

Prefazione

4

Introduzione

7

Gli screening sul campo

10

Ricerca e innovazione

13

Promozione della qualità

16

Lotta alle diseguaglianze

19

Le domande di fondo

21

I numeri dello screening

25

ALL'INSEGNA DELLA STEWARDSHIP

Anche se alcune attività sono ancora in corso, con la fine del 2009 è terminata la pianificazione speciale portata avanti dal 2005 con i Piani nazionali screening.

Questo sforzo di pianificazione ha dato i suoi frutti principali nel promuovere e rafforzare l'infrastruttura regionale destinata agli screening e nel rafforzare il sistema nazionale mediante l'Osservatorio nazionale screening, il sistema informativo, il supporto alle Regioni.

Da quest'anno gli obiettivi per i programmi di screening li ritroviamo nel più ampio approccio del Piano nazionale della Prevenzione 2010-12.

Questo Piano propone alcuni aspetti di grande importanza per la prevenzione in Italia, ma anche per chi si occupa di screening: privilegiare gli interventi di sanità pubblica, organizzare l'attenzione alla persona (nell'ampia

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)	Effettuazione esperienze pilota round annuale con test per sangue occulto fecale Programmi di sorveglianza per casi di storia neoplastica
	Innovazione screening cancro mammella		Definizione di percorsi articolati per rischio individuale (almeno rischio per familiarità e seno denso) Estensione fasce di età Valutazione digitale e Cad
	Estensione registri tumori		Istituzione registri tumori regionali
Rendere sostenibili i programmi di popolazione per lo screening del cancro di mammella, cervice uterina e colon retto	Reingegnerizzare lo screening opportunistico	Valutazione dei dati sullo screening spontaneo e predisposizione di progetti che ne verifichino la qualità e adeguatezza	Contrastare lo screening opportunistico o alternative non istituzionali Definire protocolli e percorsi per chi si sottopone spontaneamente a screening

accezione di *empowerment*), adottare modelli organizzativi che integrino tutte le risorse presenti sul territorio per raggiungere gli obiettivi fissati, diffondere e utilizzare i sistemi informativi, promuovere il ricorso ai dati delle sorveglianze.

Ancora più importante è il fatto che le Regioni e il Ministero hanno condiviso (e stabilito con l'Intesa del 29/4/10) che l'approccio strategico che dovrà informare di sé i rapporti tra istituzioni e stakeholder in un contesto di devoluzione, sia quello della *stewardship*.

Rimandando ad altre sedi l'approfondimento di questo modello di governance, va tuttavia sottolineato quanto questo sia innovativo nell'intento esplicito di essere più efficienti ed efficaci nel governare e attuare la pianificazione per la prevenzione.

Per quanto riguarda i programmi di screening, gli obiettivi e le azioni stabilite rispondono a due indirizzi strategici principali: rafforzare e innovare. Nella tabella sono riportati gli obiettivi e le azioni da attuare, distinti per gli ambiti di responsabilità del Ministero e per quelli di responsabilità regionale.

La principale innovazione affidata al sistema sanitario non è tanto quella delle strumentazioni (per la quale, comunque, prevale la ricerca di evidenze che le possano sostenere nella pratica) ma quella che persegue la ricerca dell'appropriatezza e dell'eccellenza, negli assetti istituzionali di accreditamento.

All'inizio di questo triennio, c'è solo da augurarsi che tutti coloro che sono coinvolti nei programmi di screening rapidamente comprendano le *sfide* che il Piano identifica e stabilisce e che, per il miglior beneficio della popolazione, si applichino a vincerle. Tutti insieme.

Antonio Federici
Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria,
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

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

Funzioni:

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

PROGRESSI NELL'ESTENSIONE, PROGRESSI NELLA QUALITÀ

Anche se restano ancora ampi spazi di miglioramento, lo screening coloretale è sempre più diffuso in Italia. Permane un gradiente Nord-Sud nell'estensione e nella qualità, ma i programmi di screening del colon retto hanno raggiunto quasi il 60 per cento del territorio nazionale.

Quasi tre milioni di inviti e oltre un milione e quattrocentomila test effettuati.

Ecco il contributo dello screening coloretale alla imponente cifra di quasi nove milioni, che rappresenta il numero complessivo di inviti effettuati dai tre programmi di screening organizzati (colon retto, utero e mammella) nel 2009 nel nostro Paese. Inviti cui hanno fatto seguito quasi quattro milioni e duecentomila esami nei tre diversi programmi.

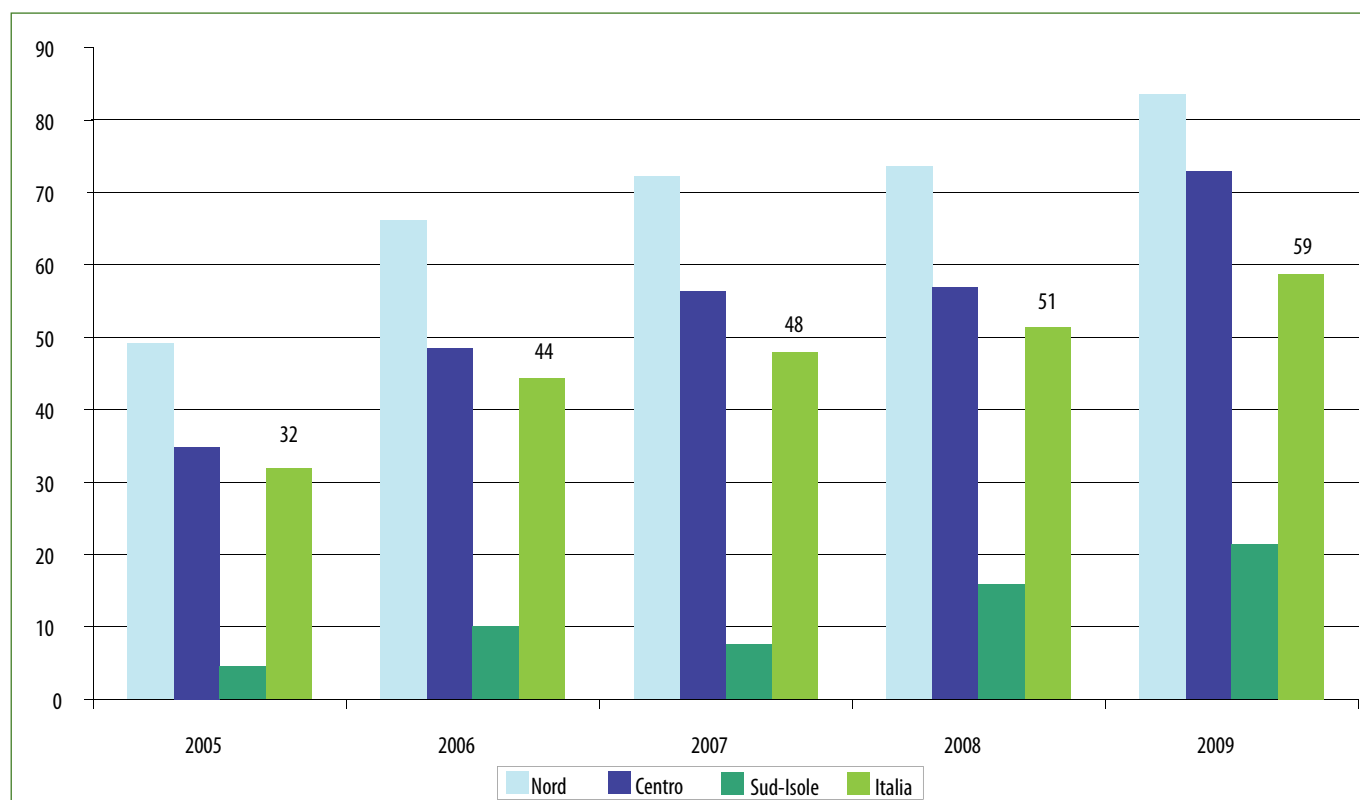
Nel caso dello screening coloretale, gran parte degli inviti e degli esami si riferiscono alla ricerca del sangue occulto fecale, il cosiddetto Sof, ma, specialmente in Piemonte, ci sono programmi che si basano sulla sig-

moidoscopia come test primario. Nei fatti, oltre 40.000 inviti e più di 10.000 esami effettuati si riferiscono a questa modalità di indagine.

La figura 1 riporta l'estensione *teorica* dei programmi dal 2005 al 2009, ovvero la percentuale di persone fra i 50 e i 70 anni che vivono in aree dove è attivo un programma di screening. Come si vede, nel 2009 i programmi hanno raggiunto quasi il 60% del territorio nazionale. È incoraggiante vedere crescere così l'estensione, soprattutto in un tempo relativamente breve.

Si conferma il gradiente nord-sud: nel Nord Italia, infatti, abbiamo superato l'80%, al Centro il valore si attesta poco sotto, mentre al Sud si supera di poco il 20%.

Figura 1.
Estensione teorica dei programmi di screening coloretale per zona geografica 2005-2009



Questa differenza si accentua se si considera la diffusione degli inviti. La figura 2 riporta la cosiddetta estensione *effettiva*, cioè quante persone della popolazione bersaglio ricevono regolarmente la lettera di invito a prendere parte allo screening. Qui registriamo un valore del 40% come media nazionale, che tuttavia si riduce a poco più del 5% se prendiamo in considerazione il Sud. Complessivamente la differenza con il valore precedente è dovuta al fatto che non tutti i programmi (specialmente al Sud) sono in grado di rispettare l'intervallo di tempi previsto (2 anni) e che alcuni nuovi programmi non coprono per intero tutto il territorio di competenza.

