

I PROGRAMMI DI SCREENING IN ITALIA **2011**



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

Nota

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

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

Elaborazione dei dati e commenti

Chiara Fedato, Istituto oncologico veneto - Irccs, Padova
Manuel Zorzi, Registro tumori Veneto, Padova

Testi e interviste

Antonino Michienzi, agenzia di editoria scientifica Zadig

Redazione

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

Coordinamento editoriale

Eva Benelli, agenzia di editoria scientifica Zadig

Creatività ed impaginazione

Teresa Burzigotti

Osservatorio nazionale screening

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

Zadig editore

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

Prefazione	5
Introduzione	7
Gli screening sul campo	10

Ricerca e innovazione	13
Promozione della qualità	15
Lotta alle diseguaglianze	19

Le domande di fondo	22
I numeri dello screening	24

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

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

LA COMPETENZA SI FA SISTEMA

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

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

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

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

Struttura leggera, maggiore valenza istituzionale.

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

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

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

Antonio Federici
*Responsabile prevenzione oncologica,
ministero della Salute*

L'OSSERVATORIO NAZIONALE SCREENING

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

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

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

Comitato di indirizzo:

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

Membri dell'attuale Comitato esecutivo:

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

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

Funzioni:

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

LO SCREENING AL TEMPO DELLA CRISI

Le performance dei programmi di screening per il cancro del colon retto continuano a migliorare: aumentano l'estensione e l'adesione, si affinano i processi di valutazione e si esplorano nuove strade per rendere più efficiente lo screening. Ma la crisi potrebbe rappresentare un freno

Il titolo è un po' altisonante, ma la questione è molto attuale. Infatti, se esaminiamo i dati della diffusione degli screening vediamo che alcuni programmi hanno registrato ulteriori progressi a livello nazionale. Tra questi, lo screening coloretale è forse quello che può vantare la maggiore crescita. Il 2010, tuttavia, rischia di essere l'ultimo degli anni di espansione. L'attuale grave crisi economica, infatti, con le riduzioni dei bilanci alle politiche sanitarie delle singole regioni, potrebbe avere conseguenze drammatiche anche per il mondo degli screening.

Delle difficoltà storiche dei programmi nelle regioni del Sud Italia, insieme a quelle portate alla ribalta dalla crisi ragionano *Renato Pizzuti* (Campania) e *Liliana Rizzo* (Calabria). Entrambi, tuttavia, mettono in luce come i piani di rientro, imponendo un lavoro approfondito di razionalizzazione, possano trasformarsi in un'occasione importante.

❖ Dall'appropriatezza l'obiettivo della maggiore efficienza

In effetti il tema dell'efficienza (il miglior modo di impiegare le scarse risorse a disposizione) diviene sempre più cruciale. Il miglioramento dell'efficienza si può raggiungere in tanti modi: il metodo che il mondo degli screening vorrebbe proporre, prima di tutto a se stesso, ma anche al resto del sistema sanitario, è quello dell'appropriatezza.

Appropriatezza tecnologica e organizzativa. E questi rapporti, così come i convegni annuali come

quello di Firenze 2011, sono occasioni per dare conto e riflettere su alcuni esempi di ricerca di una maggiore efficienza attraverso l'appropriatezza.

L'esperienza della Regione Piemonte, come ci racconta *Nereo Segnan*, riflette lo sforzo di un'offerta più corretta, efficiente e appropriata, da raggiungere anche attraverso lo strumento normativo: una delibera ha posto dei paletti molto precisi all'erogazione gratuita dei test di primo livello. Un'architettura complessa, che coinvolge i programmi e i loro interlocutori, medici di medicina generale e specialisti, diventata pienamente operativa da poco più di un anno, ma già promettente nei primi risultati.

Un percorso completamente diverso, ma altrettanto promettente, è quello della ricerca sulla colonscopia virtuale come test di screening di primo livello. Ce ne parlano *Daniele Regge*, *Lapo Sali*, *Luigi Bisanti*, responsabili di tre diversi trial destinati a indagare vantaggi e costi del ricorso alle tecnologie virtuali. La questione della valutazione delle nuove tecnologie ci porta anche a ragionare di un ipotetico screening del futuro: quello per il tumore al polmone. *Eugenio Paci* ci racconta che cosa si sa (e magari è promettente) al momento attuale e che cosa si debba ancora studiare per poter prendere decisioni corrette.

❖ Ricercando la qualità

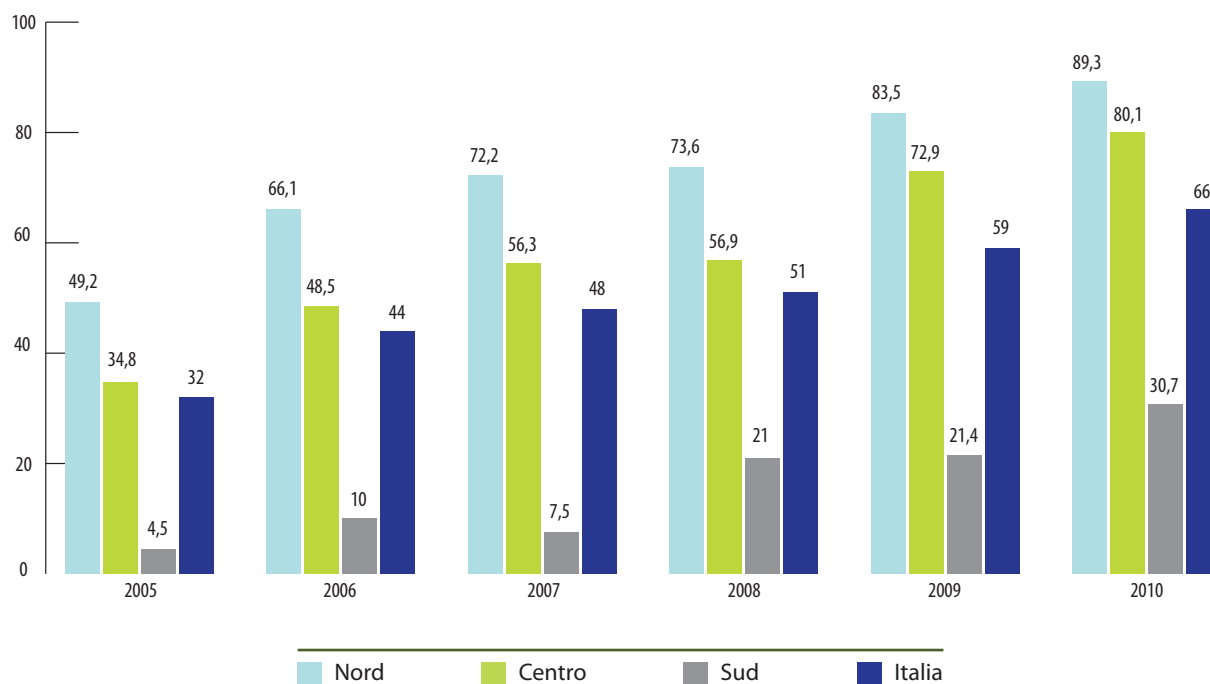
I rapporti affrontano anche temi tradizionali del mondo degli screening, a cominciare dal monitoraggio e il miglioramento continuo della qualità. Con questo spirito è

stato avviato un progetto di valutazione della qualità delle colonscopie, condiviso tra Ons e Società italiana di endoscopia. Ce ne parlano *Manuel Zorzi* e *Cesare Hassan*, sottolineando che l'obiettivo è arrivare al livello del singolo endoscopista.

