

# 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

### Screening del tumore del colon retto



*Ministero del Lavoro  
della Salute  
e delle Politiche Sociali*



Centro nazionale per la prevenzione  
e il Controllo delle Malattie



OSSERVATORIO  
NAZIONALE  
SCREENING



### **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](http://www.osservatorionazionale screening.it)

### **Elaborazione dei dati e commenti**

Chiara Fedato, Istituto oncologico veneto – Irccs, Padova

Manuel Zorzi, Istituto oncologico veneto – Irccs, Padova

**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

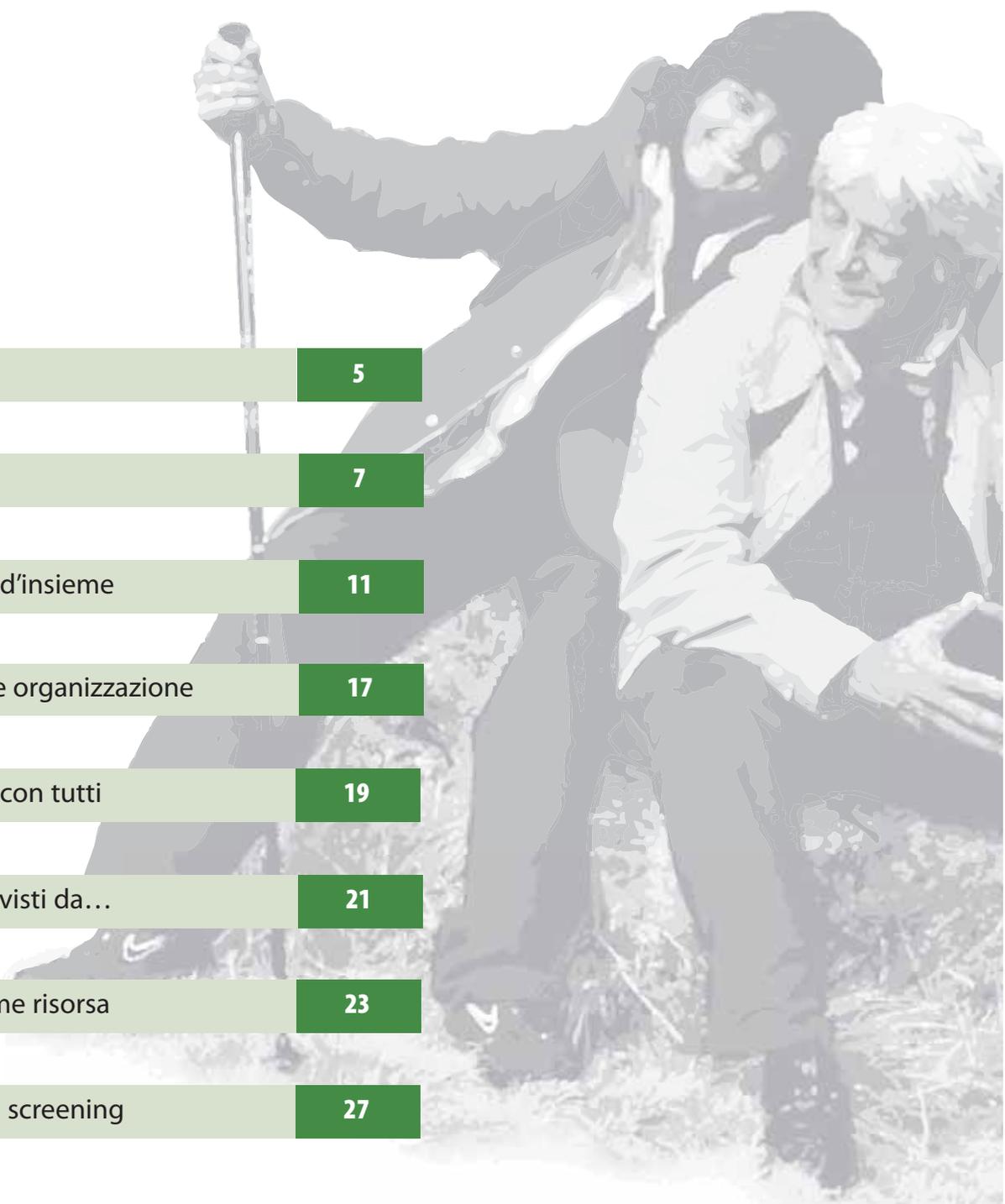
Via di San Salvi, 12 – 50135 Firenze – Tel. 055 6268382

[segreteriaons@ispo.toscana.it](mailto:segreteriaons@ispo.toscana.it) – [www.osservatorionazionale screening.it](http://www.osservatorionazionale screening.it)

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

[segreteria@zadig.it](mailto:segreteria@zadig.it) – [www.zadig.it](http://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
Innovazione e organizzazione	17
Saper parlare con tutti	19
Gli screening visti da...	21
La qualità come risorsa	23
I numeri dello screening	27



