfruttare le tecnologie più recenti per semplificare e uniformare i processi, rendere più oggettive le verifiche qualità e, in definitiva, migliorare il programma di screening».

Come dimostra l'ultimo acquisto del team abruzzese: sei microscopi innovativi che invece del classico oculare hanno una telecamera. A che cosa servono? «Oltre a permettere di vedere tutto quel che si vede col microscopio convenzionale, questo sistema permette di proiettare su uno schermo. Ci si può quindi confrontare sui vetrini ottenendo un guadagno in qualità del programma e allo stesso tempo un momento di formazione per gli operatori», conclude il responsabile che rivela il prossimo progetto: «acquisire una rete internet dedicata per aprire il confronto anche con operatori dislocati altrove, anche in altre Regioni».



e fiducia a partire dalla direzione aziendale che ha conferito un “mandato forte” ai gestori dei programmi.

«Con i medici di medicina generale, innanzitutto, con cui abbiamo trovato la più ampia collaborazione, a cominciare dalla firma degli inviti a due mani».

I medici di famiglia, tuttavia, rappresentano soltanto un tassello nella strategia di questi programmi. L'altro cardine su cui è maturato il successo è la comunicazione: «Abbiamo incontrato i medici, i farmacisti, le associazioni di volontariato. Persino il parroco. Abbiamo richiesto insomma l'impegno dell'intera comunità. E questi soggetti si sono fatti promotori dello screening nel loro contesto».

Le associazioni, inoltre, non sono state soltanto un megafono dei programmi di screening. L'accordo con alcune di esse ha consentito di ampliare l'offerta agli utenti senza tuttavia roscicare ai programmi organizzati porzioni di popolazione bersaglio.

«Con la Lega italiana per la lotta contro i tumori, per esempio, abbiamo stipulato una convenzione proposta dalla stessa Lega, che ha voluto che la nostra azienda potesse offrire un servizio a quelle fasce non coperte dallo screening mammografico (la fascia di età compresa tra i 45 e i 49 anni)», continua Banovich. «La Lega, quindi, offre un servizio a questa fascia di età, ma allo stesso tempo orienta la donne in età da screening verso il programma. Condividiamo gli obiettivi e non c'è concorrenza».

Ma a poco sarebbero valse le iniziative di comunicazione e collaborazione senza interventi di qualità sul piano clinico e organizzativo garantiti dalle Unità operative ospedaliere. «Innanzitutto la puntualità degli inviti allo scadere dei round. Ci è costata un immenso sforzo organizzativo, ma ormai si è creato un rapporto di fiducia, basato anche sul fatto che la popolazione ha un'ottima opinione dell'azienda. Inoltre, si è creata anche la migliore collaborazione con i colleghi ospedalieri, che hanno capito l'importanza di fare squadra formando dei gruppi di lavoro multidisciplinare.

Dall'esperienza degli screening sono nate le unità valutative multidisciplinari: una volta che il test è positivo e la persona ha necessità di approfondimento, un team di esperti prende carico dell'iter e in forma di gruppo ha un colloquio con la persona interessata, in modo che abbia di fronte il meglio dell'offerta terapeutica disponibile. Il modello è così efficace che si è ormai esteso anche alle altre attività cliniche che non rientrano nei programmi di screening».

Test Hpv: efficace se ben progettato

È stata una delle più grandi conquiste della ricerca in campo oncologico: la correlazione tra infezione da virus Hpv e sviluppo del tumore del collo dell'utero. Ed era fisiologico (e quanto mai atteso) l'avvento di un test che, rilevando la presenza del virus, fosse in grado di anticipare la diagnosi di tumore. Ora quel test è disponibile e comincia ad affacciarsi la possibilità che venga impiegato come indagine di primo livello nei programmi di screening organizzato. Soprattutto dopo la pubblicazione del trial NTCC, uno studio multicentrico concepito e condotto da nove programmi organizzati di screening in Italia e che è considerato tra i più accurati su scala mondiale.

«È stata un'esperienza importante che dimostra che i programmi di screening hanno tutte le carte in regola per fare ricerca», illustra Guglielmo Ronco, della Struttura complessa di epidemiologia dei tumori a direzione ospedaliera (S.C.D.O.) del Centro di riferimento per l'epidemiologia e la prevenzione oncologica in Piemonte e coordinatore dello studio.