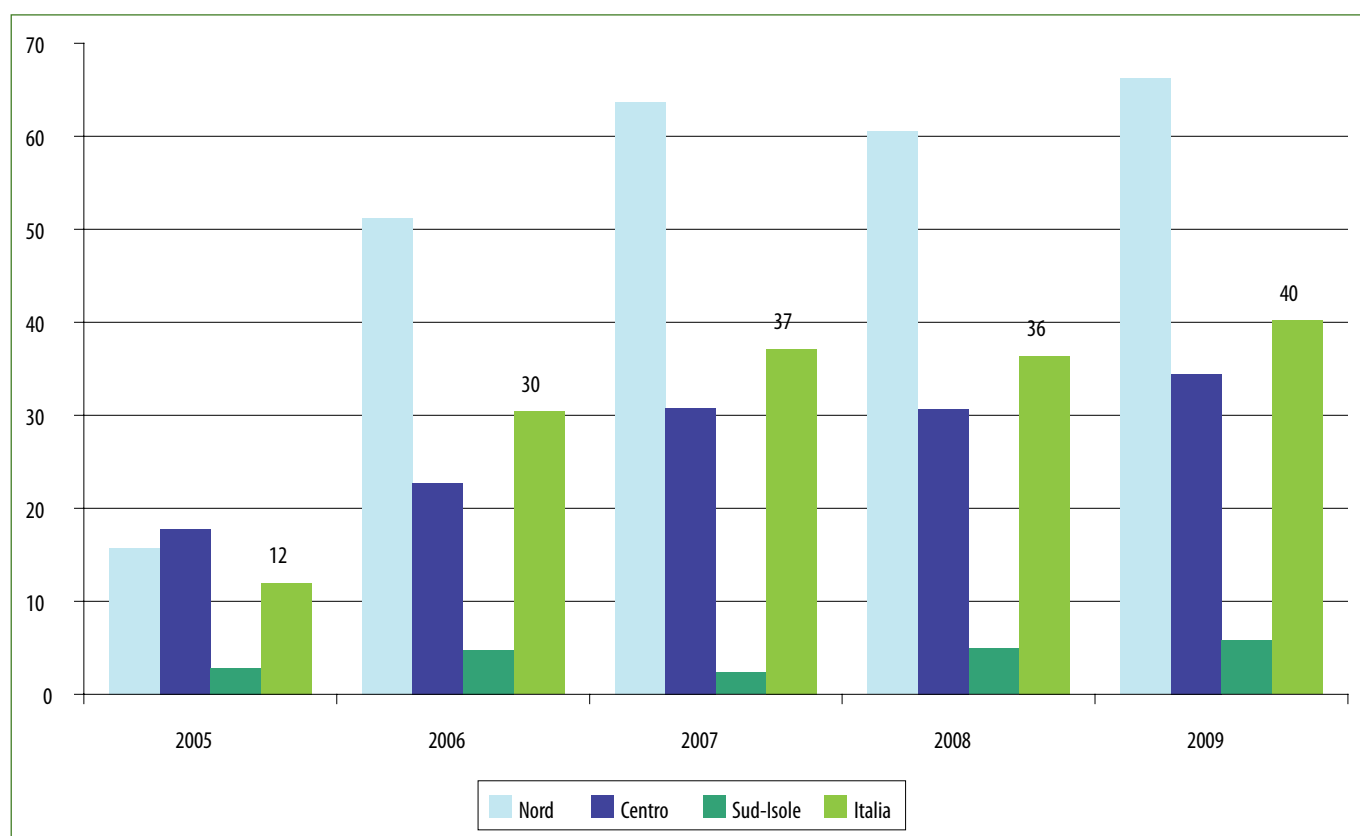
La sezione dedicata ai "numeri degli screening" (a pagina 25) presenta i principali indicatori con cui misuriamo la qualità dei programmi: da quei numeri emerge anche che la risposta all'invito è più bassa al Sud. Il che comporta che le differenze di cui abbiamo appena parlato si allargano ulteriormente. Anche altri indicatori di qualità ci

confermano che mediamente al Sud la qualità raggiunta è inferiore rispetto al Centro-Nord. Insomma, ci sono ancora ampi spazi per migliorare.

La sorveglianza «Passi»

Quest'anno abbiamo affiancato questa survey universale con l'indagine che il gruppo di lavoro *Passi* (l'acronimo sta per Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) esegue annualmente sulle attività di prevenzione. È un'indagine campionaria attraverso interviste telefoniche, che tra le altre cose prevede di chiedere alle persone che accettano di rispondere se hanno eseguito un esame del sangue occulto negli ultimi due anni, o una sigmoidoscopia negli ultimi cinque anni, o una colonscopia negli ultimi dieci anni. Nel caso la risposta sia affermativa si domanda anche se il test è stato eseguito all'interno di un programma organizzato e in forma gratuita, oppure con qualche forma di pagamento (ticket o pagamento della presta-

Figura 2.
Estensione effettiva dei programmi di screening coloretale (Sof + sigmoidoscopia) per zona geografica 2005-2009



zione occasionale). Questo tipo di indagine tende a sovrastimare la reale copertura della popolazione. Al contrario, la survey universale Ons tende a sottovalutare leggermente il numero di esami effettivamente eseguiti nel programma di screening. Confrontare i due flussi di informazioni consente di capire meglio quello che succede sul territorio.

I dati *Passi* ci dicono che mediamente il 31% delle persone intervistate riferisce di aver fatto uno degli esami dello screening nei tempi previsti (circa tre quarti all'interno dei programmi organizzati, l'altro quarto spontaneamente). Ma questo valore significa il 44% al Nord, il 33% al Centro e solo il 14% al Sud.

Questa ampia differenza fra le diverse aree geografiche italiane è dovuta alla minore quota di test effettuati nell'ambito dei programmi organizzati delle regioni del Sud, mentre il numero di test eseguiti in regime di pagamento è sostanzialmente lo stesso nelle diverse regioni.

La conseguenza logica di questo stato di cose è che se vogliamo recuperare il gap fra il Centro-Nord e Sud dobbiamo sviluppare i programmi organizzati al Sud.

Ci incoraggiano in questo sforzo due nuove esperienze siciliane: la Regione, che tenta finalmente di dare un coordinamento unitario all'azione sui programmi di scree-

pioni, alle azioni centrali lanciate dall'Osservatorio per il retraining degli endoscopisti e dei patologi. Il rapporto ci segnala anche le novità che provengono dagli studi

Sono pronte le linee guida europee per la qualità dello screening coloretale: quattro anni di lavoro per avere oggi un punto di riferimento strategico per qualsiasi programmazione

ning, e la nuova, promettente esperienza della città di Caltanissetta, dove un grande sforzo è stato fatto per la promozione del programma.

■ Alla ricerca della qualità

Il programma per lo screening coloretale è relativamente nuovo. Il che comporta che le esigenze della messa a punto di un sistema di qualità e della standardizzazione delle procedure sono ancora cruciali. Lo si vede anche dai contributi presenti in questo rapporto: dal controllo della qualità del Sof, al problema della stabilità dei cam-

sulla sigmoidoscopia come test primario e il grande sforzo portato avanti a livello europeo (anche grazie al contributo sostanziale offerto da un centro screening italiano: il Cpo Piemonte) per la definizione delle linee guida per la qualità dello screening coloretale. Si tratta di un lavoro di revisione sistematica di tutta la letteratura e la definizione di indicazioni basate sulle prove di efficacia, durato quasi quattro anni. Crediamo che questo documento debba diventare il punto di riferimento e di confronto a tutti i livelli quando si vogliano definire linee di azione nazionali e regionali.■



IN SICILIA SI CAMBIA MUSICA

Dopo anni di difficoltà, comincia il nuovo corso degli screening in Sicilia: una cabina di regia tecnica, l'inserimento degli screening tra gli obiettivi dei direttori generali e la razionalizzazione dei flussi informativi gli interventi messi in atto. E i risultati cominciano già a vedersi.

I programmi di screening organizzati in Sicilia hanno vissuto un lungo periodo di difficoltà che ha fatto sì che stentassero a decollare: «fino a due anni fa lo screening mammografico era attivo soltanto in 2 province su 9, quello citologico era presente in 4 e nessuna provincia aveva ancora attivato programmi per lo screening del cancro del colon», illustra Gabriella Dardanoni, responsabile dei Servizi di promozione della salute dell'Assessorato alla sanità della Regione Sicilia.

■ Un cambio di marcia

Fino a che, la scorsa estate, non si è deciso di prendere il toro per le corna e dare il via a una serie di misure che consentissero di imprimere un'accelerazione alla diffusione dei programmi di screening.

«Innanzitutto abbiamo messo a punto un progetto per il miglioramento degli screening. È un progetto Ccm, il Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie del ministero della Salute, elaborato ai sensi della finanziaria 2007 che stanziava risorse alle regioni meridionali a patto che si elaborassero progetti per l'estensione dei programmi di screening conformi a specifiche indicazioni».

Il progetto, prosegue Dardanoni, «prevede innanzitutto la creazione di un nuovo coordinamento regionale molto snello con mansioni organizzative e gestionali. È composto infatti soltanto da sei persone, una delle quali in rappresentanza dell'Osservatorio nazionale screening. Qualcosa di analogo esisteva anche in passato, ma si trattava di una commissione oncologica con competenze molto più scienti-

fiche che organizzative».

Questa misura è stata sufficiente a dare un primo impulso alla riorganizzazione degli screening, ma da sola non sarebbe bastata.

«Un altro intervento che ha consentito di cambiare marcia è stata senza dubbio la decisione dell'as-

sanoni - ma per via del piano di rientro non possiamo assumerne altro. Per ora cerchiamo di superare la criticità concentrando la lettura dei Pap test in tre centri che hanno maggiori potenzialità. Questo ci consentirà anche di aumentare la qualità.

I direttori generali delle Asl sanno che promuovere i programmi di screening fa parte degli obiettivi in base ai quali saranno valutati. Una decisione che ha cambiato le cose

sessore alla Salute di inserire l'estensione degli screening tra gli obiettivi dei direttori generali delle aziende sanitarie. Ciò significa che la riconferma del loro incarico dipenderà anche dall'attenzione prestata ai programmi di screening».