### 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

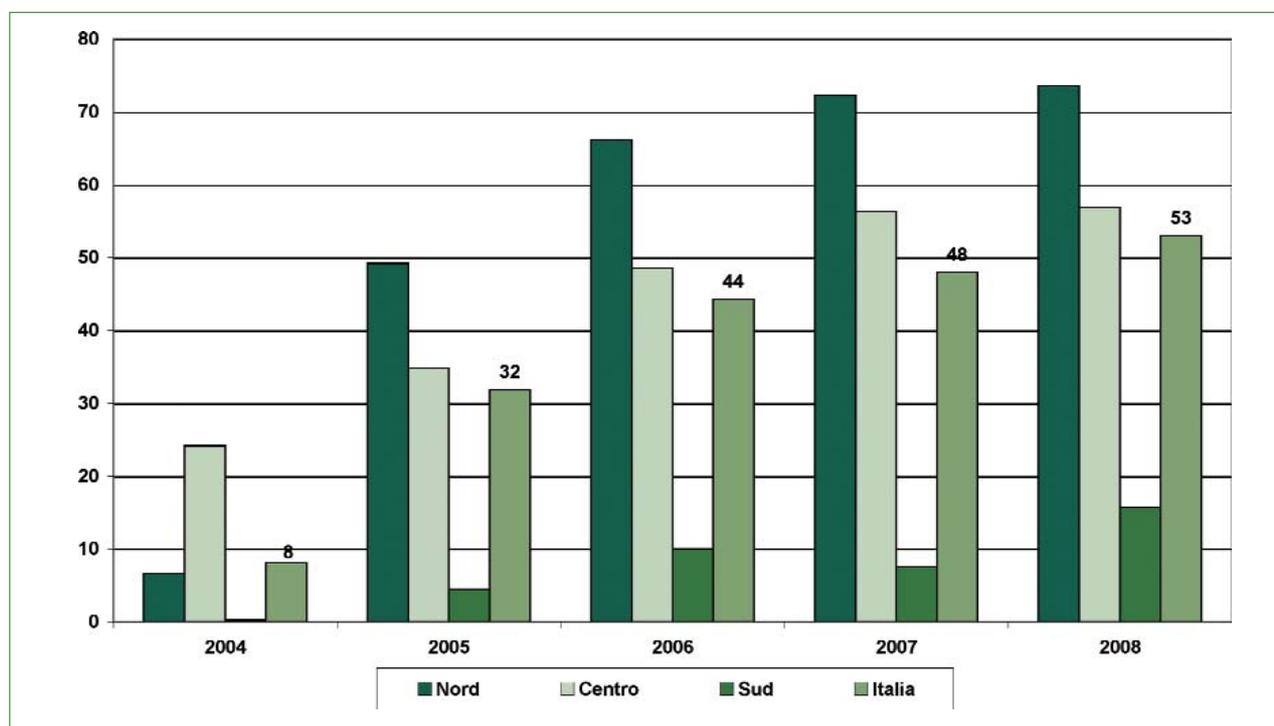
I programmi di screening, nonostante tutto, vanno avanti. Magari lentamente, ma avanti.

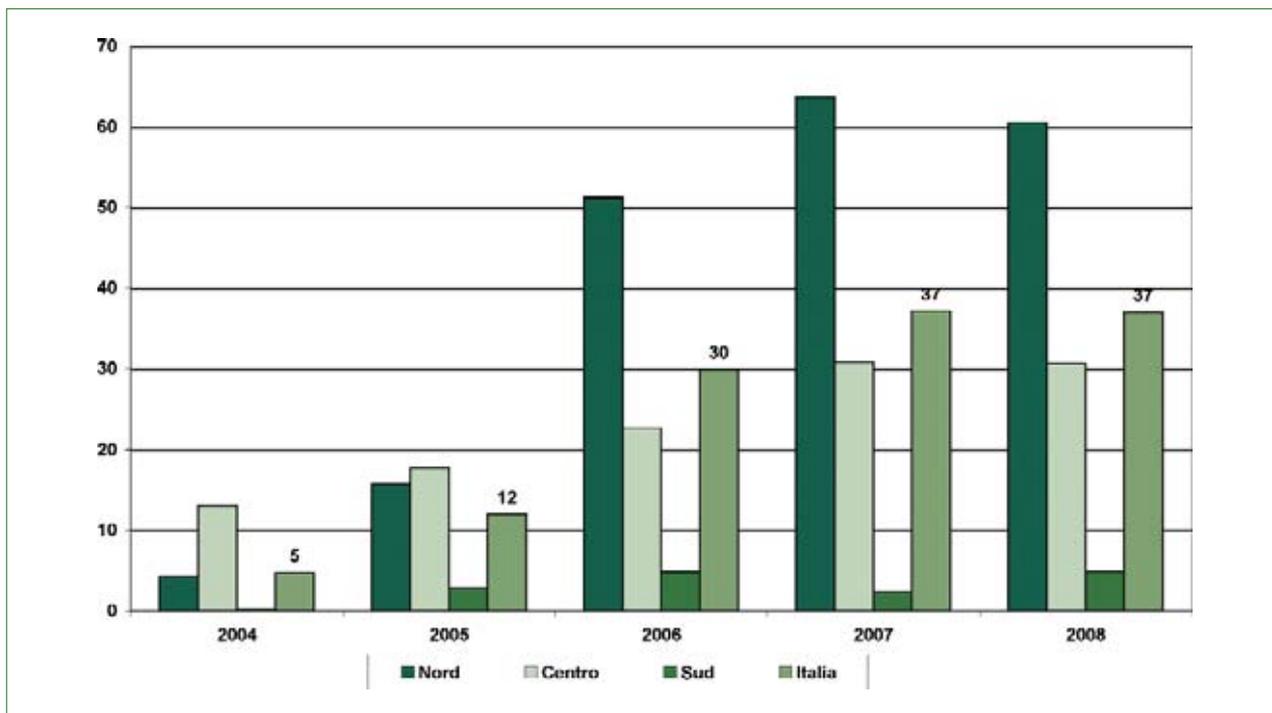
Nel 2008 lo screening del tumore del colon retto ha visto aumentare l'estensione, superando la soglia del 50%. Questa copertura teorica, cioè la quota della popolazione che vive in aree dove è attivo un programma di screening, rappresenta un buon livello se la confrontiamo con le esperienze europee in quest'ambito. Lo screening coloretale è l'ultimo ad essere stato avviato e solo cinque anni fa praticamente non esisteva, se non con esperienze sporadiche.