«Innanzitutto abbiamo dimostrato che la citologia in fase liquida, considerata un miglioramento dell'esame citologico classico, non è più sensibile di quest'ultimo nel trovare le lesioni di alto grado. Inoltre dà un numero maggiore di positivi. Altro elemento emerso dalla ricerca è che con il test Hpv si trova circa il 50 per cento delle lesioni in più rispetto all'esame citologico. Infine, che con il test Hpv vengono trovate sostanzialmente tutte le lesioni esistenti. Allo stesso tempo, però, l'Hpv dà più falsi positivi dell'esame citologico».

Nuovo test, nuove procedure

Come risolvere allora questo dilemma, in cui si ha un test più efficace del precedente ma che allo stesso tempo aumenta il rischio di

Quei programmi in cerca di lettore

«Qui a Catania ho 3 lettori per il test citologico, perciò non posso leggere più di 21 mila esami in un anno. Ne consegue che la popolazione obiettivo che posso invitare deve essere limitata. Gli inviti, quindi, sono condizionati dalla capacità di lettura». È questo il sillogismo con cui Aurora Scalisi, responsabile dei programmi di screening a Catania, illustra uno dei problemi con cui quotidianamente si scontra e che crea non pochi disagi agli utenti: il numero insufficiente di lettori di citologia cervicovaginale.

Una specie professionale quasi in via di estinzione: «Stiamo cercando di risolvere il problema usando fondi vincolati per assumere altri lettori. Ma occorre indire un bando di concorso e non è semplice trovare operatori con una formazione adeguata», aggiunge Scalisi. «Un problema analogo si verifica per la mammella: in questo caso sono i tecnici di radiologia a essere insufficienti, ma l'esito è lo stesso: inviti rivolti soltanto a porzioni della popolazione target e ritardi per gli utenti».

A problemi sistemici, soluzioni poco ortodosse

In un simile contesto, non stupisce allora l'alto ricorso a iniziative di prevenzione individuali: «Nel caso del tumore del collo dell'utero il ginecologo gioca un ruolo di primo piano. È consuetudine che questo sottoponga al Pap test la donna nella stessa seduta della visita ginecologica», continua Scalisi. Però Catania ha pensato a un escamotage che consente, se non di recuperare le donne ai programmi di screening, quanto meno di ottenere i dati derivanti dall'esame citologico: «Le donne continueranno a rivolgersi al proprio ginecologo, ma la lettura (gratuita) viene fatta dal programma di screening. Ciò ci potrà consentire di disporre quanto meno dei dati».

Soluzioni non troppo ortodosse per problemi diventati ormai sistemici. Che tuttavia non sono riproducibili in altri contesti: «Per quanto riguarda la mammella per esempio, tutte le Aziende, gli Ospedali, le Case di Cura e gli studi privati lavorano in regime di esenzione ticket per cui la donna non percepisce alcun vantaggio a seguire i canali suggeriti dallo screening». Nonostante ciò a Catania si ritengono fortunati: «Abbiamo un'unità operativa dedicata allo screening citologico a tempo pieno. Inoltre la lettura citologica e gli esami di secondo livello vengono effettuati nel medesimo centro screening. Questo ci consente quanto meno di non disperdere le informazioni delle nostre utenti e ci permette controlli di qualità sistematici e facilmente rilevabili. Cosa che invece non succede in tutte le altre province siciliane, dove l'assenza di centralizzazione e di una rete informativa non consente di recuperare i dati o, semplicemente, di mettere insieme le informazioni relative ai diversi livelli dello screening effettuato da uno stesso utente», conclude Scalisi.

dover sottoporre molte più donne all'esame di secondo livello?

«Di certo non si risolve il problema facendo nello stesso momento sia il test Hpv che il classico Pap test. Una procedura simile comporta un ulteriore aumento dei casi positivi», risponde Ronco.