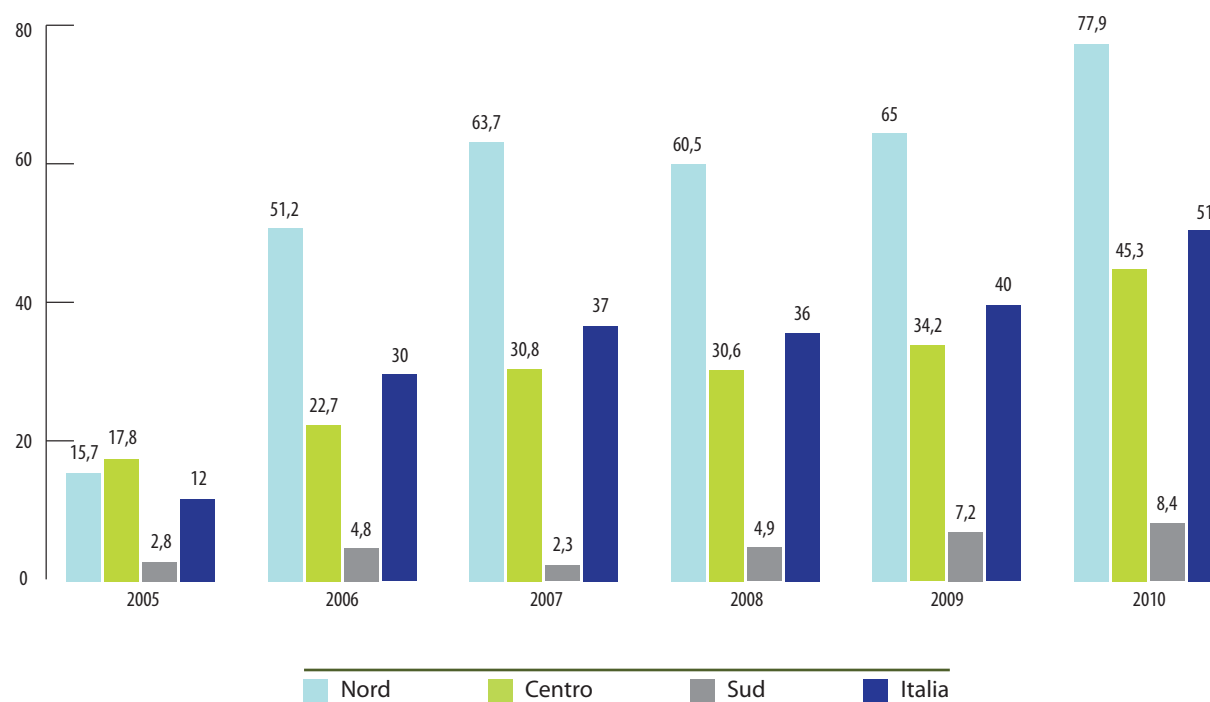
Tra appropriatezza e ricerca della qualità si colloca un altro progetto sperimentale che impegna molto l'Ons in questo periodo: le "site visit". Allo studio la possibilità che un gruppo di esperti qualificati a livello nazionale, dopo un'analisi accurata della singola situazione, visiti in loco i diversi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

L'occasione è propizia per ringraziare sia gli esperti nazionali che dedicano parte del loro tempo a questa opera, sia i programmi che volontariamente hanno richiesto di essere "visitati", esperienza che riferiamo dalla viva voce del coordinatore di uno di questi: *Giovanni De Pretis*. Questo aspetto di collaborazione e contemporaneamente di disponibilità a farsi giudicare è una ricchezza vera del mondo degli screening, che raramente è presente altrove. Valutazione e analisi può essere anche "autoanalisi" e *Angelo Tanese* ne dà conto illustrando le modalità e le logiche della rendicontazione sociale, cioè i modi in cui il mondo dello screening racconta se stesso alle altre comunità: da quella medica, agli stakeholder, alla popolazione generale, ma solo dopo un rigoroso percorso di analisi su se stesso. Non manca un tema classico per gli screening: le diseguaglianze e come i programmi di screening si attrezzano per valutarle e ridurle. Il

Estensione nominale dei programmi di screening del tumore del colon retto per zona geografica 2005-2010



Estensione effettiva dei programmi di screening del tumore del colon retto per zona geografica 2005-2010



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

❖ I numeri dello screening del colon retto

Per quanto riguarda il commento più dettagliato ai dati dello screening coloretale, la figura 1 riporta la copertura dei programmi (estensione nominale) dal 2005 al 2010.

Questa figura ci dice quale proporzione di persone fra i 50 e i 69 anni vivono in una area dove sono attivi programmi di screening.

Complessivamente registriamo un netto aumento: si passa infatti dal 59 % al 66%, con una crescita omogenea in tutte le tre macro aree.

Anche l'estensione effettiva rappresentata nella figura 2, cioè la percentuale di persone in età target che effettivamente hanno ricevuto un invito secondo gli intervalli previsti (2 anni per la ricerca del sangue occulto, una volta nella vita per la sigmoidoscopia) mostra un sensibile aumento: si passa dal 40% al 51%. Il miglioramento è attribuibile al Nord e al Centro e, ancora una volta, solo marginalmente al Sud .

❖ Il punto di vista di "Passi"

Anche quest'anno accompagniamo il dato della survey Ons con l'informazione raccolta dal Sistema di sorveglianza Passi, che misura la percentuale di persone che hanno effettuato o una ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni, oppure un esame endoscopico (rettosigmoidoscopia o colonscopia) negli ultimi cinque anni.

Circa il 29% (un leggero aumento di 2 punti rispetto alla rilevazione

dell'anno precedente) delle persone 50-69enni dichiara di aver effettuato una ricerca del sangue occulto nel corso dei precedenti due anni (il 44% al Nord, il 31% al Centro e solo l'11% al Sud). Dati che sono in buon accordo con quelli Ons quando si prenda in considerazione sia il dato dell'estensione effettiva, sia quello della partecipazione. Anche a livello di Regioni si trova una buona sovrapposizione tra le due fonti. Inoltre il 12% delle persone intervistate riporta di avere eseguito una rettosigmoidoscopia o una colonscopia nei cinque anni precedenti.

Questo ultimo dato non è confrontabile direttamente con la nostra rilevazione perché la colonscopia non rientra tra le procedure di screening raccomandate e la sigmoidoscopia come test primario di screening viene proposto solo nella Regione Piemonte e nel programma di Verona.❖



CAMPANIA: I NODI DA SCIOGLIERE

I programmi in Regione sono attivi da tempo, ma invitano poco. Colpa dell'organizzazione che fa fatica a strutturarsi in maniera efficiente e delle risorse, che, anche quando sono disponibili, si fa fatica a investire. Ora la crisi potrebbe complicare le cose

È un male tutto italiano quello che affligge gli screening campani. Una partenza sprint, al pari delle eccellenze, che però si esaurisce in breve mostrandosi incapace di consolidarsi in efficiente ordinaria amministrazione.

E così accade che l'estensione teorica dei programmi di screening in Campania sia ampia e perfettamente in linea con i migliori standard, ma quando si passa a quella reale si registra un crollo.

I programmi, in sostanza, ci sono. Però non invitano la popolazione target.