Molto meno incoraggiante, invece, è la distanza che misuriamo fra Nord, Centro e Sud: la copertura teorica è oltre il 70% al Nord e vicino al 60% al Centro, mentre non arriva al 20% al Sud. È vero, però, che rispetto agli anni precedenti, notiamo che anche in quest'area qualcosa si è messo in moto.

La differenza aumenta ulteriormente quando osserviamo l'estensione effettiva, cioè quante persone della popolazione bersaglio ricevono regolarmente la lettera di invito che fa partire tutto il processo. In questo caso tutti i valori scendono, ma in maniera discontinua: si tengono sul 60% al Nord, ma al Centro scendono al 30% e addirittura al 5% al Sud.

**Figura 1.**  
Estensione (teorica) dei programmi di screening coloretale per zona geografica 2004-2008





**Figura 2.**  
**Estensione (effettiva)**  
**dei programmi di screening**  
**colorettale**  
**(Sof + sigmoidoscopia) per**  
**zona geografica 2004-2008**

### 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](http://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 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

Quali sono le ragioni che portano ad adottare un certo tipo di test del tumore del colon retto all'interno di un protocollo? Grazia Grazzini spie-



ga quello che in termini tecnici si chiama il razionale: alle spalle di quelle scelte ci sono sì prima di tutto evidenze scientifiche, ma contemporaneamente anche considerazioni organizzative e valutazione di risorse. 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.

Questo tipo di scelte ha una lunga storia alle spalle e Carlo Senore riporta l'importante esperienza europea di costruzione di linee guida per il miglioramento della qualità delle diverse metodologie di screening.

Da questo punto di vista l'Italia ha una situazione particolare: sebbene la grande maggioranza degli esami si basino sulla ricerca del sangue occulto fecale esistono anche esperienze basate sulla sigmoidoscopia come test primario.

Spiegare questa logica, che è una logica di popolazione, al singolo individuo invitato allo screening non è cosa semplice, come si evince dal racconto di Enrica Tidone che porta l'esperienza del numero verde informativo della città di Milano. Rispondere a domande di singole persone, talvolta con problemi specifici, ma sempre con un proprio vissuto rispetto al tumore e alla prevenzione, e farlo avendo alle spalle protocolli pensati per tutta la popolazione, significa affrontare una importante sfida comunicativa. Una buona comunicazione, peraltro, non si risolve in un rapporto empatico, ma prevede formazione e supervisione. In una parola: professionalità.

Chiude il cerchio Grazia Grazzini, che ci racconta come all'interno di protocolli codificati ci possa comunque essere spazio per la fantasia (purché la si misuri con i rigidi metodi della valutazione). Fantasia dedicata ad amplificare al massimo la possibilità dei cittadini di partecipare ai programmi di screening.

### ■ **Qualità e organizzazione**

Che cosa ci sia dietro un programma di screening organizzato non è facile da intuire per chi li vive dal di fuori e spesso ignora che all'attivazione di un programma deve accompagnarsi una revisione di tutta la qualità del percorso sottostante. Per esempio non ci si contenta di offrire gli esami diagnostici presenti sul territorio, ma si impostano azioni concrete per la verifica e il miglioramento della qualità.

In questo senso l'esperienza della Regione Lombardia sul "retraining dei colonscopisti" è esemplare. Ce la descrive Maria Elena Pirola: un intervento che parte dalla sollecitazione dell'Osservatorio nazionale screening e delle società scientifiche e si traduce in una serie di azioni coordinate dal livello regionale che coinvolgono tutti i colonscopisti inseriti nei programmi.

Il punto di vista inverso è quello che ci propone Romano Sassatelli, gastroenterologo conquistato al programma screening di Reggio Emilia. Dalle difficoltà iniziali di confrontare universi esperienziali e culturali differenti, fino all'inevitabile evoluzione cui si va incontro quando si accetta di mettersi in gioco. Con innegabili vantaggi per tutte le figure coinvolte.

### ■ **Il confronto con altre realtà**

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

**G**li 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

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

identificare correttamente gli ammalati), che comunque non deve 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 lo eseguono possono trarre benefici dagli screening, bassi valori nell'adesione possono predire una bassa riduzione della mortalità.