E allora? «Un algoritmo che si è dimostrato molto efficace è eseguire in prima battuta il test Hpv. Qualora questo si dimostrasse positivo, procedere con lo stesso campione prelevato - dunque senza che la donna venga richiamata - all'esame citologico. Se anche questo è positivo, si procederà allora alla colposcopia. Nel caso in cui l'esame citologico fosse negativo, invece, ci sono buone probabilità che la donna non abbia alcuna lesione. Tuttavia, a un anno di distanza, la si può sottoporre a un nuovo test Hpv, e se risultasse ancora positiva - segno che l'infe-

zione da Hpv rilevata con il test di primo livello non è regredita nel corso dell'anno - allora si procede con la colposcopia.

Una procedura articolata, che garantisce però un'alta affidabilità».

Infatti, in base alle conoscenze di cui si dispone ora, aggiunge Ronco, «il test Hpv sembra funzionare molto bene, ma soltanto all'interno di protocolli di gestione molto ben definiti». Il test, inoltre, qualora impiegato in simili protocolli, potrebbe allargare di molto il periodo che intercorre tra una chiamata e l'altra facendolo passare dai tre anni attuali a cinque-sei, con una importante riduzione del carico emotivo per la donna e di quello organizzativo per i programmi di screening.

«Ma per far ciò - conclude Ronco - occorrerà mettere in piedi programmi di formazione destinati al personale che dovrà occuparsi del nuovo screening».

Un percorso da seguire sino in fondo

«Uno screening oncologico non si esaurisce al primo test. È fatto di una serie di passi, posti in successione, che servono prima a identificare un soggetto a rischio, poi ad accertare la presenza di un tumore o di una lesione pretumorale e infine a intervenire in maniera quanto più possibile tempestiva. Interrompere la sequenza in una fase intermedia vanifica qualunque screening».

Guglielmo Ronco spiega così uno dei problemi più rilevanti nel caso dello screening del tumore del collo dell'utero. In questo programma una percentuale molto elevata di donne si sottopone al primo test, il Pap test. Ma non tutte quelle positive risponde poi alla chiamata per la seconda indagine, la colposcopia.

Un grosso errore. Dal momento che era stata già identificata come a rischio, questo gruppo di donne ha infatti una maggiore probabilità di ammalarsi di tumore rispetto alla popolazione generale.

Un dato confermato da diversi studi secondo cui «è vero che la parte maggiore dei tumori si verifica in chi non si è mai sottoposto agli esami di screening, ma una parte non trascurabile compare in donne che avevano avuto un test positivo e si erano fermate prima di completare in maniera corretta l'iter», conclude Ronco.



Pap test: perché non prima dei 25 anni?

Colloquio con Paolo Giorgi Rossi, Agenzia di sanità pubblica, Regione Lazio

Quello della cervice uterina è uno dei pochi tumori la cui incidenza inizia ad essere già consistente all'età di 35 anni, tanto da essere riconosciuto come un tumore dell'età fertile: raggiunge infatti il picco intorno ai 45 anni per stabilizzarsi fino agli 80. In generale però il cancro della cervice uterina in Italia, come in molti paesi industrializzati, è diventato una patologia rara: è infatti passata da essere il terzo tumore fra le cause di morte nelle donne nel dopoguerra, al tredicesimo posto di oggi. Questa riduzione è da tutti considerata una delle maggiori vittorie della medicina moderna ed è merito della diffusione del Pap-test.

Una così grande dimostrazione di efficacia ha indotto a suggerire che venisse anticipata l'età a cui iniziare a sottoporsi allo screening. Una soluzione, però, nient'affatto vantaggiosa. Perché?

In Italia, i dati dei Registri tumori (che coprono circa il 30 per cento della popolazione) indicano che tra il 2001 e il 2003 si sono registrati 3 casi di tumore invasivo nelle donne di età inferiore ai 25 anni. Un evento così raro, da rendere inefficace ogni intervento di sanità pubblica.

Ma è solo questo il problema?

Assolutamente no. Nel carcinoma della cervice uterina accettiamo l'idea di trattare molte lesioni preinvasive per evitare un cancro invasivo, sappiamo che questo rapporto si aggira intorno a dieci a uno. È qualcosa di inevitabile: dal momento che non c'è nessun modo per distinguere una lesione che evolverà in tumore invasivo da una che regredirà, non ci resta che trattarle tutte. Tuttavia, questo rapporto diventa meno vantaggioso man mano che si va indietro nell'età. Già al di sotto dei 35 anni le invasioni preinvasive sono più elevate.