Importante sarà anche la razionalizzazione dei flussi informativi: «si è deciso che ciascun programma possa acquistare autonomamente il software per la gestione dei dati, purché il tracciato record sia compatibile con il programma "Mattoni". Questo ci consentirà di avere a disposizione i dati non soltanto aggregati, ma per singolo test effettuato».

■ Mala tempora

Nel frattempo, tuttavia, il nuovo corso degli screening siciliani si scontra con le ristrettezze economiche imposte dal piano di rientro regionale. «Abbiamo carenze strutturali di personale - aggiunge Dar-

Per quanto riguarda i radiologi, abbiamo ottenuto che si possano raggiungere i parametri di qualità anche leggendo le mammografie d'archivio e non soltanto in itinere. Ciò permetterà di accelerare i tempi».

Nonostante le difficoltà, sembra che gli interventi comincino a sortire gli effetti sperati: «i programmi di screening mammografico sono diventati 5 e quelli per il cancro della cervice uterina 7. Inoltre da poco è iniziato il primo programma per lo screening del cancro al colon», conferma Dardanoni. «Certo, è solo l'inizio. Perché i programmi abbiano successo occorrerà fare in modo che la popolazione superi una diffidenza atavica verso le strutture pubbliche. Per questo ci siamo impegnati in uno sforzo di comunicazione con campagne informative. E poi, credo che la percezione di un rinnovamento in atto nella sanità siciliana possa contribuire ad aumentare la fiducia».■

Lo screening all'ombra delle torri

Organizzazione ferrea e attenzione al singolo cittadino. Con questa ricetta i programmi di screening dell'Asl di Bologna riescono a rispondere ai bisogni di un'area vasta, popolosa e caratterizzata da una forte presenza migratoria. Coniugando qualità e ottimizzazione delle risorse.

Un territorio che va dalla pianura all'Appennino e molto attrattivo per immigrati e universitari. E 300 mila utenti da raggiungere ogni anno.

Questo il contesto in cui si muove l'Azienda Usl di Bologna, unica referente per gli screening in provincia dopo l'accorpamento di tre aziende sanitarie. «Unica area esclusa è Imola, che per ragioni storiche afferrisce a una propria Asl», spiega Marilena Manfredi, coordinatrice dell'Unità assistenziale Centro screening dell'Azienda Usl di Bologna.

Manfredi illustra l'architettura che ha consentito ai programmi di screening bolognesi di raggiungere nel primo semestre del 2010 il 65 per cento di adesione al primo livello dello screening per il tumore del collo dell'utero, il 64,6 per cento per quello mammografico e il 50 per cento per il colon.

«La testa degli screening, il Centro screening, è inserito nel Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Azienda conformemente alle indicazioni regionali», dice Manfredi. «È stata una decisione presa al momento dell'accorpamento delle aziende Usl e che ha reso più chiari i rapporti tra i diversi dipartimenti: il Dipartimento di sanità pubblica si interfaccia infatti con gli erogatori cioè il Dipartimenti delle cure primarie — a cui afferiscono per esempio i Consultori materno infantili —, il Dipartimento chirurgico, quello oncologico e quello dei servizi. Sono questi i veri e propri bracci operativi dello screening».

■ Capillarità e concentrazione: la ricetta del successo

Un'ampia popolazione da raggiungere dispersa su un territorio altrettanto vasto e articolato ha richiesto

ai programmi di screening un'organizzazione che consentisse di erogare il servizio vicino alla cittadinanza, ma nel rispetto della qualità e della sostenibilità per il sistema sanitario regionale. La soluzione individuata è stata la capillarità del primo livello e, laddove possibile, la concentrazione della lettura dei test e degli accertamenti di secondo livello.

Lo screening per il cancro del collo dell'utero, per esempio, si avvale di cinque punti erogativi delle prestazioni nella città, più 33 disseminati sul territorio. Più difficile una simile articolazione per lo screening mammografico: sono tre i punti in città (uno dei quali presso l'Azienda ospedaliero universitaria Policlinico Sant'Orsola Malpighi, che ha instaurato una proficua collaborazione su più livelli con lo screening bolognese) e sette disseminati sul territorio. In più, il programma si avvale di un'unità mobile per raggiungere i comuni più disagiati.

È il binomio farmacisti-ambulatori,

invece, la chiave del primo livello dello screening per il tumore del colon retto. Le farmacie, sia private sia comunali, distribuiscono il kit ai cittadini che poi lo riconsegnano agli ambulatori territoriali. Questi, a loro volta, le spediscono al centro di riferimento entro 24 ore.

La lettura dei Pap test e delle mammografie e l'analisi del sangue occulto nelle feci, invece, avviene in maniera centralizzata (o avvalendosi della collaborazione del Sant'Orsola).

Analoga scelta per i test di secondo livello, la cui organizzazione in parte è gestita direttamente dal centro screening: «nel caso dello screening del cancro del colon, per esempio, le gastroenterologie di cinque strutture territoriali hanno riservato settimanalmente degli spazi e siamo noi a gestire le agende», spiega Manfredi.

■ Gli angeli dello screening

L'organizzazione quasi marziale



dello screening bolognese, però, cammina di pari passo con l'attenzione all'utente. «Quando questo accede al secondo livello, in tutti e tre i programmi di screening viene accolto da un infermiere *case manager* o da un'ostetrica che lo seguirà in tutto il suo percorso. Sarà questa figura a occuparsi dell'accoglienza, a dare le prime informazioni, a fare una prima valutazione della persona e degli esami che invitiamo a portare con sé. In tutti i casi, inoltre, sono disponibili figure mediche che intervengono nell'eventualità in cui ci sia la necessità di ulteriori attività», dice Manfredi. «Avere una persona di riferimento è importante», aggiunge. Evita che il percorso di screening venga vissuto come un labirinto.

■ Nessuna informazione vada perduta

L'attenzione allo screening inteso come percorso è maniacale. Anche i pazienti che, risultati positivi agli esami di primo livello, decidono di intraprendere gli stop successivi in autonomia vengono tenuti d'occhio. «Chiediamo loro l'autorizza-

zione a poterli contattare per sapere quali siano stati i responsi degli

difficoltà a muoversi nel servizio sanitario e che si registri una

«Avere una persona di riferimento è importante: evita che il percorso dello screening venga vissuto come un labirinto incomprensibile»

esami successivi e l'esito di eventuali interventi», racconta la coordinatrice. «Ciò ci consente di avere una sorveglianza continua della popolazione, ma soprattutto di mantenere i contatti con il paziente che, in un qualunque momento, può accedere nuovamente ai programmi di screening». È noto, infatti, che sono proprio le persone risultate positive al primo esame e che non intendono proseguire il percorso degli screening quelle che hanno il maggior rischio di sviluppare un tumore.

Questo approccio si è dimostrato utile soprattutto con gli stranieri: «è facile che queste persone abbiano

dispersione tra il primo e il secondo livello».

«Per questo, nonostante i nostri numeri siano significativi, procediamo in questo modo: tutte le volte che non vediamo ritornare un utente, lo contattiamo direttamente», conclude Manfredi. ■





LO SCREENING RIPARTE DALLE LINEE GUIDA

Dopo un lungo lavoro è giunta a conclusione la revisione sistematica della letteratura scientifica che ha portato alla formulazione delle prime raccomandazioni europee sullo screening coloretale. Gli screening ora dovranno adeguare alcune pratiche alle migliori evidenze scientifiche disponibili.

Sono disponibili le prime linee guida europee sullo screening del colon retto (*European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis* a cura di Nereo Segnan, Julietta Patnick e Larry von Karsa), basate sulla revisione sistematica della letteratura scientifica *evidence based*. Realizzato con il finanziamento del Direttorato generale per la salute e i consumatori della Commissione Europea, il documento è stato presentato il 6 e 7 dicembre a Bruxelles ed è stato redatto da circa 50 esperti delle diverse discipline coinvolte nello screening del colon retto.

Le linee guida in dettaglio

Sono dieci i capitoli delle linee guida, che affrontano tutti gli aspetti dello screening: dalla formazione e le competenze richieste agli operatori, ai diversi test di screening ed esami di approfondimento effettuati nel corso del programma, al follow up clinico dei soggetti cui è stato rimosso un adenoma.

Nei fatti rispondono a 119 quesiti clinici. Si tratta dei cosiddetti Picos: «un acronimo che riassume gli elementi rilevanti che compongono le domande poste ai database di ricerca bibliografica. Vale a dire le caratteristiche del Paziente, l'Intervento da valutare, l'intervento di Confronto con cui comparare l'intervento in studio, gli Outcome rilevanti e il tipo di Studio da prendere in considerazione», spiega Nereo Segnan, del Centro di prevenzione oncologica (Cpo) del Piemonte.

Per esempio, «nel caso del test del sangue occulto nelle feci si è confrontata l'accuratezza del test immunochimico e di quello al

guaiaco. Si sono cercati quindi gli studi in cui uomini e donne di 50 anni o più avessero effettuato entrambi i test o fossero stati assegnati casualmente al test immunochimico o a quello al guaiaco. Gli outcome principali valutati sono stati la sensibilità e la specificità, nonché il tasso di identificazione diagnostica di carcinomi e adenomi del colon.

Infine, è stata effettuata una revi-

esperti) e su una "forza" della raccomandazione secondo una scala da A a E: interventi fortemente raccomandati per ogni paziente (A), interventi raccomandati (B), interventi da prendere in considerazione ma dall'impatto incerto (C), interventi non raccomandati (D) e interventi fortemente sconsigliati (E).