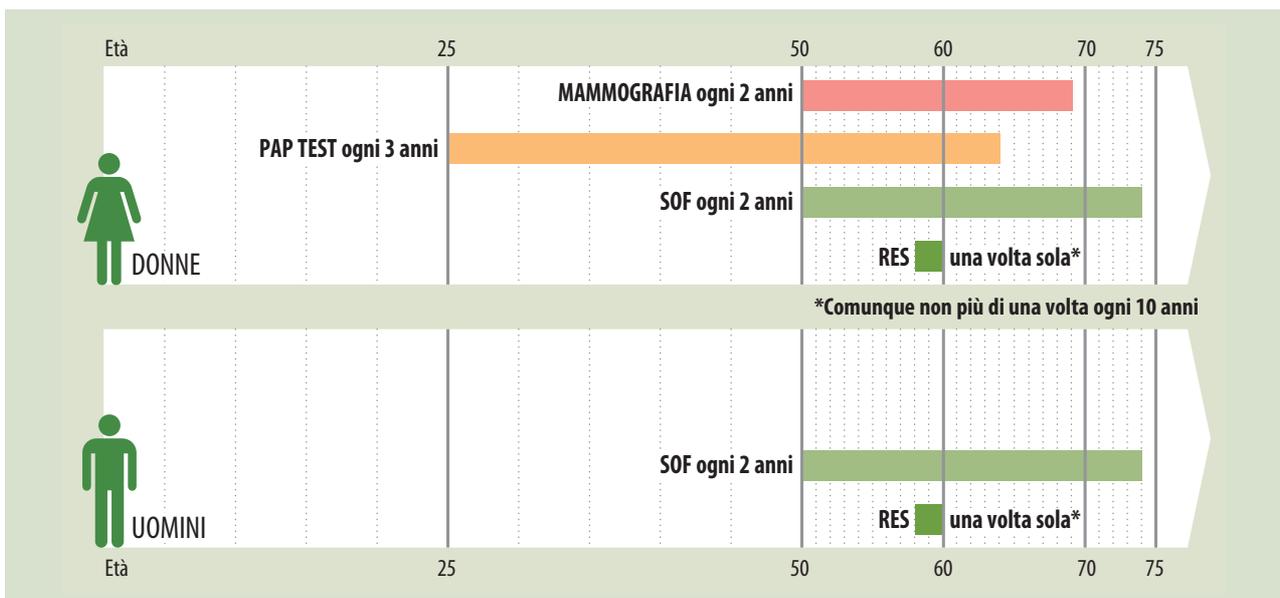
Proprio la capacità di valutazione di ogni anello della catena è la prima grande differenza tra un programma di screening organizzato e lo screening opportunistico.

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 diagno-

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





si ed eventualmente l'intervento terapeutico. Altra peculiarità: l'intero 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 colon**

Con quasi 40 mila nuove diagnosi e 20 mila decessi l'anno, in Italia il cancro del colon retto è il secondo tumore più diffuso nelle donne e il terzo negli uomini.

Si tratta di una forma di cancro che si manifesta quasi esclusivamente nella popolazione con più di 50 anni e in cui gioca un qualche peso la familiarità. Tuttavia, il fattore che sembrerebbe incidere maggiormente sull'aumento del rischio è un'alimentazione povera di fibre e ricca di carni rosse, grassi saturi e calorie.

Questa forma tumorale origina quasi sempre da polipi adenomatosi, escrescenze dell'intestino che impiegano un tempo variabile dai 7 ai 15

**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**

anni per degenerare in tumori veri e propri. È proprio in questo periodo che è possibile fare una diagnosi precoce: i polipi infatti tendono a sanguinare e sono visibili agli esami endoscopici.

Queste due caratteristiche fanno sì che nel caso dello screening del cancro al colon sia disponibile più di un test per individuare i soggetti a rischio: la ricerca del sangue occulto nelle feci e due forme di endoscopia (la rettosigmoidoscopia e la colonscopia totale) che consentono una visione diretta del colon e la concomitante asportazione delle lesioni qualora fosse necessario.

La ricerca del sangue occulto nelle feci (in sigla Sof) viene effettuata ogni due anni nelle persone tra i 50 e i 70 (in alcune regioni 74) anni.

La rettosigmoidoscopia, laddove impiegata, viene effettuata una sola volta nella vita, tra i 58 e i 60 anni. La colonscopia, ad oggi, non è impiegata come esame all'interno di screening organizzati, anche se è comunemente consigliata una volta nella vita, attorno ai 60 anni.

I due test endoscopici, benché più affidabili della ricerca del sangue occulto nelle feci, presentano però un limite: sono più invasivi e questo ne rende difficile l'accettazione in una popolazione asintomatica.

### ■ I programmi di screening in Italia

I programmi di screening del colon retto in Italia hanno una storia piuttosto breve. Infatti prima del 2004 praticamente non esistevano programmi organizzati di diagnosi precoce per questo tumore. Nonostante ciò, alla fine del 2008 più del 50% del territorio nazionale era coperto dallo screening e oltre un milione di persone vi si sono sottoposte.

Tuttavia la distribuzione dell'offerta è molto disomogenea: il test raggiunge infatti quasi i tre quarti della popolazione del Nord (74%), circa la metà di quella dell'Italia centrale (57%) e il 16% di quella meridionale. Nella grande maggioranza dei casi l'indagine si effettua mediante la ricerca del sangue occulto fecale. Esistono però 7 programmi in cui è in uso la rettosigmoidoscopia come test di primo livello. In questi casi, la ricerca del sangue occulto nelle feci è offerto a quanti non accettino di sottoporsi al test invasivo.

È ancora alto il numero di persone che, positive al test del sangue occulto, non si sottopongono alla successiva colonscopia di approfondimento. Sono 1 su 5: per questa categoria, la probabilità di evoluzione della patologia verso forme più gravi è molto alta (dal 30% al 40%).

**Nel 2008 oltre un milione di persone ha effettuato lo screening del colon retto, tuttavia 1 su 5 tra chi risulta positivo non si sottopone all'approfondimento successivo**



## Armi non convenzionali per uno screening di successo

**U**n 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 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 rosicchiare 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

**Metodicità, caparbietà, professionalità (e un pizzico di fantasia) degli operatori sono gli elementi indispensabili per rendere efficace uno screening**

**«Abbiamo incontrato i medici, i farmacisti, le associazioni di volontariato. Persino il parroco. Abbiamo richiesto, insomma, l'impegno dell'intera comunità**

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, un'ottima 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».



### Fantasia al servizio dell'adesione

**T**ra i programmi di screening organizzato attivi in Italia, quello del tumore del colon presenta un'adesione che può ancora crescere. Allo stesso tempo, tuttavia, il test di primo livello quasi universalmente usato - la ricerca del sangue occulto nelle feci - è di una facilità estrema: una provetta con un tappo che l'utente può aprire e campionare comodamente a casa.