Sottoporre donne più giovani delle venticinquenni allo screening ci costringerebbe quindi a trattare un numero più elevato di lesioni "benigne" per prevenire un tumore vero e proprio. E il trattamento non è esente da rischi.

Il cancro dell'utero in Italia, come in molti paesi industrializzati, è diventato una patologia rara, passando da essere il terzo tumore fra le cause di morte delle donne al tredicesimo posto di oggi



Il vaccino anti-Hpv cambierà ancora una volta l'epidemiologia del cancro del collo dell'utero: diminuirà il carico della malattia soprattutto nelle donne più giovani

Quali?

In genere si tratta di piccole e relativamente rare complicazioni durante il parto. Tuttavia per una donna che ha già avuto figli gli svantaggi sono quasi insignificanti, mentre per una venticinquenne, che si appresta a vivere gli anni più importanti per la riproduzione, hanno tutt'altro peso. Tuttavia, il tumore della cervice uterina è molto dinamico dal punto di vista epidemiologico e la sua distribuzione nelle diverse fasce di età potrebbe cambiare, facendo cambiare l'attuale scenario.

Questo è già accaduto a causa di due fattori: il primo è stato il cambiamento dei comportamenti sessuali, l'altro la diffusione del Pap test.

Ma tra non molto potremo osservare i risultati di un terzo fattore, il vaccino anti-Hpv, che cambierà ancora una volta l'epidemiologia del cancro della cervice uterina. Diminuirà di certo il carico di malattia, soprattutto nelle donne più giovani. Ciò perché si stanno vaccinando soprattutto (e a ragione) donne molto giovani: le dodicenni. Inoltre, da alcuni studi recenti sembra che quei ceppi contro cui agisce il vaccino siano più frequenti nei cancri nella fascia di età compresa tra i 25 e i 35 anni.

Un laboratorio di comunicazione

I programmi di screening si sono confrontati con la comunicazione prima che questa diventasse un argomento prioritario per altri servizi offerti dal sistema sanitario. La necessità di raggiungere con il proprio messaggio un numero quanto più possibile ampio di persone e di convincerle della loro validità è infatti insita nella natura stessa dei programmi. «Qualcosa di molto simile a quanto gli screening stavano per sperimentare era già avvenuto in passato con le vaccinazioni - illustra Marco Petrella, responsabile del programma aziendale screening, Ausl 2 Umbria - ma queste differiscono dagli screening per almeno due ragioni sostanziali: innanzitutto le vaccinazioni sono state a lungo obbligatorie. Inoltre, nel caso delle vaccinazioni, la probabilità che all'intervento segua l'immunizzazione è prossima al 100 per cento. Nulla di tutto ciò vale per gli screening, dove l'adesione è frutto della libera scelta dell'utente e i vantaggi prospettati sono probabilistici: gli screening promettono alle persone di metterle in una condizione di rischio minore, non di salvarli dal tumore».

Ed è stata questa la principale sfida: «Evitare da un lato le grandi aspettative, che avrebbero permesso un'alta adesione ma si sarebbero scontrate con l'impossibilità di evitare in maniera assoluta il cancro. Dall'altra fare in modo che gli screening non fossero sottovalutati. Cosa che avrebbe ridotto l'adesione».

Ormai un modello

Un equilibrio tra due estremi: così si è evoluta la comunicazione, che tuttavia, nel tempo è diventata un modello a cui si sono ispirate le successive campagne di prevenzione secondaria o di promozione della salute. In poche occasioni, infatti, la comunicazione del rischio in Italia aveva avuto una forma tanto articolata e strutturata, che ha visto sia la produzione di

Quanto lavoro dietro una telefonata

Rispondere alle telefonate che si ricevono al numero verde attivato da un programma di screening non è come offrire consulenza a un cliente insoddisfatto. Ancora di meno lo è telefonare per comunicare agli utenti il risultato dell'indagine. È un lavoro che richiede competenze e abilità specifiche: relazionali, innanzitutto, ma anche tecniche perché «a ogni domanda che riceviamo dobbiamo dare una risposta», sostiene Enrica Tidone, che coordina i 13 operatori sanitari che rispondono al numero verde del programma di screening di Milano.