Basta guardare i dati relativi allo screening per il cancro del seno. Nel 2008 l'estensione teorica era superiore all'85%, ma nei fatti, con 145 mila donne invitate, i programmi hanno raggiunto poco più del 45% delle aventi diritto allo screening.

A determinare questi dati «concorrono numerosi fattori», spiega Renato Pizzuti, responsabile dell'Osservatorio epidemiologico regionale. «Di certo vi sono criticità nel servizio offerto, ma non è migliore la cultura della prevenzione». E poi, come avviene in altre Regioni, gioca un peso di rilievo lo screening spontaneo. Secondo i dati rilevati dal sistema di sorveglianza Passi, più di una mammografia e di un test per il sangue occulto fecale su tre vengono eseguiti al di fuori dei programmi organizzati di screening. Mentre il rapporto è addirittura invertito per il Pap test: solo una donna su tre lo fa all'interno degli screening.

Sarebbe utile un nuovo modello organizzativo

❖ Organizzazione da rivedere

Secondo Pizzuti bisogna andare all'origine dell'organizzazione dei programmi di screening per comprendere perché la Campania non riesca a ottenere migliori performance. «Un primo problema - spiega - è che i centri che fanno screening non sono dedicati, ma svolgono funzioni consultoriali tout court. Significa che lo screening è una delle numerose attività erogate, con tutto quel che ne discende dal punto di vista della gestione del lavoro e della disponibilità di risorse». Eppure in Regione esiste da tempo un modello da seguire. Negli anni Novanta la Campania si era data un'organizzazione molto rigorosa delle strategie di vaccinazione affidandole ai centri vaccinali, comunque afferenti all'area materno-infantile, ma con un'organizzazione autonoma: centri dedicati esclusivamente a questa attività e seguono tutto il processo vaccinale, dagli aspetti amministrativi, con le gestioni delle liste per i richiami, alla somministrazione vera e propria.

«Con questa articolazione - aggiunge Pizzuti - si sono raggiunte coperture vaccinali di tutto rispetto».

Tra le lacune, Pizzuti identifica la ridotta attività di informazione alla popolazione e, salvo in pochi casi, anche lo scarso coinvolgimento dei medici di medicina generale.

Altra importante criticità è costituita da un sistema informativo ancora immaturo, «come del resto in buona parte d'Italia. Sarebbe risolutivo in tal senso un intervento del ministero della Salute che, a partire dalle esperienze delle Regioni più avanzate e dal progetto Mattoni, ne definisca almeno i contenuti standard e le modalità di raccolta

dati in maniera omogenea in tutto il Paese».

❖ Piove sul bagnato

Di certo il momento non aiuta a migliorare il sistema. La Campania è tra le Regioni sotto osservazione e soggetta a piano di rientro. Significa regole più stringenti e risorse (ancor più) limitate.

«Certo, più che la mancanza di risorse - precisa Pizzuti - il problema è consistito nella difficoltà incontrate nella loro allocazione».

Si pensi al caso dello screening del colon retto che «a oggi, in Regione, è limitato a pochi programmi locali. L'ampliamento dell'estensione dell'offerta è un obiettivo fissato fin dal Piano regionale della prevenzione 2005-2009. E le risorse economiche per iniziare a farlo non mancherebbero. Tuttavia, il Piano di rientro ci impedisce di reclutare personale e quindi di far partire nuovi programmi».

D'altra parte, il divieto di assumere nuovi operatori non si ripercuote solo sull'impossibilità di attivare nuovi servizi, ma anche nel far sopravvivere quelli già attivi. «Se i nostri colleghi vanno in pensione - dice Pizzuti - e non esiste la possibilità di una sostituzione quanto meno parziale, è normale che il sistema entri una fase di ulteriore sofferenza».

Di fronte allo scadimento del servizio, la risposta della popolazione potrebbe essere o un allontanamento dalla prevenzione o un maggiore ricorso allo screening spontaneo.

Intanto, tra i provvedimenti attuati di recente c'è l'accorpamento delle Asl campane su base provinciale. «L'intervento, tagliando il numero

delle unità operative territoriali, potrebbe rischiare di indebolire ulteriormente i programmi di screening riducendo la loro capacità di venire a contatto con la popolazione», sostiene Pizzuti, che tuttavia ci vede anche potenziali vantaggi. «Può trattarsi anche di un'occasione per organizzare meglio le risorse e rendere più efficienti i programmi»

Ripercorrendo l'elenco dei nodi

campani, Pizzuti non manca di individuare un'altra peculiarità. «Come consigliato dall'Osservatorio nazionale screening, anche in Campania è stato attivato un centro di coordinamento regionale, il Crpo, Centro regionale prevenzione oncologica. Una struttura con funzioni analoghe a quello che ha l'Ispo in Toscana, per intenderci».

«Tra i ruoli che gli competono, a supporto della programmazione

regionale, ci sono la formazione, i controlli di qualità, la comunicazione, il sistema informativo». Il Centro campano fa capo all'Università Federico II.

«Questa differenza di estrazione lo ha spesso reso di fatto distante dall'organizzazione del territorio. Per questo - sottolinea - sarebbe auspicabile una maggiore integrazione rimodulando, se necessario, le scelte programmatiche».✦

CALABRIA: OBIETTIVO SCREENING

Finora i risultati erano più connessi all'impegno dei singoli che all'efficienza del sistema. Ma dalla fine del 2010, l'attuazione dei programmi di screening è stata inserita tra gli obiettivi dei direttori generali delle Asl. E le cose dovrebbero cambiare

È un mix di fattori quello che porta i programmi organizzati di screening della Calabria ad avere performance peggiori rispetto alla media nazionale, anche se in linea con tutto il Sud Italia. «La ridotta sensibilizzazione della popolazione nei confronti della prevenzione, la scarsa accessibilità dei servizi, da ricondurre a caratteristiche orografiche del territorio regionale, i lunghi tempi di attesa dovuti alla mancanza di risorse dedicate, il marcato ricorso allo screening opportunistico», spiega Liliana Rizzo, del dipartimento Tutela della salute e politiche sanitarie della Regione Calabria.

«Tuttavia - aggiunge - la criticità maggiore è la mancanza, a livello delle aziende sanitarie, del riconoscimento dello screening come sistema organizzato, nel quale gli operatori devono essere coinvolti, condividendo un obiettivo comune. A questo si è aggiunta finora la scarsa attenzione dei vertici aziendali. Per di più il frequente turnover dei vertici a livello del dipartimento Tutela della salute e delle singole aziende ha impedito di fatto una

programmazione a lungo termine». Tanto che, afferma Rizzo, «i risultati raggiunti sono prevalentemente dovuti alla buona volontà e alle iniziative dei singoli operatori»

✦ Problemi affrontati alla radice

Da circa un anno, tuttavia, le cose stanno prendendo una piega diversa. «Il Centro regionale di riferimento degli screening ha colto l'occasione offerta a fine 2010 dal cambio dei direttori generali delle aziende sanitarie per includere fra gli obiettivi degli stessi l'attuazione a regime dei programmi di screening oncologico», racconta la referente regionale. «In più, ha ritenuto opportuno predisporre, in ciascuna azienda sanitaria, incontri con la direzione aziendale e con tutti i professionisti coinvolti ai vari livelli nei programmi di screening, allo scopo di analizzare i problemi esistenti e individuare in maniera sistemica le possibili strategie per il superamento delle criticità locali». Nell'ultimo anno, inoltre, il Centro regionale di riferimento degli

screening ha investito molto nel retraining degli operatori e ha siglato un accordo con la Lilt per una campagna di comunicazione. E gli sforzi hanno dato i primi frutti: «Si sono avuti immediati riscontri positivi, che dovrebbero tradursi in un miglioramento dell'andamento complessivo dei programmi», compatibilmente, quanto meno, con il piano di rientro, il blocco delle assunzioni e la necessità di ridurre le spese. «Tuttavia - ha precisato Rizzo - il piano di rientro può essere considerato anche un'opportunità positiva, in quanto la razionale distribuzione delle risorse che ne deriva rappresenta l'occasione dalla quale gli screening potrebbero trarre giovamento».✦