Questa facilità d'uso del test ha consentito quindi di sperimentare diverse soluzioni organizzative, talvolta fantasiose, per semplificare al massimo l'accesso.

«Probabilmente l'esperienza più estrema si verifica in Valle d'Aosta - racconta Grazia Grazzini, dell'Unità operativa di Prevenzione secondaria - Screening all'Istituto di studio e prevenzione oncologica di Firenze - dove un gruppo di volontari della Lega italiana lotta ai tumori ha pensato di utilizzare la seggiovia per consegnare le provette alle persone che vivono nelle zone meno accessibili della montagna».

Un'esperienza unica, al cui fianco vanno però prendendo forma iniziative sempre più strutturate.

#### ■ Farmacisti, medici e postini

«Frequente è il coinvolgimento dei farmacisti», continua Grazzini. «Sono diverse le realtà dove le farmacie sono diventate il punto di distribuzione e raccolta delle provette. Una modalità di organizzazione che probabilmente incontra la sua forma più compiuta a Milano, dove la consegna viene effettuata in tutte le farmacie della città».

Altri programmi hanno visto la partecipazione dei medici di medicina generale.

«Tuttavia, al di là dell'opportunità o meno di delegare questo ruolo al medico di famiglia, diversi studi hanno dimostrato che il successo dipende dalla motivazione del medico. Soltanto i medici motivati ottengono alti livelli di adesione. Inoltre, che un fattore individuale come questo abbia un peso così importante nella risposta degli utenti, si scontra con la filosofia dei programmi di screening, che persegue la riproducibilità su larga scala e la parità nell'accesso per tutti gli aventi diritto».

Ed è per questo che è in corso la

**Spesso la sfida è la consegna della provetta, in Val d'Aosta quando serve si ricorre alla seggiovia, altrove, come a Milano, tutte le farmacie sono coinvolte, ma si sperimenta anche l'invio postale**

### Sangue occulto: basta un campione

A colloquio con Grazia Grazzini, Unità operativa di Prevenzione secondaria - Screening dell'Istituto di studio e prevenzione oncologica, Firenze

***Negli ultimi anni, gli utenti hanno visto cambiare le modalità di indagine per la ricerca di sangue occulto nelle feci. Se prima ricevevano tre provette, da utilizzare in tre momenti successivi, ora ne ricevono soltanto una. Perché?***

*Perché è cambiata la modalità di rilevazione delle tracce di sangue nelle feci. Fino a qualche anno fa, il test in uso era il cosiddetto test al guaiaco, in grado di riconoscere l'emoglobina (senza distinzione tra quella umana e quella animale). Un'indagine che si è dimostrata molto efficace, tanto che oggi disponiamo di numerose evidenze sulla capacità di un programma di screening basato su questo test nel salvare un numero significativo di vite umane nelle popolazioni a cui è offerto. Però, nonostante queste evidenze di efficacia, il test al guaiaco si lascia comunque sfuggire un numero rilevante di lesioni e comporta qualche disagio per gli utenti, che per esempio non possono mangiare carne per evitare di alterare il risultato dell'esame. Attualmente, in Italia, è in uso un test immunoistochimico in grado di rilevare specificamente l'emoglobina umana e che presenta una capacità di trovare un numero di lesioni molto maggiore. Si tratta di un esame nel cui impiego l'Italia è stata capofila, insieme al Giappone.*

***Fare più test non offre comunque una maggiore garanzia di affidabilità dei risultati?***

*No, è il contrario. Se impiegassimo il nuovo test su tre campionamenti successivi, come per quello al guaiaco, avremmo un numero molto elevato di falsi positivi. Rischieremo quindi di mandare a fare un esame invasivo (la colonscopia) un numero molto alto di persone che non ne hanno bisogno.*

sperimentazione di un'altra strategia: la spedizione postale della provetta, «un metodo gradito dagli utenti che lo giudicano molto pratico. Anche sull'efficacia di questa modalità non mancano studi», commenta

Grazzini.

«Uno relativo alla realtà di Firenze, per esempio, ci dice che non si guadagna nell'adesione di chi in genere non risponde agli screening mentre quasi la totalità (il 90 per cento) di quanti vi si sottopongono regolarmente, riconsegna la provetta».

### Spazio per migliorare

I dati dello screening ci dicono che ogni cinque persone con esito positivo al test del sangue occulto, una non aderisce all'invito di effettuare la successiva colonscopia di approfondimento. Poiché con un Sof positivo la probabilità di avere un carcinoma o un adenoma avanzato (cioè un adenoma con un alto rischio di trasformazione verso la malignità) è molto alta (dal 30% al 40%), è invece essenziale che i programmi arrivino a sviluppare strategie efficaci di comunicazione del rischio, per riuscire a modificare questa tendenza. D'altra parte, nello screening la resezione endoscopica è risolutiva per una quota importante di carcinomi e di adenomi, con un evidente impatto sulla qualità di vita delle persone interessate.

Anche la tendenza, dimostrata da entrambi i sessi, di ridurre l'adesione dopo i 70 anni sembra richiedere una riflessione critica. Ancora una volta sono proprio le persone per cui il rischio di malattia è più elevato a sottrarsi ai controlli. I programmi, quindi, dovrebbero verificare se l'informazione che il rischio di malattia aumenta con l'età raggiunge la popolazione in maniera chiara ed efficace.