Ma dare risposte alle domande del singolo individuo in un mondo standardizzato come quello degli screening non è semplice.

«È stata proprio questa la nostra sfida: portare un intervento di sanità pubblica a relazionarsi con le singole persone, anche perché ci interessa molto che chi partecipa allo screening lo faccia consapevolmente. Riteniamo che sia un elemento imprescindibile nella qualità dello screening».

Imparare a parlare di cancro

Tuttavia, questo non significa lasciare all'iniziativa del singolo operatore la gestione delle chiamate. A Milano si lavora su protocolli, le tipologie di risposte fornite vengono attentamente studiate, discusse e calibrate sulle caratteristiche dell'interlocutore.

Con la collaborazione di uno psicologo che funge da supervisore «ci confrontiamo, rianalizziamo le telefonate e riadattiamo continuamente le procedure. È un processo di formazione continua a cui ci sottoponiamo.

Imparando dai nostri stessi errori», continua Tidone.

L'attività del numero verde non si limita soltanto a rispondere alle domande degli utenti, ma si occupa anche della comunicazione dell'esito dell'indagine di primo livello.

«Spesso si tratta di dare brutte notizie. Di comunicare a una persona che fino a quel momento si considerava sana che potrebbe avere un cancro. Bisogna saper accompagnare in questo passaggio, gestendo l'ansia della persona, le sue preoccupazioni».

Ma sapendo affrontare anche la stanchezza emotiva che coglie l'operatore: «Non è bello dare brutte notizie», commenta infatti Tidone. E la presenza dello psicologo serve anche a questo.

Che cosa ne pensano gli utenti del servizio offerto?

«Non esistono veri indicatori per valutare la qualità del servizio. Tutto ciò che abbiamo è percezione maturata sul ritorno delle telefonate. E sono molte le persone che richiamano per raccontarci come sono andati gli esami».

Una campagna di collaborazione

La comunicazione degli screening è un'attività complessa, che talvolta chiama in causa attori diversi da quelli abitualmente coinvolti nei programmi. È il caso del "progetto piani di comunicazione screening Lilt", finanziato dal ministero della Salute, che ha come obiettivo aumentare l'adesione ai programmi di screening attraverso la collaborazione tra Lega italiana lotta contro i tumori, Osservatorio nazionale screening e Regioni. «La fonte delle informazioni è l'Osservatorio», spiega Angela Labianca, capoprogetto nazionale dell'iniziativa. «La Lilt e le Regioni provvedono all'operatività».

Si tratta di un intervento già sperimentato con successo: nel 2007 e 2008 ha riguardato tre Regioni: Lazio, Puglia e Sardegna. «Ora -aggiunge Labianca - è partita una seconda fase che coinvolgerà Umbria, Trentino Alto Adige, Valle d'Aosta, Molise e Basilicata. Queste Regioni sono state identificate da Lilt in quanto sono caratterizzate da diversi stadi di evoluzione nella diffusione dei programmi di screening. L'obiettivo è comunque estendere la copertura a tutta l'Italia».

Una cabina di regia condivisa

«Nel concreto - spiega Labianca - il progetto prevede l'adattamento di una campagna ministeriale del 2006: "Si scrive screening, si legge prevenzione dei tumori", alle diverse realtà locali.

Si chiede l'adesione delle Regioni e tutte le scelte comunicative vengono concordate». La collaborazione e la condivisione delle scelte è infatti il cardine dell'iniziativa, così come dimostra la sua organizzazione: «esiste una cabina di regia nazionale a cui prendono parte rappresentanti dell'Osservatorio nazionale screening, del ministero e della Lilt, oltre a referenti regionali dei programmi di screening e poi cabine di regia regionali, a cui partecipano, oltre ai rappresentanti regionali della Lilt e dei programmi di screening, anche portatori di interessi, siano essi associazioni di volontariato o categorie di medici».

documenti di indirizzo destinati agli operatori, sia la realizzazione di strumenti informativi che hanno cercato di rendere comprensibile anche al pubblico più vasto la complessità del mondo degli screening.