IL PIEMONTE COGLIE I PRIMI FRUTTI

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

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

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

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

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

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

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

❖ A ciascuno il suo

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

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

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

❖ Cala lo spontaneo

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

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

LO SCREENING TESTA IL VIRTUALE

La colonscopia virtuale potrebbe essere più efficace dei test oggi in uso e aumentare l'intervallo tra due round di screening. Ma quali sono i costi? Tre sperimentazioni italiane stanno cercando di chiarire se il nuovo esame ha le caratteristiche per un impiego "di popolazione"

La tecnologia avanza e lo screening si adegua, valutando se le nuove opzioni diagnostiche disponibili possiedono le caratteristiche necessarie per farne un test di screening sulla popolazione. È il caso della colonscopia virtuale (o se si preferisce colongrafia Tc), che negli ultimi anni è sotto l'occhio dei riflettori per i vantaggi che potrebbe offrire rispetto alla ricerca del sangue occulto nelle feci e alla colonscopia o alla rettosigmoidoscopia come test di screening di primo livello.

«Rispetto al primo test - spiega Grazia Grazzini, dell'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (Ispo) di Firenze - potrebbe anticipare la diagnosi, che il Sof consente solo quando un polipo è sufficientemente grande da produrre sanguinamenti e aumentare il periodo tra due round di screening. Rispetto ai secondi rappresenta un'opzione meno invasiva e quindi potrebbe essere meglio accettata dalla popolazione target».

Tuttavia, l'esame non è privo di zone d'ombra. «A oggi non è esattamente nota l'efficacia della colonscopia virtuale nell'identificare i polipi, soprattutto quelli più piccoli», precisa Grazzini. «Inoltre, a differenza della colonscopia tradizionale, una volta identificata la lesione, non consente di eliminarla: è necessario eseguire una colonscopia tradizionale. E questo comporta un aumento dei disagi per l'utente (che si sottopone a un duplice esame e a una doppia preparazione) e di costi per il sistema sanitario.

❖ Colonscopia virtuale alla prova

I diversi studi che negli ultimi anni sono stati avviati o sono in fase di

preparazione in Italia si propongono di fugare proprio questi dubbi. Il primo - e l'unico già avviato - è quello in corso in 8 centri piemontesi e in 2 veneti. Si chiama Proteus. «Ma il nome non ha niente a che vedere con la mitologia greca», ci tiene a precisare Daniele Regge, direttore dell'Uoa di Radio-diagnostica dell'Istituto per la ricerca e la cura del cancro di Candiolo (Torino) e coordinatore del progetto di ricerca. Richiama invece un film di fantascienza della metà degli anni Sessanta (*Fantastic Voyage* di Richard Fleischer, Viaggio allucinante nella versione italiana) in cui un gruppo di scienziati, a bordo di un sottomarino (il Proteus appunto), venivano miniaturizzati per entrare nel corpo e salvare la vita di uno scienziato in fuga dall'Unione Sovietica.

«Lo studio - illustra Regge - prevede l'invito di 26.000 persone, sperando nella partecipazione di 5.000. Una metà riceverà la colonscopia virtuale, l'altra l'esame di screening impiegato nella Regione Piemonte: la rettosigmoidoscopia. Innanzitutto verrà confrontata la capacità diagnostica dei due esami, misurando il tasso di identificazione di adenomi avanzati, la lesione che precede il tumore maligno. La rettosigmoidoscopia è infatti un test che ha già dato prova di funzionare bene, ma ha il difetto di non farci vedere l'ultima parte dell'intestino. In secondo luogo, sarà misurata l'adesione alle due modalità di invito».

❖ Innovazione a tutto campo

Oltre alla colonscopia virtuale, lo studio Proteus sta mettendo alla prova un metodo di lavoro e una

tecnologia innovativi. Le immagini acquisite con la colonscopia virtuale saranno lette in maniera centralizzata e in remoto in un unico centro: ciò consente di migliorare la qualità di lettura degli esami, dal momento che vengono impiegati soltanto radiologi dedicati e con esperienza. Inoltre, la sperimentazione prevede l'impiego di un software Cad (*Computer assisted detection* - diagnosi assistita dal computer), che migliora la qualità e riduce i tempi di lettura.

«Il vantaggio di un sistema Cad è quello di proporre automaticamente i sospetti polipi al radiologo, che, invece di guardare l'intero set di immagini, può concentrare la propria attenzione sulle aree sospette», dice Lapo Sali, dell'Università di Firenze e tra gli autori di un secondo studio (Save) ai nastri di partenza nel capoluogo toscano. Sali rassicura sull'affidamento totale al software: «il radiologo esegue comunque sempre una visione veloce dell'intero set di immagini per verificare che il programma non si sia fatto sfuggire qualcosa». Lo studio fiorentino coinvolgerà 14 mila persone tra i 55 e i 65 anni che non si sono ancora sottoposte a screening e confronterà la colonscopia virtuale (in 5.000 persone), sia con la ricerca del sangue occulto nelle feci (8.000), sia con la colonscopia ottica (1.000).

In questo caso, «oltre alla resa diagnostica e all'accettabilità del nuovo test, sarà valutato l'impiego di risorse rispetto a 3 round di sangue occulto: mentre infatti quest'ultimo si esegue di norma ogni 2 anni, le prime indicazioni disponibili nella letteratura scientifica ipotizzano la possibilità di eseguire la colonscopia virtuale ogni 5 anni», illustra Sali. Particolarmente impor-

tante sarà definire la quota di partecipanti allo screening che sarà inviata al secondo livello. La colonscopia è più sensibile del test del sangue occulto nelle feci riuscendo a identificare polipi molto piccoli: ciò, se da una parte potrebbe essere garanzia di un maggiore anticipo diagnostico, dall'altra rischia di aumentare a dismisura il ricorso alla colonscopia tradizionale. Il protocollo fiorentino prevede che si intervenga con l'asportazione (tramite colonscopia tradizionale) soltanto per polipi di dimensioni maggiori ai 6 millimetri.

❖ Massimizzare l'accettabilità

Un terzo studio sta per partire anche a Milano. «Al momento stiamo ancora lavorando sul protocollo, per fare in modo che i risultati dei diversi studi in corso o in fase di partenza in Italia siano quanto più possibile confrontabili», spiega Luigi Bisanti, direttore del servizio di Epidemiologia della Asl di Milano e direttore degli screening oncologici della città. Ciò consentirebbe di trarre conclusioni molto più solide di quelle derivanti dall'analisi di una singola ricerca.