Esperti indipendenti hanno effettuato un processo di revisione delle

Dieci capitoli affrontano tutti gli aspetti dello screening: dalla formazione, ai diversi test, al follow up di chi ha subito un intervento di rimozione di un adenoma

sione sistematica degli studi pertinenti, inseriti nella valutazione rispondenti a espliciti criteri di qualità scientifica dello studio».

Raccomandazioni a forza variabile

Il processo di definizione dei quesiti clinici, di ricerca degli studi prodotti in letteratura, di stesura delle linee guida e di condivisione all'interno della comunità scientifica è stato lungo.

«È iniziato nel febbraio del 2008 - commenta Segnan - e ha portato a classificare per ciascun quesito identificato un livello di evidenza degli studi disponibili».

Il risultato sono raccomandazioni basate su livelli della evidenza scientifica disponibile con una scala da I (due o più trial randomizzati e controllati) a VI (opinioni di

bozze dei vari capitoli e, ancorché limitata, si è svolta anche una consultazione di varie organizzazioni, via web, che ha portato a una stesura definitiva delle linee guida.

Aggiustamenti necessari

Quali potranno essere gli effetti dell'applicazione di queste linee guida all'interno dei programmi italiani di screening organizzati?

«Mi aspetto un duplice effetto, sia sulla comunità medica e scientifica che sui protocolli di screening. Ovviamente è necessario tempo per capire quanto le linee guida verranno applicate e quale impatto avranno», dice Segnan. «Di certo ci saranno ripercussioni. Per esempio, le linee guida hanno identificato una serie di indicatori e relativi standard per i quali l'Osservatorio nazionale screening dovrà decide-

re quali azioni adottare.

Sono stati anche definiti cinque livelli di competenza del gastroenterologo endoscopista nel rimuovere i polipi del grosso intestino a seconda della complessità dell'intervento. Si parte da un livello di base che tutti dovrebbero maneggiare per arrivare a polipi più complessi e che comportano un aumento del rischio di perforazione dell'intestino. Non sarà semplice adeguare l'organizzazione dei servizi di endoscopia di



screening».

I programmi di screening, insomma, dovranno operare aggiustamenti per allineare alcune pratiche alle migliori evidenze scientifiche disponibili, tenendo conto che nuovi studi e risultati comportano l'esigenza di aggiornare continuamente le linee guida.

«Le linee guida sono disponibili in formato elettronico su un sito web della Commissione Europea, e sono previste modalità di aggiornamen-

to solo per i contenuti per i quali vi siano nuovi risultati scientifici. La scelta di questo modo di procedere dovrebbe consentirci di disporre di linee guida tendenzialmente non destinate alla obsolescenza. Inoltre è già in programma la redazione di un nuovo capitolo sullo screening nei gruppi ad alto rischio.

Sarà un ulteriore sforzo, ma a tutto vantaggio della qualità, dell'appropriatezza e dell'equità della diagnosi precoce», conclude Segnan.■

Sigmoidoscopia: efficacia confermata nel lungo periodo

Due studi fanno luce sulla validità del test impiegato da alcuni programmi italiani. A dodici anni dall'esecuzione dell'esame, la sigmoidoscopia è in grado di ridurre del 33 per cento l'incidenza dei tumori del colon retto e del 43 per cento la mortalità. Efficace soprattutto per i tumori situati in profondità.

Alcuni programmi italiani di screening del tumore del colon retto offrono la sigmoidoscopia quale esame di primo livello. Una volta nella vita, tra i 58 e i 60 anni. La tecnica ha già dimostrato di essere efficace, tuttavia, due studi, uno italiano ancora in corso e uno inglese, fanno nuova luce su quanto sia estesa nel tempo la "protezione" offerta da questo test. Un elemento, quest'ultimo, decisivo per determinare quale sia la corretta periodicità con cui effettuarlo e se sia giustificato sottoporvisi una volta sola nella vita.

■ Lo studio italiano

Lo studio italiano, denominato SCORE (*Sigmoidoscopy screening for colorectal cancer*), è un trial multicentrico (svolto cioè in più istituti) randomizzato (i partecipanti sono stati assegnati casualmente a uno dei due interventi in studio). È iniziato nel 1995 e ha arruolato circa 34 mila persone tra i 55 e i 64 anni, la metà dei quali è stata invitata a sottoporsi alla sigmoidoscopia. Di questi, 9mila hanno effettivamente

svolto l'esame tra il 1995 e il 1998. Nessun esame era previsto per l'altro gruppo.

Le prime rilevazioni effettuate hanno consentito di concludere che la sigmoidoscopia è un esame accettabile e sicuro, oltre che sod-

La sigmoidoscopia è un esame accettabile e sicuro, ma che si è rivelato soddisfacente anche dal punto di vista della qualità diagnostica

disfacente per la sua qualità diagnostica.

I ricercatori hanno però continuato a seguire i partecipanti attraverso i Registri tumori, le schede di dimissione ospedaliera o centri di patologia per individuare i casi di cancro insorti nella popolazione. I risultati di questa seconda analisi sono attesi per la fine dell'inverno 2011.

■ ... e quello inglese

Dopo 12 anni è invece giunto a una prima conclusione un trial inglese del tutto comparabile a quello ita-

liano. I risultati, pubblicati lo scorso aprile sulla rivista *Lancet*, hanno messo in luce come nel gruppo che si era sottoposto a sigmoidoscopia si fosse registrata una riduzione del 33 per cento dell'incidenza di tumori del colon retto e del 43 per cento della mortalità rispetto al gruppo di controllo. In particolare, il test si è dimostrato efficace nel prevenire i tumori situati più in profondità: la loro incidenza risultava infatti ridotta del 50 per cento. Infine, dallo studio è emerso che per ogni 191 persone sottoposte a sigmoidoscopia si evita un caso di cancro al colon e per ogni 489 si evita un decesso a causa di questo tumore.

L'efficacia della sigmoidoscopia, però, potrebbe risultare ancora più marcata con il passare degli anni: «se si osservano le curve di incidenza del cancro al colon nei due gruppi partecipanti allo studio, si vede come nelle persone che si sottopongono al test nei primi anni si registra un maggior numero di tumori, rispetto al gruppo di controllo.

È una conseguenza dell'anticipo

diagnostico reso possibile dal test», spiega Carlo Senore, del Centro di riferimento per l'epidemiologia e la prevenzione oncologica in Piemonte. «Tuttavia, con il passare del tempo le cose cambiano: nel gruppo di controllo l'incidenza dei tumori cresce molto più rapidamente rispetto al gruppo trattato e questa forbice tende ad allargarsi dal momento che nel gruppo di controllo si manifestano tutti i tumori su cui non si è intervenuto in maniera precoce».

■ Efficacia duratura

Con questi dati lo studio fornisce

una preziosa indicazione pratica: «effettuare una sigmoidoscopia intorno ai 60 anni garantisce una protezione dal tumore fino a oltre i 70 anni», spiega Senore.

Dati definitivi si potranno ottenere soltanto con il passare del tempo e per questa ragione lo studio SCORE proseguirà anche dopo la prossima pubblicazione dei risultati: «per capire la storia della malattia e quando l'incidenza dei tumori ricomincerà a salire».

Un evento, quest'ultimo, da mettere in conto dal momento che nel lungo periodo successivo all'esame di screening «possono svilupparsi altri adenomi che daranno origine

ad altri cancro», spiega Senore.

Se i dati futuri «confermeranno la lunga durata dell'effetto protettivo (per esempio 15 anni), allora sarà definitivamente confermata la scelta di non ripetere la sigmoidoscopia nel corso della vita», conclude. ■





OMOGENEITÀ, UN OBIETTIVO DA PERSEGUIRE

Contro la variabilità connaturata alla diagnosi istologica, l'Osservatorio nazionale screening ha organizzato un corso riservato ai patologi. Leggere i vetrini, assistere a lezioni frontali e confrontarsi aumenta la concordanza diagnostica. Ora si vorrebbe esportare il modello in tutte le Regioni.

Il controllo di qualità in tutte le fasi del percorso è una componente essenziale dei programmi organizzati di screening che si applica anche alla professionalità e alle competenze degli operatori, e quindi ai risultati conseguiti. A maggior ragione se si tratta di giungere a una diagnosi istologica, che per sua natura presenta un'ampia variabilità.

È difficile da accettare per i non addetti ai lavori, ma l'incertezza in questo campo è una regola. «Incertezza che non significa diagnosi giusta o sbagliata, cancro o non cancro - precisa Mauro Risio, dell'Azienda ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino - ma semplicemente la mancanza di accordo su precisi parametri istopatologici», che tuttavia non sono dettagli tecnici: «dal momento che orientano le procedure di screening».

A complicare la situazione in questo campo, «c'è un aspetto che rende peculiare la diagnosi istopatologica all'interno dei programmi

organizzati di screening: non si rivolge a un paziente, ma a una persona sana. Dipende da questa diagnosi se a questa persona sarà attaccata l'etichetta di malato, e per giunta di tumore. Infine, lo screening consente di diagnosticare lesioni allo stadio molto iniziale, un tipo di lesioni che, nella normale routine, il patologo non vede molto frequentemente».

Questi elementi giocano a favore dell'incertezza e fanno sì che tutti gli interventi che permettono di rendere più omogenee le diagnosi siano benvenuti.

«Nel nostro campo, infatti - spiega Risio - qualità significa definire e adottare criteri diagnostici omogenei e riproducibili».

Patologi in aula

A questo scopo l'Osservatorio nazionale screening ha organizzato nel 2009 un corso di aggiornamento destinato ai patologi.

«Il corso - illustra Risio - era organiz-

zato in tre parti: la prima prevedeva la valutazione di casi test e ha visto i patologi eseguire la diagnosi su cinquanta vetrini istologici. La seconda era costituita da lezioni frontali. Infine, in una terza fase si valutava l'efficacia della formazione: i partecipanti eseguivano per una seconda volta la diagnosi sugli stessi vetrini e si confrontava la concordanza diagnostica tra i due momenti». Il metodo ha dimostrato di essere efficace: «Si è registrato un passo in avanti nella concordanza», commenta Risio a riprova del fatto che l'omogeneità è un obiettivo perseguibile.