#### **Ridurre i tempi è una scelta**

Il tempo che intercorre tra un test positivo, l'approfondimento e l'eventuale intervento chirurgico deve essere il minore possibile, per ridurre il carico di ansia delle persone coinvolte. È questo un altro ambito su cui è importante che i programmi riescano a migliorare. Purtroppo ancora oggi in alcune realtà il tempo di attesa è addirittura superiore ai due mesi. Solo una buona programmazione e soprattutto l'assegnazione di risorse adeguate al programma può davvero cambiare questo stato di cose. Sempre più numerose evidenze scientifiche consentono di stimare con accuratezza i carichi di lavoro indotti dallo screening: il reperimento delle risorse previste rappresenta quindi una precisa azione di politica sanitaria interna alle aziende sanitarie locali.

### 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 forma-

zione per apprendere come relazionarsi 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)

**L**à dove il medico di medicina generale è parte attiva nei programmi di screening organizzato 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 punitiforme, 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».

### Non si finisce mai di imparare

«**O**ccorre fare ciò che si sa che serve veramente, dal momento che vengono impiegate risorse. Farlo su problemi prioritari precedentemente individuati. Misurare i risultati di quello che si fa».

Così Maria Elena Pirola, dell'Unità operativa Governo della prevenzione presso la Direzione generale sanità della Regione Lombardia descrive i programmi di screening, «il paradigma perfetto rispetto alle attività di prevenzione».

Un paradigma, in cui la qualità è perseguita con tutti i mezzi disponibili, non ultimo la formazione degli operatori.

«In Lombardia, abbiamo avviato un percorso di formazione dal 2007, dopo che la Regione ha adottato un apposito atto formale».

Si è trattato di un'iniziativa tesa a migliorare la qualità degli esami endoscopici all'interno del percorso di screening attraverso corsi rivolti a gastroenterologi ed endoscopisti. Impresa non semplice dal momento che «i professionisti spesso dimenticano di essere in un sistema e non amano farsi valutare. La formazione serve ad avviare un confronto e comprendere che valutarsi è un vantaggio innanzitutto per se stessi».

Invece l'iniziativa si è dimostrata un successo, tanto da coinvolgere oltre 100 endoscopisti e da registrare indici di gradimento altissimi.

#### ■ In rete il confronto è più facile

«Il primo passo - racconta Pirola - è stato interpellare Aigo, Sige, Sied, le società scientifiche che rappresentano i gastroenterologi e gli endoscopisti e che in Lombardia sono state riconosciute come aventi titolo a interloquire direttamente con gli enti di governo.

Insieme a loro abbiamo costruito un percorso».

Censite le endoscopie che lavorano con i programmi di screening, si è proceduto all'elaborazione di un piano d'azione: «una giornata in aula sui principi dello screening

### Linee guida europee anche per il colon

**a colloquio con Carlo Senore, Centro di riferimento per l'epidemiologia e la prevenzione oncologica in Piemonte**

*Era un tassello che mancava nel campo dello screening del tumore del colon. Una linea guida europea, che, come già avviene da anni per la mammella o il collo dell'utero, consenta un'uniformità di condotta nel Vecchio Continente.*

#### **Ora è finalmente disponibile. Quali sono le caratteristiche?**

*È una linea guida che per almeno un aspetto si differenzia molto da quelle analoghe relative agli altri screening: non indica infatti quale sia il migliore test da usare, ma presenta tutti i test disponibili. Al contrario dello screening mammografico e di quello della cervice uterina, infatti, nel caso del colon-retto sono diverse le opzioni a disposizione. Innanzitutto, al test del sangue occulto nelle feci si affianca l'esame endoscopico. Ma poi esistono diverse declinazioni delle due tipologie di test. Nel caso del Sof, vi è il test al guaiaco ma anche quelli immunologici e nel caso dell'endoscopia, la rettosigmoidoscopia o la colonscopia.*

#### **Ma l'assenza di raccomandazioni univoche non rappresenta un limite?**

*Le linee guida non prendono posizione perché attualmente non c'è consenso sulla maggiore validità di un test rispetto agli altri. Prendono perciò atto di pratiche consolidate e che si sono comunque dimostrate efficaci. Allo stesso tempo, però, le linee guida esplicitano le evidenze scientifiche su cui sono fondate le raccomandazioni e i criteri che hanno portato a emanarle. Inoltre l'assenza di raccomandazioni nella direzione dell'uno o dell'altro esame offre, per lo screening del cancro al colon, un vantaggio non irrilevante: poter tenere conto delle preferenze dell'utente. Un aspetto importante, già evidenziato in alcuni programmi italiani, è che tipologie di pazienti diversi hanno preferenze e soglie di accettabilità del test diverse. Per esempio, dai dati di alcuni programmi italiani è emerso che le donne tendenzialmente preferiscono il test del sangue occulto nelle feci, mentre gli uomini sono più disposti ad accettare il test endoscopico. Disporre di test diversi ma di efficacia paragonabile consente di valorizzare anche questo aspetto. Cosa che negli altri screening non è al momento immaginabile.».*

**«Al di là dell’impatto che potrà avere sugli indicatori, l’esperienza ha già dimostrato una sua utilità: ha consentito infatti di mettere in rete gli operatori»**

a cui sono seguite sei sessioni in sala endoscopica. Sono state le stesse società scientifiche a stabilire dove, sulla base dei requisiti che consideravano i più adatti. Il retraining funzionava in questo modo : un operatore eseguiva la procedura mentre gli altri osservavano e si confrontavano successivamente sui casi».

Per conoscere quanto l’intervento sia stato efficace nel migliorare la qualità degli esami endoscopici occorrerà aspettare il prossimo anno, tuttavia, commenta Pirola «al di là dell’impatto che potrà avere sugli indicatori, l’esperienza ha già dimostrato una sua utilità: ha consentito infatti di mettere in rete gli operatori e coinvolgerli in un percorso che mette in discussione la loro professionalità e li fa familiarizzare con le evidenze scientifiche».