Anche quello di Milano confronterà le tre tecniche di screening e valuterà, inoltre, se esistano margini per rendere più accettabile il test. «Come per quella tradizionale, anche la colonscopia virtuale prevede la preparazione del paziente, che deve osservare restrizioni alimentari e assumere dei farmaci catartici prima dell'esame», dice Bisanti. La preparazione può diventare molto fastidiosa se si è costretti a ripeterla in un breve lasso di tempo per sottoporsi a una colon-

OLTRE LA PAURA

«Ebbi una gran paura». Doretta, fiorentina, prossima ai 70 anni, racconta la sua esperienza con lo screening per il cancro del colon retto. Dalla telefonata del centro screening, seguita a un test del sangue occulto risultato positivo, fino all'esecuzione della colonscopia, che ha poi dato esito negativo.

«Una reazione normale. Ci si preoccupa in quei momenti», dice. E non soltanto per il timore di avere un cancro. «Avevo paura anche dell'esame, della colonscopia che fino ad allora non avevo mai fatto». Al punto da chiedere di posticipare l'esame di una settimana. «Non mi sentivo pronta, ma alla fine mi sono convinta. Ho seguito alla lettera la prescrizione, bevendo fino all'ultima goccia della preparazione». Il giorno dell'esame, Doretta preferisce non ricorrere alla sedazione, «ma poi provai dolore e allora la richiesi. E da quel momento tutto è andato per il meglio».

Se le si chiede la sua impressione sullo svolgimento dello screening, la risposta sono soltanto tre aggettivi: «Bravi, attenti, veloci».

scopia tradizionale per rimuovere i polipi. «Per questa ragione lo studio valuterà qual è la minima dose efficace di farmaci catartici per avere un colon pulito. Somministreremo a un gruppo una preparazione molto simile a quella che si usa per la colonscopia ottica, mentre per un altro sarà prevista la restrizione alimentare seguita dall'assunzione di un lassativo più blando, prevedendo inoltre una classe intermedia». Se l'opzione minima sarà confermata, sarà un ulteriore punto a favore della colonscopia virtuale. Tuttavia, per avere un quadro complessivo dei benefici e dei costi occorrerà attendere ancora qualche anno.❖

COLONSCOPIA: VALUTAZIONE AL MILLIMETRO

Un programma, frutto della collaborazione tra Società italiana di endoscopia digestiva e Ons, prevede di valutare la qualità delle colonscopie fino a un livello di dettaglio mai raggiunto: quello del singolo endoscopista. L'obiettivo è chiaro: correggere il singolo per migliorare il sistema

Non è un mistero che il miglioramento della qualità passi inevitabilmente dalla valutazione delle prestazioni. E nel caso delle colonscopie, eseguite sia all'interno sia al di fuori dei programmi di screening organizzato, gli indicatori non mancano: «la completezza dell'esame (cioè se si riesce a esplorare tutto il colon fino al cieco) il numero di lesioni identificate, il numero di complicità», spiega Manuel Zorzi, del Registro Tumori del Veneto di Padova e referente regionale dei programmi di screening. Tuttavia, fino a oggi, la valutazione dell'esame all'interno dei program-

È impossibile individuare l'errore se le valutazioni vengono fatte a livello di programma

mi di screening presenta un grosso limite: «Non si indaga né l'endoscopista, né il servizio di endoscopia. Il massimo dettaglio che si raggiunge è il singolo programma di screening o la realtà regionale», dice Zorzi. Un limite non da poco. «Infatti, così facendo, si perde la possibilità di comprendere dove esattamente si annidino i problemi e quindi la capacità intervenire modificando le pratiche».

Se questa è la realtà all'interno dei programmi di screening, istituzionalmente e culturalmente obbligati all'autovalutazione, la situazione è ancor più complicata all'esterno, dove, se si escludono alcuni servizi particolarmente sensibili al monitoraggio delle performance, i dati non vengono raccolti o, se raccolti, mai utilizzati.

❖ Il singolo sotto la lente

Non è un caso, allora, che sia partita da una società scientifica, la Società italiana di endoscopia digestiva (Sied), l'idea di avviare un progetto di valutazione della qualità della colonscopia che arrivi fino al livello del singolo endoscopista o al singolo servizio di endoscopia.

«La Sied si è rivolta all'Osservatorio nazionale screening consapevole del patrimonio di archivi e dati raccolti per ogni singolo esame - dice Zorzi - e con l'intento di includere in questa fase soltanto le colonscopie di screening, cioè quelle eseguite su pazienti risultati positivi al test del sangue occulto nelle feci».

«Si tratta di pazienti omogenei per età e per caratteristiche cliniche», spiega Cesare Hassan, responsabile della commissione screening Sied nazionale. Caratteristiche, queste, che risultano essenziali. «In un contesto diverso, infatti - precisa l'endoscopista - sarebbe quasi impossibile fare una valutazione e un confronto tra i diversi operatori, a causa della grande variabilità con cui gli operatori hanno a che fare».

Il progetto è ancora alle prime fasi. «Abbiamo creato un gruppo di lavoro e concordata una bozza iniziale di record per la raccolta dei dati. Ora si sta esplorando la disponibilità delle regioni a partecipare», illustra Zorzi. Ma già sono emerse le prime difficoltà: «Alcune regioni non registrano i codici identificativi del singolo endoscopista». In attesa che si sblocchino le difficoltà logistiche, una cosa è però chiara: «Il processo non intende mettere in atto strategie punitive per il singolo operatore, ma sfruttare i dati raccolti per promuovere interventi di miglioramento

Nessuno vuole punire gli operatori, le informazioni saranno usate per migliorare la qualità

della qualità individuale - per esempio con iniziative come il retraining - e di conseguenza dell'intero sistema», dice Hassan.

Inoltre, il progetto cercherà di indagare le cause delle performance insoddisfacenti attraverso l'invio a ciascun endoscopista di un questionario attraverso cui si raccolgano informazioni sull'attività del professionista e sulle condizioni di lavoro. ❖

La valutazione si fa sul campo

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

Spesso dietro un indicatore che non va, riscontrato dall'analisi dei dati rilevati costantemente dai programmi organizzati di screening, non c'è quello che ci si aspetta. Anzi, il più delle volte non è possibile conoscere da cosa originino performance peggiori (né migliori) rispetto a quelle attese. Proprio dall'esigenza di mettere a punto una nuova metodologia in grado di identificare questi fattori e contribuire al miglioramento della qualità è nato il Progetto per la realizzazione di un sistema di *site visits* per l'assicurazione di qualità di programmi di screening italiani.

❖ Una nuova prospettiva

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

L'iniziativa rappresenta una novità quasi assoluta all'interno dei programmi organizzati. Riprende esperienze realizzate dalla Regione Toscana e, per ora, ha lo scopo di valutare la fattibilità di una simile modalità di valutazione della qualità e delle performance dei programmi.

Sul piano internazionale, l'unico esempio analogo è stato realizzato in Gran Bretagna, dove però la visita era condotta con modalità ispettive. Le *site visits* italiane, al contra-

rio, si basano su un approccio non verticistico ma fondato sul confronto tra pari e, attraverso l'analisi dei diversi aspetti dello screening, mira alla correzione degli errori e alla diffusione delle best practice.

Il progetto, iniziato nel 2009 dopo una lunga fase preparatoria in cui sono stati allestiti i materiali, svizzerati gli aspetti procedurali e di protocollo, è ora entrato nel vivo e già cinque programmi, candidati su base volontaria, sono stati oggetto di visita. Inoltre, in questa fase di studio, ai referenti locali è stato chiesto di produrre un feedback sulla visita: uno strumento per affinare la metodologia in vista di un futuro impiego sistematico.