Il corso si è svolto in due città, Torino e Napoli, per consentire la partecipazione di referenti di ogni Regione: «Si è cercato di mettere a punto un approccio a cascata in modo che lo stesso modello di formazione di cui hanno fruito i referenti venga trasferito in ogni Regione. E in alcuni casi, come Lombardia, Emilia Romagna, Toscana e Veneto, sta già succedendo», conclude Risio. ■



A scuola di omogeneità

La formazione tra pari in sala endoscopica affiancata a corsi teorici si è dimostrata efficace nell'aumentare la qualità della colonscopia di screening e la sua maggiore adesione alle raccomandazioni. L'esperienza di retraining degli endoscopisti della Regione Lombardia.

«C'erano disomogeneità nelle performance delle colonscopie tra le varie sedi di screening. Per questo, aderendo a un'iniziativa nazionale, nel 2009 è nato il programma di retraining degli endoscopisti attivi nei programmi di screening della Regione Lombardia».

Cristiano Crosta, dell'Istituto europeo di oncologia di Milano, illustra un'iniziativa messa in atto nella più popolosa delle regioni italiane per migliorare la qualità dello screening. Gli obiettivi, in particolare, erano diffondere i contenuti delle raccomandazioni per la qualità,

favorire omogeneità di approccio nell'organizzazione dell'endoscopia di screening, garantire la qualità tecnica del secondo livello diagnostico e sostenere l'integrazione delle professionalità attraverso un confronto all'interno dei programmi di screening.

«L'iniziativa ha funzionato egregiamente», dice Crosta.

Dopo una prima fase in cui due referenti per la Regione hanno partecipato a corsi nazionali, si è trasferita l'esperienza a livello regionale.

■ **Formazione sul campo**

«Abbiamo individuato sei centri sulla base della specifica competenza in termini di attività eseguita all'interno dei programmi di screening e della dislocazione geografica. Ciò sia per garantire la qualità della formazione sia per facilitare l'accesso ai corsi a tutti gli endoscopisti attivi nei programmi», spiega Crosta.

La formazione si è articolata in due fasi: una teorica, in cui venivano affrontate da parte di esperti le

principali problematiche che emergono nell'attività dell'endoscopia di screening.

Una seconda, di tipo pratico, prevedeva invece la formazione tra pari

Il corso attribuiva inoltre ai partecipanti 13,25 crediti Ecm.

«L'iniziativa — conclude Crosta — ha riscontrato il pieno gradimento dei partecipanti. La concretezza

Gli endoscopisti, suddivisi in piccoli gruppi, affiancavano il tutor in veste di osservatori dal momento dell'arrivo del paziente fino alla sua dimissione

in sala endoscopica: gli endoscopisti, suddivisi in piccoli gruppi, affiancavano il tutor, in qualità di "osservatori" dal momento dell'arrivo del paziente nella struttura, fino alla sua dimissione.

dell'approccio, la qualità dei docenti, la partecipazione attiva degli endoscopisti ne hanno determinato il successo. L'importante è che non sia un'esperienza isolata».■

Screening d'estate

Il calore può alterare la struttura dell'emoglobina mettendo a rischio l'affidabilità dell'esame del sangue occulto nelle feci quando è eseguito con test immunochimici. Tuttavia, basta il rispetto di poche semplici regole per non inficiare l'efficacia che questo test ha più volte dimostrato.

È recentissima l'ipotesi che il riscaldamento globale possa addirittura inficiare la validità del test del sangue occulto nelle feci. L'ipotesi, pubblicata sul numero di novembre della rivista Gut, anche se un po' esagerata non è però priva di fondamento. Quello della stabilità dei campioni impiegati per effettuare l'esame, cioè della loro capacità di mantenere nel tempo le proprie caratteristiche analitiche, è infatti un tema spesso trascurato dalla ricerca: «Ci siamo a lungo preoccupati di come le persone facessero il campionamento e abbiamo tralasciato finora questo aspetto, seppur importante», spiega Grazia Grazzini, dell'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica di Firenze. Invece le condizioni ambientali, e in

particolare il calore, possono influenzare la qualità del campione.

■ **Come funziona il Sof**

«I test che impieghiamo oggi sono immunologici», illustra Grazzini. «Si basano su una precisa reazione tra un antigene, l'emoglobina, e un anticorpo che viene inserito al momento dell'analisi. È un'associazione univoca, come una combinazione chiave-serratura che alla fine dà un risultato quantitativo compreso tra 0 e 9999».

Dal momento che l'emoglobina è una proteina caratteristica del sangue, il test consente di valutare in maniera indiretta la quantità di sangue presente nelle feci. Soltanto oltre una certa soglia il test risulta positivo.

«Se il calore altera la struttura dell'emoglobina - prosegue Grazzini - ecco che "la chiave non entra più nella serratura" e quindi il test può risultare negativo anche se c'è del sangue. Il rischio è tanto più alto quanto più la presenza di sangue si

La corretta informazione all'utente sulle modalità di conservazione del campione è un aspetto di grande importanza se vogliamo promuovere la qualità del test

avvicina ai valori soglia". Questa la teoria.

■ **La prova dei fatti**

Per comprendere se il fenomeno avviene realmente e quale possa

essere il suo impatto, uno studio condotto dall'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica di Firenze ha esaminato i risultati dell'analisi di quasi 200 mila campioni fecali raccolti dal 2000 al 2008, distribuendoli secondo le stagioni. I risultati hanno evidenziato che in estate le probabilità che il test del sangue occulto risulti positivo si abbassa del 17 per cento. Inoltre, un'ulteriore analisi ha mostrato che per ogni innalzamento di un grado della temperatura si registra una riduzione dello 0,7 per cento delle probabilità che il test risulti positivo. Infine, lo studio ha rilevato che in estate le probabilità di diagnosticare un cancro o un adenoma avanzato sono del 13 per cento più basse.

Solo maggiore attenzione

C'è da concludere che il test del sangue occulto nelle feci sia inadeguato per via di questa sua sensibilità alla temperatura con una conseguente perdita della capacità diagnostica?

In realtà no. Piuttosto, ricorda Grazzini: «diventano ancora più importanti la corretta informazione all'utente sulle modalità di conservazione del campione, la necessità di sedi di ricezione adeguate e di un trasporto refrigerato». «Studiare questi fattori, controllare in un programma di screening la stabilità è uno strumento di miglioramento della sua qualità. Il test, infatti, ha già dato prova della sua efficacia, se controlliamo anche questo aspetto riusciamo ad aumentarne ulteriormente la qualità», conclude Grazzini. ■



IL PROCESSO SOTTO ESAME

I programmi organizzati di screening sono caratterizzati da un costante controllo della qualità in tutte le fasi del processo.

Un controllo che coinvolge anche la strumentazione impiegata in laboratorio per il rilevamento e la misurazione del sangue occulto nelle feci.

«Come per tutti i test di laboratorio, vengono effettuati due tipi di controllo di qualità: uno interno, uno esterno», spiega Tiziana Rubeca, dell'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica di Firenze.

«Il controllo di qualità interno consiste nell'effettuare un test a titolo noto periodicamente, in genere più di una volta al giorno». Lo strumento viene cioè impiegato per esaminare un campione di cui si conoscano già le caratteristiche. «Se il risultato è quello atteso e si ha quindi la conferma che la strumentazione funziona correttamente, allora si procede. Si è infatti certi che il risultato che si otterrà non sarà influenzato da un malfunzionamento della macchina», prosegue Rubeca. «Si tratta di un procedura documentabile dal momento che ogni laboratorio conserva le registrazioni dei test effettuati».

L'altra tipologia di controllo, richiesta dal Servizio sanitario nazionale è il cosiddetto controllo di qualità esterno. «Si tratta di un'iniziativa che viene condivisa da più laboratori attivi nei programmi di screening», illustra Rubeca. Sono diversi quelli attivi sul territorio nazionale, ma una buona parte dei programmi italiani (circa 70) usa quello che fa capo all'Azienda Ospedaliera Careggi di Firenze.

Il centro deputato alla valutazione distribuisce bimestralmente ai laboratori campioni a titolo sconosciuto (ma noto per il centro). Vengono analizzati da ciascun laboratorio come se fossero normali campioni e i risultati vengono inviati al centro valutatore. A quel punto il centro fornisce a ciascun laboratorio e in maniera riservata un punteggio, basato su precisi standard di riferimento.

«È una valutazione utile per sapere come si lavora», precisa Rubeca. «Un risultato negativo ti costringe a riflettere sulle procedure seguite in quel periodo, sui controlli effettuati, a individuare le lacune e correggerle prima del controllo successivo».



GLI SCREENING DEVONO PARLARE A TUTTI

La sfida della società multietnica comincia a toccare anche i programmi di screening che devono imparare nuove strategie per mettersi in contatto con gli stranieri presenti in Italia. Un compito non semplice, che costringe gli screening ad aprirsi all'esperienza di chi da anni si confronta con l'immigrazione.

«La popolazione immigrata aderisce di meno ai programmi di screening. Per questo l'attenzione degli screening a questa fascia della popolazione era scontata», afferma Marco Petrella, responsabile del programma aziendale screening, Ausl 2 Umbria.

«Tuttavia, questa sensibilità scontata non poteva produrre soluzioni altrettanto scontate».

L'anno trascorso ha visto perciò la realizzazione di diverse iniziative, tra cui un corso organizzato da Gianni Saguatti e Rosa Costantino dell'Azienda Usl di Bologna, nell'ambito del Progetto integrato oncologia (Pio) e con il contributo

meglio, per capire in cosa sono diversi, ma anche in cosa ci somigliano».