«Ma c'è un altro aspetto che la comunicazione degli screening ha dovuto apprendere e riadattare alle proprie esigenze», aggiunge Petrella: «la relazione utente-operatore. Un rapporto già sperimentato dalla pratica clinica, ma non nello specifico contesto dello screening in cui un utente, fino a prova contraria sano, sta prendendo in considerazione la possibilità di avere un tumore e fa qualcosa per saperlo».

Un rapporto che diviene ancor più delicato nel caso di positività ai test. Gli screening nel loro complesso hanno imparato a fare tutto questo e dare avvio a una riflessione che ha contagiato gli altri ambiti della sanità pubblica. Ma hanno compreso l'importanza di comunicare anche al loro interno, «un aspetto spesso trascurato ma senza il quale nessun programma potrebbe funzionare», commenta Carla Cogo, dell'Istituto Oncologico Veneto di Padova.

«Tuttavia non è raro che anche figure dirigenti nell'organizzazione degli screening - il più delle volte non esperti di comunicazione - siano disposte a seguire percorsi di formazione per apprendere come relazio-

narsi agli utenti, ma non riconoscono che la qualità della comunicazione interpersonale inizia dalla qualità della comunicazione all'interno del gruppo di lavoro».

Un gruppo molto esteso, quello dei programmi di screening, che parte dalle segreterie organizzative per arrivare agli specialisti, passando per operatori con le più disparate competenze.

«L'importanza della comunicazione tra colleghi viene riconosciuta da tempo nelle aziende private, ma in ambito sanitario è spesso ancora poco considerata. Tuttavia, l'esperienza sembra indicare che i programmi che funzionano meglio sono proprio quelli che più hanno curato questo aspetto», conclude Cogo.

Quale ruolo per il medico di famiglia?

Colloquio con Massimo Tombesi, medico di medicina generale, Macerata (CSeRMEG - Centro studi e ricerche in medicina generale)

Là dove il medico di medicina generale è parte attiva nei programmi di screening organizzati i risultati e in particolar modo l'adesione, sono migliori. Ma allo stesso tempo il medico di famiglia è una figura che fatica a trovare un posto nella catena degli screening. Perché?

«Il ruolo del medico di medicina generale, in questo momento, è quello che gli viene concesso da chi gestisce i programmi di screening. Su questo è difficile non essere critici: si ribadisce continuamente la sua importanza, ma allo stato attuale mancano idee per valorizzare le sue competenze. Nonostante sia l'operatore che più di tutti è a contatto con le persone, conosce le obiezioni, le remore, le attese, spesso eccessive, il più delle volte, al medico di famiglia oggi sono riconosciuti ruoli ancillari rispetto ai programmi di screening: in particolare, la pulizia delle liste e la prescrizione di farmaci o preparati necessari all'esecuzione dei test oppure la persuasione di chi non partecipa».

E invece, quale potrebbe essere un suo ruolo?

«Se gli si vuole attribuire un ruolo (e la cosa non è indispensabile) potrebbe essere quello di fornire un'informazione corretta e completa che metta gli utenti in condizioni di scegliere consapevolmente se sottoporsi o meno ai test di screening. E per completa intendo soprattutto una comunicazione dei rischi e dei benefici reali connessi all'esecuzione dello screening. Quest'ultimo, non dimentichiamolo, è un'operazione di sanità pubblica in cui il vantaggio per il singolo è molto meno rilevante che per la collettività: questa è una cosa che ha grande rilievo per chi ha contatto con la singola persona come il medico di medicina generale».

Ma non c'è il rischio che, così facendo, l'adesione si abbassi?

«Questo è un pregiudizio che andrebbe sfatato. Con maggiore informazione si riducono le attese miracolistiche, molto divaricate rispetto ai benefici reali. Attese che chi lavora a contatto con il pubblico vede e che sono state documentate.

In ogni caso l'informazione essenziale è quella che incide sulle scelte, positive o negative che siano: non è "folle" scegliere di non fare uno screening. Perciò, quel che conta in un programma di screening non è il numero assoluto di persone che vi prende parte, ma chi lo fa aderendo a una scelta libera e consapevole. Laddove l'adesione fosse prossima al 100 per cento sarebbe forse opportuno chiedersi dov'è che abbiamo sbagliato. Magari in una comunicazione che enfatizza i benefici ed è omissiva sugli inconvenienti?