Di certo, l'implementazione di un simile strumento non è di semplice realizzazione. Oltre alla scarsa disponibilità di risorse, i nodi logistici non sono pochi.

❖ Un buon inizio

Per il momento i risultati sembrano buoni. «Un'esperienza molto positiva», dice Giovanni de Pretis, responsabile del programma di screening del colon retto della Provincia autonoma di Trento. «Soprattutto in una provincia di piccole dimensioni dove le possibilità di confronto sono poche». A Trento, lo screening per il cancro del colon retto ha appena finito il primo round raggiungendo buone performance: una copertura prossima al 95% e adesione superiore al 50%.

Ciò non significa, tuttavia, che non vi siano ulteriori margini di miglioramento. «Per esempio - racconta de Pretis - una segnalazione ricevuta dal gruppo di "visitatori" è stata

l'assenza di obiettivi di performance espliciti stabiliti dai vertici dei programmi. O, ancora, il fatto che i diversi screening facciano riferimento a segreterie organizzative diverse, una strutturazione che risponde a ragioni storiche».

Ma de Pretis ha anche un suggerimento per gli organizzatori delle *site visits*: valorizzare il trasferimento orizzontale di conoscenza. «Oltre al team di esperti, perché non inserire nel gruppo di "visitatori" anche referenti di altri programmi di screening in modo di dare loro la possibilità di conoscere e confrontarsi con altre realtà?», propone.❖



Rendersi conto per rendere conto

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

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

È questo lo scopo della "rendicontazione sociale", una delle principali acquisizioni della comunicazione pubblica degli ultimi anni, che è andata ad affiancare il tradizionale bilancio finora concepito come mero dato economico e finanziario. «Il bilancio sociale è il risultato di un processo attraverso il quale l'amministrazione pubblica rende conto delle scelte, delle attività, dei risultati e dell'impiego di risorse in un certo periodo.

Redigere un bilancio sociale significa ricostruire l'intera catena di senso dell'organizzazione

L'attività è finalizzata a consentire ai cittadini e ai diversi interlocutori di conoscere e formulare un proprio giudizio su come l'amministrazione realizza la propria missione istituzionale e il proprio mandato», spiega Angelo Tanese, coordinatore del gruppo di esperti che ha redatto, per conto del dipartimento della Funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei ministri, le Linee guida per la ren-

dicontazione sociale nelle amministrazioni pubbliche.

«Nel caso degli screening, e più in generale della sanità, redigere un bilancio sociale significa avviare una riflessione che mostri in che modo quell'organizzazione, quelle risorse, quei professionisti stanno producendo qualcosa che impatta sulla salute e sulla qualità della vita dei cittadini».

❖ Conoscersi, innanzitutto

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

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

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

l'attività dell'organizzazione.

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

«Rendere conto è anche un rendersi conto», afferma Tanese. «Gli operatori che partecipano alla redazione di un bilancio sociale, infatti, acquistano essi stessi la consapevolezza del senso ultimo del loro lavoro. Si pensi a un tecnico di radiologia che esegue le mammografie in un programma di screening. Passare da una lettura del programma caratterizzata dalla conta delle prestazioni erogate - come potrebbe fare un tradizionale rapporto - a una in cui si ricollegano quegli interventi ai risultati ottenuti in termini di guadagno di salute prodotto nella popolazione significa riscoprire il senso della propria professione».

❖ Parlare a tutti

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

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

zione dei diversi soggetti, sia interni sia esterni all'organizzazione, e al miglioramento complessivo del sistema».

❖ Tempo di bilanci

Nonostante ciò, la redazione del bilancio sociale è un'attività che stenta ad affermarsi all'interno dei programmi di screening. «Una prima iniziativa - racconta Tanese - è stata condotta da un gruppo di lavoro dall'Asp Lazio. Ma l'esperienza si è esaurita senza strutturarsi nelle attività di routine». A oggi, aggiunge, «l'esperienza più significativa è quella realizzata in Abruzzo: un progetto avviato nel 2009 e finanziato con fondi del ministero della Salute che ha definito un prototipo di bilancio sociale dello screening.

Si è trattato di un progetto molto impegnativo, che ha coinvolto circa 60 professionisti afferenti a tutte e quattro le aziende sanitarie della Regione.

E di grande importanza, giacché sono state prodotte delle raccomandazioni ed è stata validata una metodologia di riferimento». Negli ultimi anni «l'Osservatorio nazionale screening si è dimostrato attento e si sta cercando di capitalizzare queste esperienze per metterle a disposizione dei diversi programmi». E lo scenario sembra stia mutando.

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



IMMIGRATI E SCREENING: LA STRADA È ANCORA LUNGA

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

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

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

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

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

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

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

❖ Aumentare la conoscenza

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

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

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

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

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

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

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

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

❖ Promuovere l'adesione

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

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

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

C'È MENO UGUAGLIANZA SENZA SCREENING

Lo screening per la diagnosi precoce del cancro del colon retto è quello meno radicato e diffuso sul territorio nazionale. Meno di una persona su tre, tra quanti si trovano in età eleggibile, ha eseguito negli ultimi due anni la ricerca del sangue occulto nelle feci, dentro o fuori i programmi di screening. È però molto marcato il gradiente Nord-Sud. Se in Valle d'Aosta o in Emilia Romagna si sottopone all'esame più del 60% della popolazione obiettivo, in Sicilia o in Puglia si raggiunge a stento il 5%. I dati sono quelli del sistema di sorveglianza Passi che, oltre a quelle geografiche, indicano altre differenze sostanziali nell'accesso agli screening.

«Quello del colon retto - illustra Giuliano Carrozzi del dipartimento di Sanità Pubblica dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena - si discosta dagli altri screening poiché le differenze di istruzione sembrano incidere poco sull'adesione». È invece confermato l'impatto sia delle differenze economiche, sia di quelle riconducibili alla cittadinanza, con le classi più povere e gli immigrati che ricorrono meno allo screening.

«Tuttavia, laddove sono attivi programmi di screening efficienti - precisa Carrozzi - queste diseguaglianze tendono a ridursi, specialmente quelle legate alle differenze di istruzione. Ma, soprattutto, nelle regioni con screening ben funzionanti l'esame del sangue occulto preventivo viene eseguito con la periodicità consigliata dal 57% della popolazione tra 50 e 69 anni contro il 14% delle altre regioni».

Anche per quanto riguarda le diseguaglianze connesse alla cittadinanza i programmi di screening esercitano un effetto "livellatore". «Nelle Regioni senza programmi funzionanti, infatti, esegue l'esame del sangue occulto preventivo il 5% degli stranieri e il 14% degli italiani, mentre in quelle in cui è buona la qualità dell'offerta lo esegue il 37% della popolazione straniera e il 57% di quella italiana. Pur rimanendo un forte divario tra italiani e immigrati, superiore agli altri due screening, il divario si riduce dove i programmi esistono e funzionano», conclude Carrozzi.

LA TRADUZIONE: UNA SCELTA DI CAMPO

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

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

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

I tranelli della traduzione

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

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

Istituzione: non solo committente

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

Screening per il cancro al polmone: troppe le domande inevase

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

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

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

❖ Soltanto un buon inizio

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

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

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

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

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

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

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

❖ Prevenzione primaria o secondaria?

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

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

«Proprio su questo aspetto si è con-

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

soltanto dopo anni, deriverebbero dal contrasto al fumo».