Un'impresa non semplice, che si è scontrata innanzitutto con la pluralità di lingue parlate dagli stranieri. «Abbiamo scoperto che non solo queste persone parlano decine di lingue diverse, ma che a volte non parlano la lingua ufficiale del loro Paese d'origine e che molto spesso non sanno leggere. La traduzione dei nostri materiali non era la soluzione per metterci in contatto con loro».

Per avvicinarsi alla popolazione straniera in Italia gli screening hanno perciò dovuto «accettare l'i-

accorgendoci che per gli immigrati lo screening non è la priorità: vengono prima il permesso di soggiorno, il lavoro, un'abitazione. E solo dopo le cure e, infine, la prevenzione e gli screening. L'adesione, poi, è diventata soltanto una parte del problema, dal momento che abbiamo cominciato a chiederci cosa succede a una persona che dallo screening riceve una diagnosi positiva e quale possa essere il modo per inserire queste persone in un più ampio percorso finalizzato alla tutela della salute».

■ Imparare dagli immigrati

Cominciare a vedere più da vicino gli immigrati ha significato per gli screening cominciare a capire «che non esiste un modello comunicativo universale che si costruisce in anticipo a tavolino: occorre discuterlo e metterlo a punto con la comunità a cui sarà destinato. Si arriva a una strategia comunicativa soltanto dopo aver capito chi sono le persone, quali problemi hanno, quali sono le peculiari difficoltà da contrastare».

Ma c'è almeno un insegnamento generale che gli screening hanno appreso dal confronto con la popolazione straniera: «la necessità di elaborare e impiegare un messaggio semplice».

Un insegnamento che si rivelerà utile anche nel rapporto con i cittadini italiani. «Perché — conclude Petrella — esistono ampie fasce della popolazione italiana, meno riconoscibili degli immigrati, ma che vivono difficoltà socioeconomiche e di accesso ai programmi di screening del tutto comparabili a quelle degli stranieri. Anche con loro dobbiamo imparare a parlare».■

Non esiste un modello di comunicazione universale costruito in anticipo a tavolino, al contrario va discusso e messo a punto insieme alla comunità cui è destinato

dell'Osservatorio nazionale screening

Il corso ha visto la partecipazione di Lai Fong Chiu, ricercatrice inglese da tempo impegnata nello studio dell'impatto delle disuguaglianze sociali nell'accesso agli screening oncologici.

■ Parola d'ordine: ascolto

«Abbiamo voluto fare un grosso lavoro di arricchimento e autocritica rispetto alla nostra quasi ingenua propensione a occuparci del tema», racconta Petrella. E il primo passo è stato «muoversi verso gli immigrati con l'idea di conoscerli

deia che non siamo quelli che hanno una maggiore conoscenza dell'immigrazione. Molto più di noi sanno i servizi sociali: è lì che si sono strutturate negli anni le competenze sul fenomeno. Abbiamo quindi capito che dovevamo muoverci cercando l'esperienza degli altri pur avendo noi la capacità di valutare i dati», commenta Petrella. Preziosi si sono rivelati i mediatori linguistici e culturali, persone che appartenevano alle diverse comunità ma che erano sufficientemente integrati nella nostra società. «È grazie al loro contributo che abbiamo iniziato a conoscere gli stranieri all'interno del loro contesto di vita,

Quanto è lontana la prevenzione

Gli immigrati che vivono in Italia accedono al Servizio sanitario nazionale quasi esclusivamente per patologie in stato avanzato, traumi o per partorire. Occorrono un nuovo modello culturale e personale specificamente formato per sensibilizzare gli stranieri all'importanza prevenzione.

«Non siamo ancora riusciti a creare un modello culturale per inserire efficacemente gli stranieri nelle attività di prevenzione». Aldo Morrone, direttore generale dell'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto alle malattie della povertà, illustra il rapporto che gli immigrati presenti in Italia hanno con la propria salute. Nel nostro Paese: «gli immigrati usano ancora le strutture sanitarie pubbliche soltanto in presenza di patologie eclatanti. Per questo si rivolgono quasi esclusivamente al pronto soccorso e soltanto quando le malattie sono in uno stadio avanzato. Non è un caso che dall'analisi delle schede di dimissione ospedaliera emerga che il parto e i traumi sono le prime ragioni di accesso ai servizi sanitari», dice Morrone.

■ La legge non basta

Eppure, «abbiamo una delle migliori leggi al mondo per quanto riguarda l'accesso ai servizi sanitari: la Turco-Napolitano che dà la possibilità di rivolgersi al Servizio sanitario nazionale anche a quanti non

sono in regola con il permesso di soggiorno. Si tratta di un ottimo strumento per controllare e monitorare tutte le patologie, anche negli immigrati irregolari.

Il comma 5 dell'articolo 35, poi, prevede il divieto, per il personale sanitario, di segnalare agli organi di polizia la condizione di irregolarità».

popolazione immigrata ai servizi sociosanitari e lo sviluppo delle attività di informazione ed orientamento socio-sanitario nelle Asl italiane» e consiste nella formazione di 200 mediatori linguistici e culturali in quasi tutte le Asl d'Italia.

Avvicinare gli immigrati ai servizi sanitari è una necessità che non può più essere procrastinata. Tutta-

A dispetto delle buone leggi il rapporto degli immigrati con i servizi di prevenzione non sembra cambiare nel tempo, con conseguenze pesanti sulla loro salute

Nonostante ciò, il rapporto degli immigrati con i servizi di prevenzione non sembra cambiare e ha conseguenze devastanti sulla loro salute, soprattutto nel caso dei tumori: «da una nostra piccola rilevazione abbiamo osservato, per esempio, che i tassi di cancro dell'utero sono fino a tre volte più frequenti nelle straniere. E quasi sempre in stadio avanzato».

■ Parlare la lingua degli immigrati

Serve quindi un cambiamento forte nei servizi sanitari, che sempre più sono chiamati a diventare multiculturali e ad affiancare all'erogazione di prestazioni sanitarie uno sforzo comunicativo a cui non sempre sono abituati.

«Dal febbraio 2009 abbiamo dato il via a un importante progetto che mira proprio alla creazione di un ponte tra strutture sanitarie e popolazione immigrata. Si chiama "Promozione dell'accesso della

via - aggiunge - occorre farlo in maniera equa e appropriata, facendo loro capire che non è soltanto con gli atti sanitari complessi che si garantisce la salute, ma anche attraverso l'educazione sanitaria, l'adozione di stili di vita corretti e di pratiche di prevenzione come gli screening».

Il progetto sembra funzionare, anche se spesso si scontra con «risorse economiche insufficienti che non consentono di utilizzare i mediatori». Ancora, purtroppo, «si fa fatica a percepire questa spesa come investimento. Occorre una rivoluzione culturale che faccia comprendere che la spesa iniziale riduce le spese future e, soprattutto, serve a migliorare la salute della popolazione», conclude Morrone. ■





PERCHÉ SCEGLIERE I PROGRAMMI DI SCREENING

Colloquio con Mariella Martini, Direttore Generale Sanità e politiche sociali della Regione Emilia Romagna.

I programmi di screening sono un intervento costoso per la Sanità pubblica, complessi da organizzare e ancor più da gestire nella loro realtà quotidiana. Perché dunque, un decisore, dovrebbe sostenerli e promuoverli?

«Credo che sia un dovere, per chi si occupa di pianificazione dei servizi che possono contribuire a migliorare la salute della popolazione, offrire in maniera proattiva quelle prestazioni di diagnosi e terapia che le evidenze di efficacia mostrano essere necessarie.

Gli screening fanno parte di questo gruppo di prestazioni.

Non si parte con un programma di screening se non ci sono robuste evidenze scientifiche sulla sua efficacia nel consentire una diagnosi precoce, né lo si attiva se non si dispone di un test adeguatamente sensibile e specifico. Ma quando esistono questi due elementi, allora è opportuno, raccomandabile e perfino doveroso da parte di un Servizio sanitario universalistico offrire questa modalità di indagine a tutta la popolazione.

E occorre farlo in maniera proattiva, senza aspettare che siano gli individui a richiedere la prestazione. E ancora non basta: serve una sollecitazione per recuperare i non rispondenti, in modo che tutti quelli che possono trarre beneficio da questo intervento siano messi in condizione di aderire».

Ciò non toglie che mettere in piedi un programma di screening costi gran fatica...

«Certo, organizzare un programma è impegnativo, richiede una robusta capacità di pianificazione del-

l'offerta e di costruzione del percorso diagnostico e terapeutico nei casi in cui il test di screening risulti positivo.

Ma non è fatica sprecata. Questa capacità di organizzazione, oltre a essere di beneficio per i pazienti, si traduce in un miglioramento complessivo dei processi di cura.

Quando ci si abitua a un percorso che segue il paziente in tutte le fasi, quando si struttura un intervento terapeutico che prevede anche un monitoraggio post trattamento, si fa tesoro di questa esperienza e la si estende anche a coloro che hanno manifestato la patologia al di fuori degli screening. L'intero sistema ne esce migliorato».

E come la mettiamo con i costi? Sembra necessario un forte impegno economico, il cui impatto è ancor più rilevante in un momento di crisi come quello attuale in cui, non solo l'economia globale è alle prese con una difficile congiuntura economica, ma molte Regioni versano in gravi difficoltà.

«Nel caso dell'Emilia Romagna, per fortuna, non ci sono particolari difficoltà economiche.

Tuttavia, c'è un aspetto spesso sottovalutato. Nonostante la loro complessità, gli screening non assorbono una quantità così elevata di risorse. Per rimanere al caso dell'Emilia Romagna, nel 2009, la spesa per i servizi offerti dal servizio sanitario regionale ammontava a circa 8,2 miliardi di euro. I programmi di screening hanno contribuito per una parte piccolissima (il 2 per mille) a questa cifra. E l'estensione dello screening mammografico alle donne con età compresa tra 45 e

49 anni e tra 70 e 74 anni (vedi box) porta questa la spesa per gli screening al 2,6 per mille. Parliamo di circa 20 milioni di euro: è davvero una piccola fetta.