Per questa ragione sarebbe opportuno adottare una strategia informativa centralizzata in cui un panel di esperti collabori alla redazione di documenti di informazione completi, comprensibili anche da persone di basso livello culturale e non omissivi per favorire la compliance, anziché lasciare ai singoli centri la libertà di informare a loro piacimento.

Questi documenti potrebbero essere utilizzati per la formazione e poi dagli stessi medici di medicina generale nel rapporto con le persone».

Si ribadisce continuamente l'importanza del coinvolgimento del medico di medicina generale, ma per lo più mancano idee per valorizzare davvero le sue competenze

Un panel di esperti potrebbe collaborare alla redazione di documenti di informazione completi, questi potrebbero poi essere strumento per i medici di famiglia verso le persone

Il medico di medicina generale deve tutelare il proprio assistito da interventi con un basso rapporto beneficio-rischio, inoltre deve farsi carico delle disuguaglianze

Centro-periferia: un tema che ritorna spesso quando si parla di screening

«Spesso ci dimentichiamo che l'Italia è lunga: l'organizzazione dello screening ne dovrebbe tenere conto. Soprattutto quando si parla di qualità. Sarebbe bello avere sia una prospettiva di centro, sia una prospettiva nazionale. A me piacerebbe che non ci fosse soltanto una logica punitiva, ma anche una sorveglianza e, se possibile, un accreditamento istituzionale conseguente: gli screening sono operazioni molto complesse e vanno gestiti separatamente dalla clinica. Mi piacerebbe che ci fosse un controllo più globale che metta a punto sistemi attraverso i quali sia documentabile la qualità degli screening fatti in tutti i centri, sulla base di precisi indicatori, tra cui lo status sociale di chi partecipa: ci possono essere infatti disuguaglianze che debbono essere eliminate, e bisogna accorgersene».

Ma che cosa c'entra il medico di famiglia in tutto ciò?

«Il medico di medicina generale deve tutelare il proprio assistito da interventi con un basso rapporto beneficio-rischio, come possono essere gli screening oncologici improvvisati e non rigorosamente controllati sul piano della qualità, e inoltre deve farsi carico delle disuguaglianze che possono portare persone socialmente svantaggiate a non utilizzare le migliori opportunità preventive.

Inoltre, a me piace poco il fatto che le fasi successive dello screening - e parlo in particolare della chirurgia per i casi positivi - debbano essere gestite dai centri indicati dai programmi di screening. In tal modo si toglie al medico di medicina generale la possibilità di indirizzare i pazienti. È un problema che non si pone dove ci sono centri di eccellenza, ma che ha un qualche valore nelle zone più disagiate. Se funzionasse un sistema di sorveglianza simile sarebbe ragionevole lasciare da parte la medicina di base. Ma fino ad allora ho qualche remora quando non posso intervenire sull'invio di un paziente a un operatore o un centro che non ritengo sufficientemente qualificato».

I numeri





I dati che presentiamo in queste pagine sono stati forniti dai singoli programmi di screening del cancro del collo dell'utero negli anni dal 2002 al 2008, 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 oncologica (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.

Tabella 1. Il triennio 2005-2007 evidenzia un'accelerazione dell'attività: il numero degli inviti è cresciuto fino a oltre 4 milioni di donne ed è stato possibile individuare più di 10.000 lesioni gravi che richiedono un trattamento.

Anni di attività	2002-2004	2005-2007	2008
Numero di donne che hanno fatto screening	3.081.908	4.047.000	1.610.746
Proporzione di donne che hanno aderito all'invito	39%	38%	40%
Lesioni gravi individuate (CIN2+)	7.765	10.238	

Tabella 1.
Risultati principali
nei bienni 2004-05, 2006-07
e nel 2008

Tabella 2. L'adesione all'invito è superiore tra le donne con più di 45 anni e a livello nazionale è complessivamente rimasta invariata nell'ultimo triennio. Nel 2008 è in lieve aumento rispetto al triennio precedente.