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



Tabella 1. Rispetto al biennio 2006-07, nel 2008-09 l'attività di screening ha visto una notevole accelerazione, arrivando a invitare complessivamente circa cinque milioni e settecentomila persone, con un'adesione superiore al 46%. Nel solo 2010 gli invitati sono stati tre milioni e trecentomila, con un'adesione del 48%. Come illustra la tabella, le persone che effettivamente si sono sottoposte allo screening nei due bienni sono passate da due milioni e cinquantamila a due milioni e seicentomila, con quote crescenti di persone che in passato avevano già aderito allo screening (dal 20% nel 2007 al 55% nel 2010). Ogni 5 persone positive al test per la ricerca del sangue occulto fecale (Sof), una non ha aderito alla successiva colonscopia di approfondimento. Poiché con un Sof positivo il rischio di carcinoma o adenoma avanzato, cioè con una più elevata probabilità di evoluzione verso la malignità, è molto alto (dal 30% al 40%), è essenziale sviluppare strategie efficaci di comunicazione del rischio, per garantire livelli elevati di adesione all'approfondimento.

La resezione endoscopica è stata risolutiva per una quota importante di carcinomi, con un evidente impatto sulla qualità di vita delle persone interessate.

Tabella 1.
Programmi Sof.
Risultati principali
nei bienni
2006-07, 2008-09
e nel 2010

	2006-07	2008-09	2010	Standard accettabile GISCoR
Numero di persone invitate	4.693.213	5.658.326	3.380.640	-
Adesione all'invito	44%	46%	48%	>45%
Numero di persone sottoposte a screening	2.058.544	2.627.459	1.568.796	-
Numero di persone con test positivo richiamate a colonscopia	111.538	133.868		-
Proporzione di persone con test positivo richiamate a colonscopia	5,4%	5,1%		Primo esame: <6% Esami successivi: <4,5%
Proporzione di aderenti alla colonscopia	79,8%	79,4%		>85%
Proporzione di coloscopie complete	88,7%	89,7%		>85%
Numero di carcinomi individuati	4.949	4.998		-
Tasso di identificazione dei carcinomi (x 1000 sottoposti a screening)	2,4‰	1,9‰		Primo esame: >2‰ Esami successivi: >1‰
Numero di adenomi avanzati individuati	23.282	26.060		-
Tasso di identificazione degli adenomi avanzati (x 1000 sottoposti a screening)	11,3‰	9,9‰		Primo esame: >7,5‰ Esami successivi: >5‰
Proporzione di tumori trattati con resezione endoscopica	14,6%	16,3%		non definito

Tabella 2. L'adesione all'invito è superiore nelle donne rispetto agli uomini. Va sottolineato, tuttavia, che proprio nelle donne si riduce nella fascia d'età sopra i 65 anni, in cui il rischio di malattia è più elevato.

	2009-10					
Fascia d'età	50-54	55-59	60-64	65-69	70+	Totali
Uomini	41%	47%	49%	46%	48%	45%
Donne	41%	52%	52%	48%	47%	50%

Tabella 2.
Programmi Sof.
Adesione per età e sesso

I NUMERI DELLO SCREENING

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, si evidenzia un peggioramento rispetto al periodo 2006-07, con una notevole difficoltà a garantire in tempi brevi la colonoscopia alle persone per cui il Sof risulta positivo. È un problema molto diffuso tra i programmi, in alcune realtà il tempo di attesa nella maggior parte dei casi è addirittura superiore ai due mesi.

Anche i tempi per l'intervento chirurgico sono molto inferiori allo standard di riferimento. Questo problema va gestito a livello di programmazione e soprattutto di assegnazione di risorse al programma.

Tabella 3.
Tempi di attesa dei programmi Sof nei bienni 2006-07 e 2008-09

	2006-07	2008-09	Standard accettabile GISCoR
Percentuale di persone che eseguono l'approfondimento entro 30 giorni dal test positivo	54,1%	46,1%	>90%
Percentuale di persone sottoposte a intervento chirurgico entro 30 giorni dalla diagnosi	63,1%	59,4%	>90%

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 invece dipendere, in un quadro di adesione non ottimale, a fenomeni di autoselezione degli aderenti.

Tabella 4.
Programmi Sof: principali indicatori per area geografica nei bienni 2006-07, 2008-09 e nel 2010. Età 50-69 anni

	Nord			Centro			Sud - Isole		
	2006-07	2008-09	2010	2006-07	2008-09	2010	2006-07	2008-09	2010
Numero di persone sottoposte a screening	1.663.896	2.067.210	1.222.762	352.629	455.568	284.399	71.274	134.743	61.635
Adesione all'invito	44%	47%	48%	49%	47%	43%	30%	41%	36%
Proporzione di persone con test positivo	5,5%	5,1%		4,7%	4,8%		6,9%	6,4%	
Tasso di identificazione dei carcinomi	2,7‰	1,9‰		2,2‰	1,7‰		0,6‰	1,6‰	
Tasso di identificazione degli adenomi avanzati	13,2‰	10,5‰		8,9‰	7,6‰		2,2‰	6,5‰	

Tabella 5. In Italia o programmi che utilizzano la rettoscopia sono 9 e complessivamente hanno esaminato circa 10.300 nel 2009 e 13.600 nel 2010. L'adesione media all'invito è inferiore al 30%, minore quindi di quella osservata nei programmi basati sulla ricerca del sangue occulto fecale. Poiché si tratta di un test effettuato una sola volta nella vita è necessario valutare il guadagno potenziale di adesione nel caso in cui si decida di ripetere l'invito a chi non ha risposto la prima volta (si prevede di effettuare due reinviti ai non rispondenti, in tutti i programmi). La quota di invii ad approfondimento eccede costantemente 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.
Rettoscopia:
risultati principali
dal 2007 al 2010

	2007	2008	2009	2010	Standard accettabile GISCoR
Numero di persone invitate	32.159	29.028	39.512	57.091	-
Adesione all'invito	28%	26%	26%	24%	>45%
Numero di persone sottoposte a screening	8.678	8.135	10.291	13.633	-
Numero di persone richiamate a colonscopia	974	1.035	1.046		-
Proporzione di persone con test positivo richiamate a colonscopia	11,3%	13,5%	11%		<8%
Proporzione di aderenti all'approfondimento	90%	85%	84%		>90%
Numero di carcinomi individuati	38	36	25		-
Tasso di identificazione dei carcinomi (x 1000 sottoposti a screening)	4,4‰	4,7‰	2,6‰		>3‰
Numero di adenomi avanzati individuati	483	366	416		-
Tasso di identificazione degli adenomi avanzati (x 1000 sottoposti a screening)	58,4‰	47,5‰	43,7‰		>35‰
Proporzione di tumori trattati con resezione endoscopica	13,2%	12,5%	16%		-

LO SCREENING DEL COLON RETTO, VISTO DA «PASSI»

Sulla base dei dati raccolti dal Sistema di sorveglianza Passi, si stima che in Italia nel 2010 il 36% delle persone intervistate nella fascia di età 50-69 anni abbia eseguito un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali a scopo preventivo: in particolare il 29% ha eseguito la ricerca del sangue occulto negli ultimi due anni e il 12% una rettoscopia o colonscopia negli ultimi cinque anni. La copertura per la ricerca del sangue occulto nelle feci raggiunge valori più elevati al Nord (44%) e al Centro (31%), mentre è significativamente più bassa al Sud (11%), come indicano le figure 1 e 2.