Tanto per fare un confronto, nel 2009, la spesa per farmaci oncologici utilizzati in ambito ospedaliero o a distribuzione diretta è stata di circa 125 milioni di euro: più di 6 volte la spesa per i programmi di screening».

C'è un ultimo aspetto che sembrerebbe giocare a sfavore degli screening: i risultati che consentono di ottenere, in termini di riduzione dell'incidenza dei tumori e di mortalità, sono così lontani nel tempo da renderli poco spendibili sul piano politico.

«Il ritorno dei programmi di screening di certo non è immediato, ma è presumibile che nel tempo possano consentire di ottenere una migliore aspettativa di vita in buona salute per i cittadini e un minor ricorso ai servizi sanitari e quindi una riduzione della spesa per il servizio sanitario.

La buona politica è quella che riesce con le risorse disponibili a fare in modo che i bisogni di salute rilevanti siano soddisfatti attraverso l'offerta di servizi di qualità e accessibili.

In sostanza, la buona politica è quella che dà ai cittadini quello che serve e che ha dimostrato di essere efficace. E lo dà a tutti quelli che ne hanno bisogno.

E questo è un tratto che connota i servizi di prevenzione collettiva come gli screening».

Psa: novità, ma insufficienti

Nella letteratura scientifica cominciano a emergere studi clinici che confermano la capacità del dosaggio del Psa di ridurre la mortalità per tumore della prostata. Ma i rischi di sovradiagnosi e sovratrattamento sono ancora troppo alti per poterlo raccomandare in programmi di sanità pubblica.

Si ritorna a parlare di screening del cancro alla prostata.

La pubblicazione di due studi randomizzati - i primi - che hanno evidenziato la capacità del test del Psa (*Prostate-specific antigen*) di ridurre la mortalità nel lungo periodo e campagne di comunicazione che ne hanno promosso un ricorso di massa hanno rischiato di creare confusione su un esame la cui efficacia come test di screening è ancora tutta da valutare.

«Siamo di fronte a uno dei problemi tipici della medicina moderna: l'incertezza», spiega Marco Zappa, direttore dell'Osservatorio nazionale screening.

La valutazione della semplice efficacia di un test, infatti, non è sufficiente a giustificarne l'impiego come fondamento di un programma di screening. È necessario infatti che si compia anche una "pesatura" dei rischi che comporta.

■ Evidenze da pesare

I due studi, in particolare il trial europeo ERSPC (European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer), iniziato nei primi anni '90, ha mostrato che a 9 anni dall'inizio dei periodici controlli per il Psa, la popolazione sottoposta al test presentava una riduzione della mortalità del 27% rispetto a chi non aveva effettuato l'esame.

«A questo punto abbiamo la sicurezza che la diagnosi precoce può ridurre la mortalità», aggiunge Zappa. «Il problema che si pone, però, è che questo avviene al prezzo di effetti negativi molto alti, come confermano gli elevati tassi di sovradiagnosi (intorno al 50 per cento). Ciò significa che vengono trovati molti tumori che non sarebbero mai comparsi nella storia della persona».

Non solo: dal momento che «oggi non siamo in grado di riconoscere quali tumori sono aggressivi e quali no, si è costretti a trattarli tutti, o con la chirurgia o con la radioterapia.

E gli effetti di questi trattamenti possono essere molto pesanti: incontinenza e impotenza sono quelli più comuni, ma in alcuni casi si può arrivare fino la morte».

In cifre, lo studio ERSPC mostra che per ogni vita salvata dallo screening è necessario sottoporre al test del Psa più di 1400 uomini e diagnosticare - e quindi trattare - 48 tumori alla prostata aggiuntivi.

Ecco l'incertezza. Che ha portato nel 2009 un gruppo di professionisti degli screening coordinato dall'Ons a produrre un documento sottoscritto da numerose società scientifiche e associazioni.

■ La posizione Ons

«In questo documento si fa il punto della questione, si affrontano le incertezze e si danno delle raccomandazioni che sono utili ai professionisti e a chi si occupa della programmazione regionale», spiega Zappa.

«Innanzitutto si raccomanda che non vengano attivati programmi di sanità pubblica che prevedano l'impiego del test del Psa come esame per la diagnosi precoce del tumore della prostata, dal momento che il bilancio benefici/rischi a oggi è svantaggioso. Sul piano individuale - prosegue - è un problema di scelta personale».

Nonostante le incertezze sulla sua efficacia, il test del Psa è impiegato da circa un terzo della popolazione maschile con più di 18 anni, secondo uno studio del 2004.

«Questa estesa diffusione del test e i nuovi dati sull'efficacia dell'esame

impongono che il cittadino sia informato nel migliore dei modi - aggiunge Zappa - mettendo in luce chiaramente i benefici e i rischi».

L'informazione, tuttavia, deve essere il risultato di una cura ancora maggiore nel caso in cui sono le istituzioni a fornirla: «è strategico formare le Regioni perché intraprendano campagne informative

La grande diffusione del test e i nuovi dati sull'efficacia dell'esame impongono che il cittadino sia informato nel migliore dei modi

corrette. Abbiamo esempi di campagne che spingono in maniera acritica a fare il test del Psa: sono interventi sbagliati e disinformativi. Invece, occorre coinvolgere nell'informazione i professionisti sanitari, come l'urologo o il medico di base» sottolinea il direttore di Ons. Infine dal documento arriva una raccomandazione perentoria per le persone con più di 70 anni: «sopra questa soglia di età il test va disincantato. L'aspettativa di vita è insufficiente per godere dei vantaggi, mentre i rischi sono ancora più elevati che nella popolazione più giovane».

Il documento, tuttavia, secondo gli estensori, non mette il punto fine alla vicenda. «C'è la volontà di andare avanti, di seguire gli studi in corso e adeguarlo sulla base delle nuove prove di efficacia che, eventualmente, verranno prodotte», conclude Zappa.■

Sof, autodiagnosi inappropriata

Il rischio di inappropriata connesso all'utilizzo dei kit per l'esame del sangue occulto nelle feci in vendita in farmacia è molto elevato. Una maggiore informazione all'utente e ai medici di medicina generale è indispensabile per evitare esami inutili e un aggravio di ansia per il paziente.

Sono sempre più numerosi i test per l'autodiagnosi che si possono acquistare in farmacia. Oltre al tradizionale test di gravidanza, sono ormai disponibili esami per rilevare la positività a virus influenzali o all'*Helicobacter pylori*, per misurare il colesterolo o i valori dell'antigene prostatico (Psa). E, tra i tanti, c'è anche il test del sangue occulto nelle feci.

Tuttavia, il Sof fai da te ha rischi molto seri, derivanti sia dalle caratteristiche tecniche dei test in vendita sia dal processo che può innescare una eventuale positività.

■ Esame allarmante

«I kit in vendita tendenzialmente hanno una sensibilità molto alta e una specificità molto bassa. Ciò significa che le probabilità che il test risulti positivo senza che ci sia nessun reale motivo di allarme sono molto alte», spiega Tiziana Rubeca, dell'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica di Firenze.

«E se il test dà un risultato positivo che si fa?», si chiede retoricamente Rubeca: è probabile che si sarà costretti a sottoporsi a esami invasivi inutili con uno spreco di risorse e un pesante carico di ansia e

preoccupazione.

Per questo «non ha senso fare il test del sangue occulto nelle feci fuori da un contesto di screening. È inappropriato».

■ Occhio all'informazione

Certo non è facile stabilire come si genera l'inappropriata: è probabile che ci sia un concorso di cause. «L'utente è tempestato da input

in farmacia. Non è infatti corretto usare questo esame a scopo diagnostico. Meglio passare direttamente alla colonscopia che, oltre a una diagnosi, può offrire nella stessa seduta il trattamento», aggiunge.

La soluzione, come sempre in questi casi, è una corretta informazione. Innanzitutto ai medici di medicina generale che sono i primi interlocutori dei cittadini e quelli

I test in vendita sono molto sensibili, ma poco specifici. Questo significa che le probabilità che il test risulti positivo, senza nessun reale motivo di allarme, sono molto alte

provenienti dalle fonti più disparate: pubblicità sui mass media, campagne di informazione talvolta fuorvianti. D'altra parte non è da escludere che in alcuni casi il comportamento inappropriato nasca proprio dal medico. Se il paziente si presenta da quest'ultimo con disturbi sospetti, non ha senso invitarlo a effettuare il test del sangue occulto, per giunta acquistandolo

con cui si confrontano più spesso. E poi agli stessi utenti, evitando messaggi semplicistici.■





I dati che presentiamo nelle prime pagine di questa sezione sono stati forniti dai singoli programmi di screening della mammella attraverso una scheda di raccolta dati standardizzata.

Le informazioni contenute in ciascuna scheda, validate dai rispettivi centri regionali di riferimento, vengono poi aggregate a livello nazionale dall'Osservatorio nazionale screening (che ha sede presso l'Ispo di Firenze) su mandato del Ministero della Salute.

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 colorettali (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.

I dati presentati nelle pagine 28 e 29 provengono dal Sistema di sorveglianza Passi.

Nel 2006 il Ministero della Salute ha affidato al Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) dell'Istituto superiore di sanità il compito di sperimentare un sistema di sorveglianza della popolazione adulta (Passi: Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia).

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

Nel 2009 sono state realizzate 39.233 interviste.