## I gastroenterologi alla rivoluzione degli screening

«L'ingresso nei programmi di screening ha rivoluzionato e sta rivoluzionando la nostra vita professionale». Non usa giri di parole Romano Sassatelli, responsabile del programma di screening del colon retto di Reggio Emilia, per descrivere il mutamento che ha investito la professione di gastroenterologi ed endoscopisti attratti nei programmi di screening.

«I gastroenterologi sostengono da anni l'esigenza di uno screening del colon retto, dal momento che fronteggiano quotidianamente questa patologia e sono ben consapevoli dell'efficacia dello screening nel ridurre la mortalità del cancro (e l'incidenza attraverso la polipectomia)».

Tuttavia, benché la comunità dei gastroenterologi fosse ben disposta all'ingresso nei percorsi dello screening, l'integrazione effettiva ha richiesto un adattamento delle competenze a un contesto caratterizzato da logiche peculiari.

«Gli endoscopisti - spiega Sassatelli - che sono stati spesso attori primari nel programma di screening, si sono dovuti comunque confrontare con modelli organizzativi ed epidemiologici già programmati a livello regionale. Un percorso non da poco, che ha significato rivedere l'impostazione culturale e ricollocare la propria professionalità al servizio del programma».

«Innanzitutto, è stato necessario saper affrontare il problema del paziente asintomatico. Per di più in un momento fondamentale: quello che lo porta il più delle volte dall'essere sano ad avere la consapevolezza della malattia. È un passaggio importante che deve essere accompagnato con un'ideale informazione».

### ■ Un'occasione per ripensare la professione

Ma l'evoluzione professionale che ha investito i gastroenterologi a confronto con gli screening non finisce qui: «Abbiamo dovuto acquisire competenze che consentissero di relazionarci a una realtà epidemiologica e di popolazione come quella dello screening», racconta Sassatelli. «È comprendere l'utilità e i limiti del test di primo livello. Ci è stato necessario imparare una finalizzazione adeguata della documentazione e della statistica connessa, giacché tutti i programmi di screening chiedono un rientro informativo accurato su numerosi indicatori. Inoltre abbiamo dovuto riorganizzare in maniera appropriata la gestione delle risorse endoscopiche tra programmi di screening e attività che non vi rientravano».

I mutamenti, tuttavia, si sono fatti sentire anche in sala endoscopica: «I pazienti provenienti dagli screening presentano una percentuale di lesioni che richiedono un intervento chirurgico maggiore rispetto a chi accede all'endoscopia al di fuori dei programmi. Inoltre si riscontra un numero consistente di adenomi ad alto rischio e si ha una maggiore incidenza di adenomi cancerizzati. Questa tipologia di lesione richiede per sua natura un ragionamento accurato e complesso con il paziente, il chirurgo e l'anatomopatologo, costringendoci a una gestione più organica della malattia».

**I gastroenterologi sostengono da anni l'esigenza di uno screening del colon retto, fronteggiando quotidianamente questa patologia, conoscono la capacità di prevenzione dello screening**

**Le lesioni individuate dallo screening richiedono un ragionamento accurato e complesso con il paziente e l'equipe curante e quindi una gestione più organica della malattia**

I gastroenterologi, infine, sono diventati parte attiva nella gestione del follow up dei pazienti: «in genere si dà al paziente una raccomandazione di follow up e poi è il medico di medicina generale a gestire i controlli successivi. Alcuni programmi, invece, stanno cominciando a regolare attivamente questo aspetto. E il follow up in tal modo è gestito in maniera più appropriata».

Conclude Sassatelli: «la cultura della ricerca della qualità professionale, cui tendono molti gastroenterologi endoscopisti, ha trovato, nello screening, un modo per concretizzare ulteriormente il contributo di questa disciplina, apprendendo a collocarlo in un contesto nuovo e affascinante».

# I numeri





I dati che presentiamo in queste pagine sono stati forniti dai singoli programmi di screening, controllati dai rispettivi centri regionali di riferimento e quindi aggregati a livello nazionale ed elaborati dal Registro tumori del Veneto, su incarico del ministero della Salute, tramite l'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 per lo screening dei tumori coloretali (Giscor). 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.** Nel 2006-07 l'attività di screening ha visto un'eccezionale accelerazione, arrivando a invitare complessivamente circa quattro milioni e settecentomila persone, con un'adesione del 44%. Come illustra la tabella, le persone che effettivamente si sono sottoposte allo screening sono passate da 540.000 a due milioni, la grande maggioranza delle quali lo faceva per la prima volta (88% nel 2006, 80% nel 2007). Il numero di carcinomi individuati è salito da 1.422 a quasi 5.000 e quello degli adenomi avanzati addirittura da circa 6.000 a oltre 23.000. L'intervento di resezione endoscopica è stato risolutivo per una quota importante di carcinomi, con un evidente impatto sulla qualità di vita delle persone.