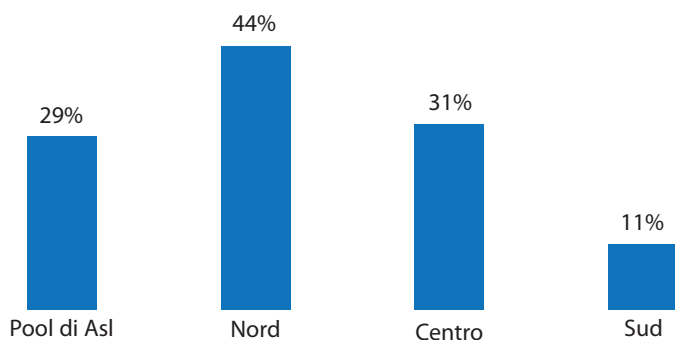


Figura 1.
Ricerca del sangue occulto negli ultimi due anni per macro area geografica (50-69 anni)
Pool Passi 2010 (n.13.165)

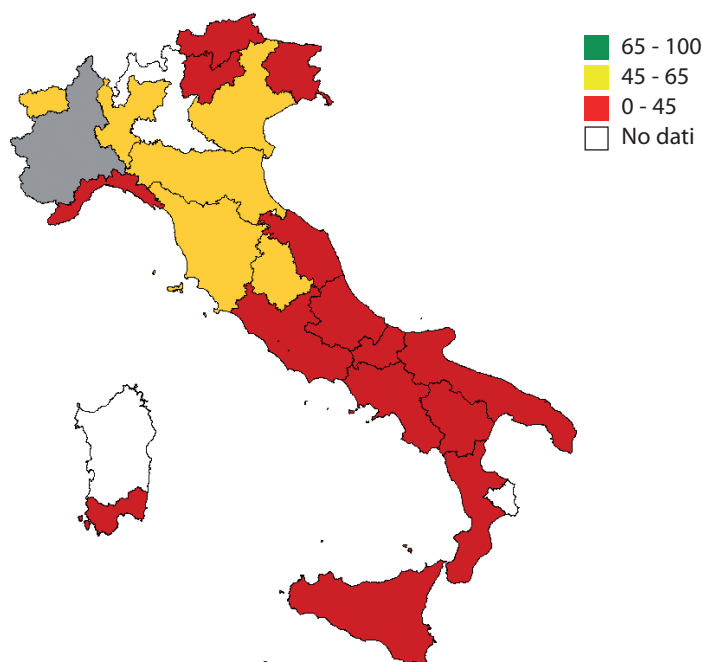
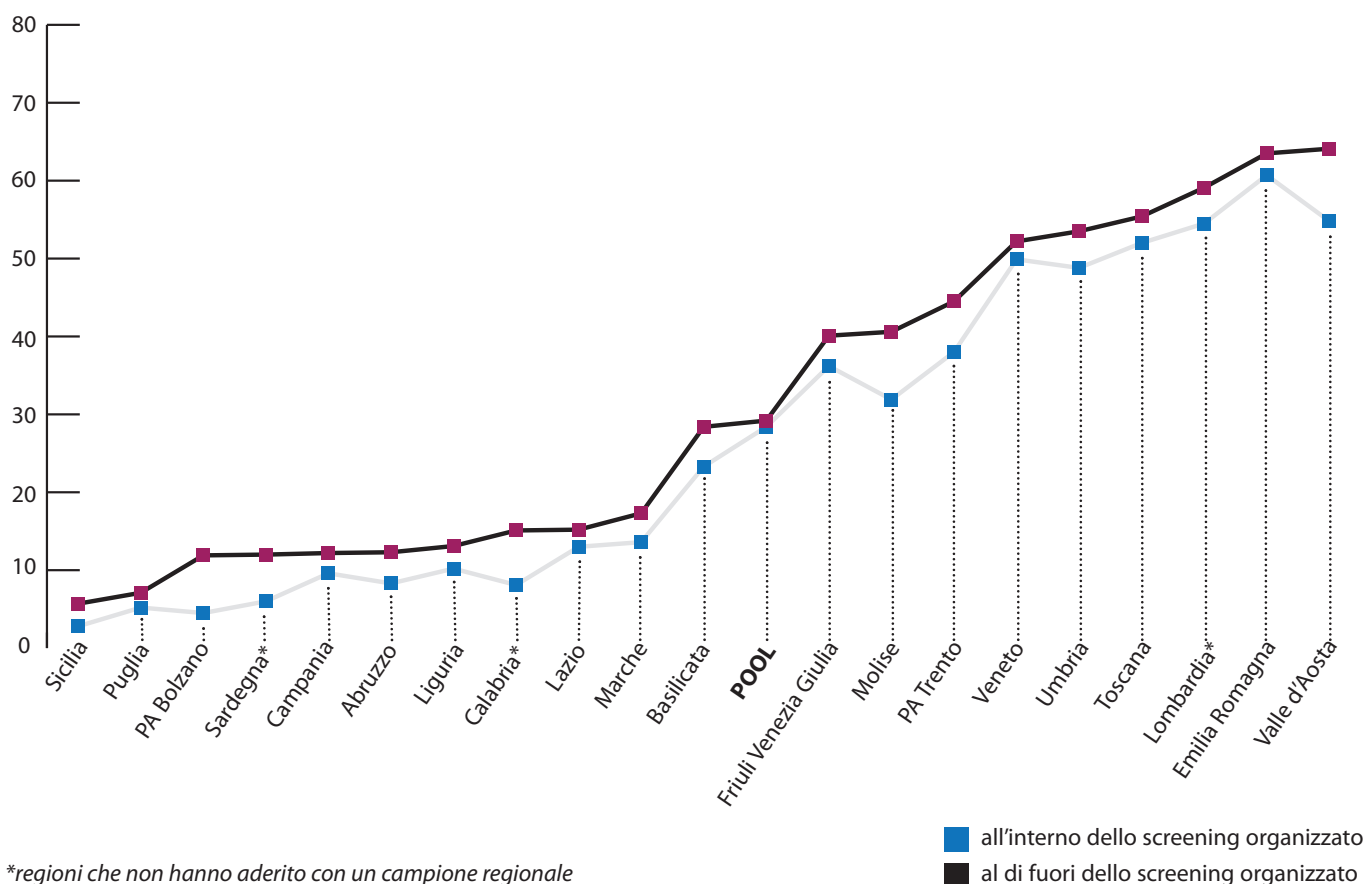


Figura 2.
Ricerca del sangue occulto negli ultimi due anni (50-69anni)
Pool Passi 2010 (n.13.165)

Un andamento simile si verifica anche per la colonscopia o rettosigmoidoscopia con percentuali più alte al Nord (14%) e al Centro (14%) e più basse al Sud (8%). Il dato relativo al Piemonte non è confrontabile con quello delle altre Regioni per le diverse modalità di organizzazione dello screening, che prevede l'esecuzione di una rettosigmoidoscopia una sola volta nella vita all'età di 58 anni.

Tra le Regioni partecipanti ai Passi sono presenti differenze statisticamente significative (range: 6% Sicilia - 64% Valle d'Aosta) come illustrato dalla figura 3.

Figura 3.
Ricerca del sangue occulto negli ultimi due anni per regione (50-69 anni)
Pool Passi 2010 (n.13.165)



www.osservatorionazionale screening.it

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