Fasce d'età	25-34	35-44	45-54	55->65	Totale
2002-2004	33%	39%	43%	44%	40%
2005-2007	35%	40%	42%	42%	40%
2008	36%	41%	43%	43%	41%

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

Tabella 3. Nel triennio 2005-2007 la proporzione di Pap-test insoddisfacenti è ulteriormente diminuita rispetto al triennio precedente e rientra largamente negli standard di qualità. Nello stesso triennio anche le donne invitate a effettuare la colposcopia sono diminuite. Un risultato importante perché comporta la riduzione dell'ansia delle donne che così eseguono un numero inferiore di esami e approfondimenti. Peraltro a fronte di questa riduzione il tasso di identificazione delle lesioni che richiedono un trattamento (quelle con istologia CIN2 o più grave, CIN2+) resta sostanzialmente invariato. Ciò suggerisce che la capacità di identificare queste lesioni, che è lo scopo dello screening, si sia mantenuta invariata e che è aumentata la probabilità che una donna inviata in colposcopia abbia effettivamente una lesione che richiede un trattamento e contemporaneamente è diminuito il numero di colposcopie necessarie per trovare una di queste lesioni. È invece diminuita l'adesione alla colposcopia, sia se si considerano tutte le donne invitate per qualunque alterazione citologica (colposcopia per ASCUS+) sia se si considerano in particolare le donne che presentavano le alterazioni più gravi (colposcopia per HSIL+). Di conseguenza, mentre nel triennio 2002-2004 i programmi di screening italiani raggiungevano per entrambi gli indicatori lo standard considerato accettabile questo non è più avvenuto nel triennio 2004-2006 riguardo all'adesione per HSIL+. Questo è preoccupante perché è inutile effettuare Pap-test se di fatto poi non vengono svolti gli accertamenti necessari quando il test indica un sospetto.

Tabella 3.
Principali indicatori:
adesione agli standard
di qualità

Anni di attività	2002-2004	2005-2007
Proporzione di pap test inadeguati rispetto agli standard di qualità Gisci: desiderabile: < 5% accettabile: < 7%	3.3%	3.0%
Proporzione di donne invitate in colposcopia per qualsiasi causa	2.6%	2.4%
Numero di colposcopie necessarie per individuare la presenza di istologia CIN2+	6.5	6.2
Lesioni con istologia CIN2+ individuate ogni 1000 donne che hanno fatto lo screening	2	2.8
Proporzione di donne che hanno aderito alla colposcopia per citologia ASCUS+ Standard di qualità Gisci: desiderabile: ≥ 90% accettabile: ≥ 80%	86.0%	82.8%
Proporzione di donne che hanno aderito alla colposcopia per citologia HSIL+ Standard di qualità Gisci: Desiderabile: ≥ 95% Accettabile: ≥ 90%	90.5%	88.9%
Probabilità di avere una lesione con istologia CIN2 o più grave (CIN2+) tra le donne che hanno fatto una colposcopia per citologia ASCUS+	15.3%	16.2%



Tabella 4. L'adesione all'invito diminuisce dal Nord, al Centro, al Sud. Diminuisce anche il tasso di identificazione di lesioni con istologia CIN2 o più grave. Probabilmente questo riflette una reale minore frequenza di queste lesioni. Il maggior numero di colposcopie necessario al Sud per identificare una di queste lesioni è anche il risultato di questa minore frequenza.

Tabella 4.
Principali indicatori
per area geografica

Area	Nord		Centro		Sud e Isole	
	2002-04	2005-07	2002-04	2005-07	2002-04	2005-07
Anni di attività						
Proporzione di donne che hanno aderito all'invito	42%	46%	37%	37%	25%	25%
Proporzione di Pap test inadeguati	3.4%	3.3%	2.5%	2.4%	3.7%	3.1%
Proporzione di donne Invitate in colposcopia per qualsiasi causa	2.8%	2.4%	2.1%	1.9%	2.3%	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	15%	17%	20.6%	19.7%	9.8%	10.5%
Numero di colposcopie necessarie per individuare la presenza di una lesione con istologia CIN2+	6.6	5.9	4.8	5.1	10.2	9.5
Lesioni con istologia CIN2+ individuate ogni 1000 donne che hanno fatto lo screening	3.07	3.03	2.73	2.72	1.5	1.99



**La riduzione della mortalità
è la misura migliore
per valutare l'efficacia
di un programma:
ci dice se è riuscito
a intervenire in maniera
sufficientemente precoce
sulla malattia**

www.osservatorionazionale screening.it