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

	2004-05	2006-07	solo 2008	Standard accettabile Giscor
Numero di persone invitate	1.158.806	4.693.213	2.723.655	-
Adesione all'invito	47%	44%	45%	>45%
Numero di persone sottoposte a screening	<b>541.720</b>	<b>2.058.544</b>	<b>1.224.588</b>	-
Numero di persone richiamate a colonscopia	27.906	111.538		-
Proporzione di persone con test positivo	5,2%	5,4%		Primo esame: <6% Esami successivi: <4,5%
Proporzione di aderenti all'approfondimento	82,1%	79,8%		>85%
Proporzione di colonscopie complete	89,6%	88,7%		>85%
Numero di carcinomi individuati	1.422	4.949		-
Tasso di identificazione dei carcinomi (x 1000 sottoposti a screening)	2,6‰	2,4‰		Primo esame: >2‰ Esami successivi: >1‰
Numero di adenomi avanzati individuati	<b>5.942</b>	<b>23.282</b>		-
Tasso di identificazione degli adenomi avanzati (x 1000 sottoposti a screening)	11‰	11,3‰		Primo esame: >7,5‰ Esami successivi: >5‰
Proporzione di tumori trattati con resezione endoscopica	16,4%	16,3%		non definito

**Tabella 2.** L'adesione all'invito è superiore nelle donne rispetto agli uomini, ma in entrambi i sessi si riduce nella fascia d'età sopra i 70 anni, in cui invece il rischio di malattia è più elevato.

2007-08						
Fascia d'età	50-54	55-59	60-64	65-69	70+	Totali
Uomini	37%	43%	46%	46%	43%	<b>37%</b>
Donne	44%	50%	51%	48%	44%	<b>44%</b>

**Tabella 2.**  
Programmi Sof.  
Adesione per età e sesso

**Tabella 3.**  
**Programmi Sof: tempi di attesa**

**Tabella 3.** Il tempo che intercorre tra un test positivo, l'approfondimento e l'eventuale intervento chirurgico deve essere il minore possibile, per ridurre il carico di ansia delle persone coinvolte. Su questo fronte, nonostante un miglioramento rispetto al periodo 2004-05, permane la difficoltà a garantire in tempi brevi la colonscopia alle persone per cui il Sof risulta positivo.

	2004-05	2006-07	Standard accettabile Giscor
Percentuale di persone che eseguono l'approfondimento entro 30 giorni dal test positivo	45,1%	54,3%	>90%
Percentuale di persone sottoposte a intervento chirurgico entro 30 giorni dalla diagnosi	-	63,9%	>90%

**Tabella 4.**  
**Programmi Sof: principali indicatori per area geografica**

**La tabella 4** sottolinea il ritardo di Sud e Isole per quanto riguarda sia la diffusione dei programmi, sia l'adesione da parte della popolazione. I tassi di identificazione nell'Italia settentrionale sono più elevati rispetto alle altre aree: è possibile che i valori osservati siano correlati alla frequenza di malattia, che in queste Regioni è maggiore. L'elevata positività al Sof riscontrata nell'Italia meridionale potrebbe dipendere, in un quadro di bassa adesione, a fenomeni di autoselezione degli aderenti.

	Nord			Centro			Sud - Isole		
	2004-05	2006-07	2008	2004-05	2006-07	2008	2004-05	2006-07	2008
Numero di persone sottoposte a screening	306.917	1.663.896	953.158	217.494	352.629	210.879	15.028	71.274	60.551
Adesione all'invito	46%	44%	46%	50%	49%	47%	24%	30%	41%
Proporzione di persone con test positivo	5,7%	5,5%		4,4%	4,7%		6,8%	6,9%	
Tasso di identificazione dei carcinomi	3‰	2,7‰		1,8‰	2,2‰		nd	2,2‰	
Tasso di identificazione degli adenomi avanzati	14‰	13,2‰		7,5‰	8,9‰		nd	7,8‰	



**Tabella 5.** In Italia programmi che utilizzano la Rs sono 7 e complessivamente hanno esaminato circa 7.600 persone nel 2006 e 8.700 nel 2007.

L'adesione media all'invito è inferiore al 30%, minore quindi di quella osservata nei programmi basati sulla ricerca del sangue occulto fecale. In entrambi gli anni la quota di invii ad approfondimento eccede lo standard di riferimento. Va sottolineato che solo in metà dei casi il richiamo è dovuto alla presenza di adenomi avanzati, che costituiscono la categoria diagnostica per cui è documentato un aumento sostanziale del rischio di lesioni avanzate nel colon prossimale. Gli altri indicatori sono in linea con gli standard; in particolare va evidenziato il tasso di identificazione degli adenomi, che è circa quattro volte maggiore rispetto ai programmi Sof, a indicare l'elevato potenziale di prevenzione di questa strategia di screening.

**Tabella 5.**  
**Rettosigmoidoscopia:**  
**risultati principali nel 2006**  
**e 2007**

	2006	2007	2008	Standard accettabile GISCoR
Numero di persone invitate	26.747	32.159	29.028	-
Adesione all'invito	28%	27%	28%	>45%
Numero di persone sottoposte a screening	7.589	8.678	8.135	-
Numero di persone richiamate a colonscopia	840	974	-	-
Proporzione di persone con test positivo	11,1%	11,3%	-	<8%
Proporzione di aderenti all'approfondimento	91,4%	90%	-	>90%
Numero di adenomi avanzati individuati	448	483	-	-
Tasso di identificazione degli adenomi avanzati (x 1000 sottoposti a screening)	59‰	56‰	-	>35‰
Numero di carcinomi individuati	35	38	-	-
Tasso di identificazione dei carcinomi (x 1000 sottoposti a screening)	4,6‰	4,4‰	-	>3‰
Proporzione di tumori trattati con resezione endoscopica	5,9%	13,2%	-	nd



**Convincere senza amplificare i vantaggi,  
né nascondere i rischi:  
ecco la sfida che i programmi di screening  
hanno accolto in questi anni.  
Oggi l'obiettivo è l'adesione consapevole**

[www.osservatorionazionale screening.it](http://www.osservatorionazionale screening.it)