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



Tabella 1. Rispetto al biennio 2005-06, nel 2007-08 l'attività di screening ha visto una notevole accelerazione, arrivando a invitare complessivamente circa cinque milioni e trecentomila persone, con un'adesione del 46%. I dati del 2009 suggeriscono un'ulteriore estensione dei programmi. Come illustra la tabella, le persone che effettivamente si sono sottoposte allo screening sono passate da un milione e trecentomila a due milioni e quattrocentomila, con quote crescenti di soggetti che in passato avevano già aderito allo screening (12% nel 2006, 20% nel 2007 e 45% nel 2008).

Ogni 5 persone positive al 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. L'intervento di resezione endoscopica è stato risolutivo per una quota importante di carcinomi, con un evidente impatto sulla qualità di vita delle persone interessate.

Fig. 1
Programmi Sof.
Risultati principali
nei bienni 2005-06,
2007-08 e nel 2009

	2005-06	2007-08	2009	Standard accettabile GISCoR
Numero di persone invitate	2.935.853	5.308.488	2.934.671	-
Adesione all'invito	45%	46%	50%	>45%
Numero di persone sottoposte a screening	1.302.884	2.356.488	1.412.772	-
Numero di persone con test positivo richiamate a colonscopia	71.157	124.363	-	-
Proporzione di persone con test positivo richiamate a colonscopia	5,5%	5,3%	-	Primo esame: <6% Esami successivi: <4,5%
Proporzione di aderenti alla colonscopia	81,4%	78,2%	-	>85%
Proporzione di colonscopie complete	86,3%	91,9%	-	>85%
Numero di carcinomi individuati	3.573	4.967	-	-
Tasso di identificazione dei carcinomi (x 1000 sottoposti a screening)	2,7‰	2,1‰	-	Primo esame: >2‰ Esami successivi: >1‰
Numero di adenomi avanzati individuati	16.498	24.458	-	-
Tasso di identificazione degli adenomi avanzati (x 1000 sottoposti a screening)	12,7‰	10,4‰	-	Primo esame: >7,5‰ Esami successivi: >5‰
Proporzione di tumori trattati con resezione endoscopica	15,6%	18,7%	-	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.

2008-09						
Fascia d'età	50-54	55-59	60-64	65-69	70+	Totali
Uomini	41%	47%	50%	48%	47%	46%
Donne	48%	53%	54%	50%	47%	51%

Fig. 2
Programmi Sof.
Adesione per età e sesso

Fig. 3
Tempi di attesa dei programmi Sof nei bienni 2005-06 e 2007-08

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 2005-06, 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, e 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.

	2005-06	2007-08	Standard accettabile GISCoR
Percentuale di persone che eseguono l'approfondimento entro 30 giorni dal test positivo	51,8%	48%	>90%
Percentuale di persone sottoposte a intervento chirurgico entro 30 giorni dalla diagnosi	58,8%	65,6%	>90%

Tabella 4.
Programmi Sof:
principali indicatori per area geografica nei bienni 2005-06, 2007-08 e nel 2009. Età 50-69 anni

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.

	Nord			Centro			Sud - Isole		
	2005-06	2007-08	2009	2005-06	2007-08	2009	2005-06	2007-08	2008
Numero di persone sottoposte a screening	968.122	1.887.494	1.104.238	262.345	424.612	244.552	70.854	83.656	63.982
Adesione all'invito	44%	44%	50%	51%	46%	49%	29%	41%	37%
Proporzione di persone con test positivo	5,6%	5,3%		4,6%	4,8%		7%	6,1%	
Tasso di identificazione dei carcinomi	3‰	2,3‰		2‰	2‰		1,8‰	1,1‰	
Tasso di identificazione degli adenomi avanzati	14,6‰	12,1‰		8,6‰	8‰				

Tabella 5. In Italia i programmi che utilizzano la rettosigmoidoscopia sono 9 e complessivamente hanno esaminato circa 8.100 persone nel 2008 e 10.300 nel 2009. 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 ulteriori inviti 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.
Rettosigmoidoscopia:
risultati principali
dal 2007 al 2009

	2007	2008	2009	Standard accettabile GISCoR
Numero di persone invitate	32.159	29.028	39.512	-
Adesione all'invito	28%	27%	26%	>45%
Numero di persone sottoposte a screening	8.678	8.135	10.291	-
Numero di persone richiamate a colonscopia	974	1.035		-
Proporzione di persone con test positivo richiamate a colonscopia	11,3%	13,5%		<8%
Proporzione di aderenti all'approfondimento	90%	85%		>90%
Numero di carcinomi individuati	38	36		-
Tasso di identificazione dei carcinomi (x 1000 sottoposti a screening)	4,4‰	4,7‰		>3‰
Numero di adenomi avanzati individuati	483	366		-
Tasso di identificazione degli adenomi avanzati (x 1000 sottoposti a screening)	58,4‰	47,5‰		>35‰
Proporzione di tumori trattati con resezione endoscopica	13,2%	12,5%		-

LO SCREENING DEL COLON RETTO, VISTO DA «PASSI»

Sulla base dei dati raccolti dal sistema di sorveglianza Passi, si stima che in Italia nel 2009 solo una persona 50-69enne su tre (31%) abbia eseguito un esame per la diagnosi precoce dei tumori colorettali: in particolare il 23% ha eseguito la ricerca del sangue occulto negli ultimi due anni e il 9% una rettoscopia o colonscopia negli ultimi cinque anni.

La copertura complessiva per la diagnosi precoce dei tumori del colon retto raggiunge valori più elevati al Nord (44%) e al Centro (33%), mentre è significativamente più bassa al Sud (14%), come mostrano le figure 1 e 2.

Il sistema Passi informa sulla copertura complessiva al test, comprensiva sia della quota degli esami effettuati all'interno dei programmi di screening organizzati, sia di quelli effettuati come prevenzione individuale (vedi box). A livello naziona-

Fig. 1
Copertura per la diagnosi precoce dei tumori colorettali (50-69anni) (%)
Pool PASSI 2009 (n. 14.341)

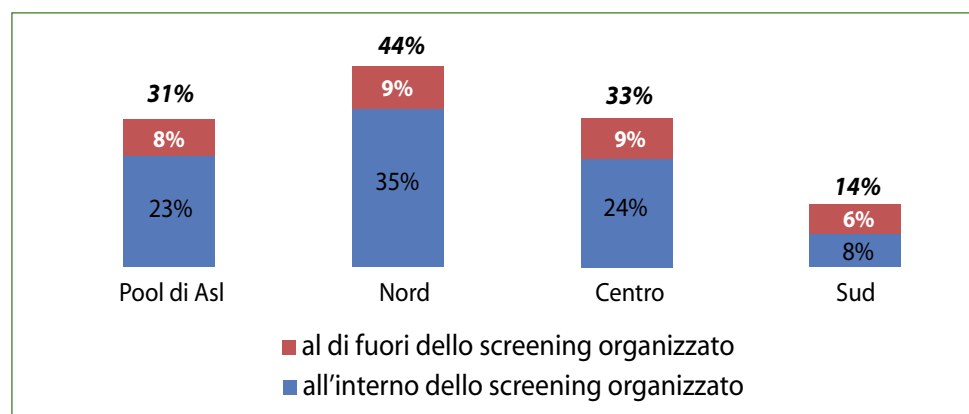
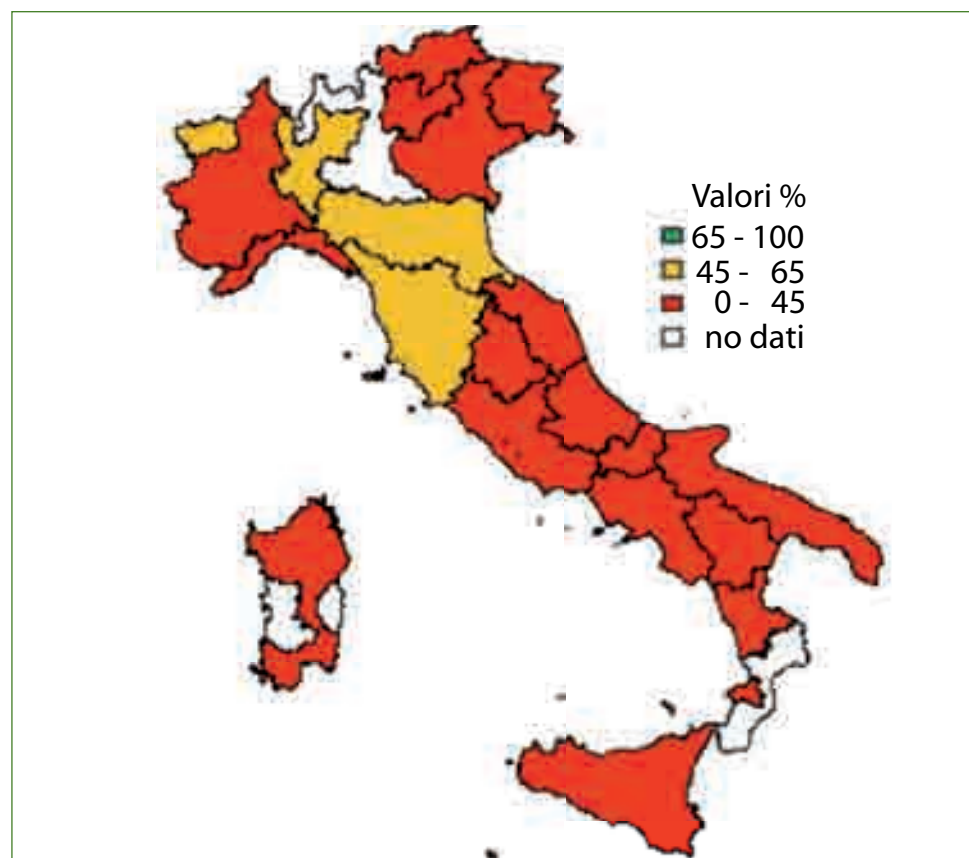


Fig. 2
Copertura per la diagnosi precoce dei tumori colorettali (50-69anni) (%)
Pool PASSI 2009 (n. 14.341)

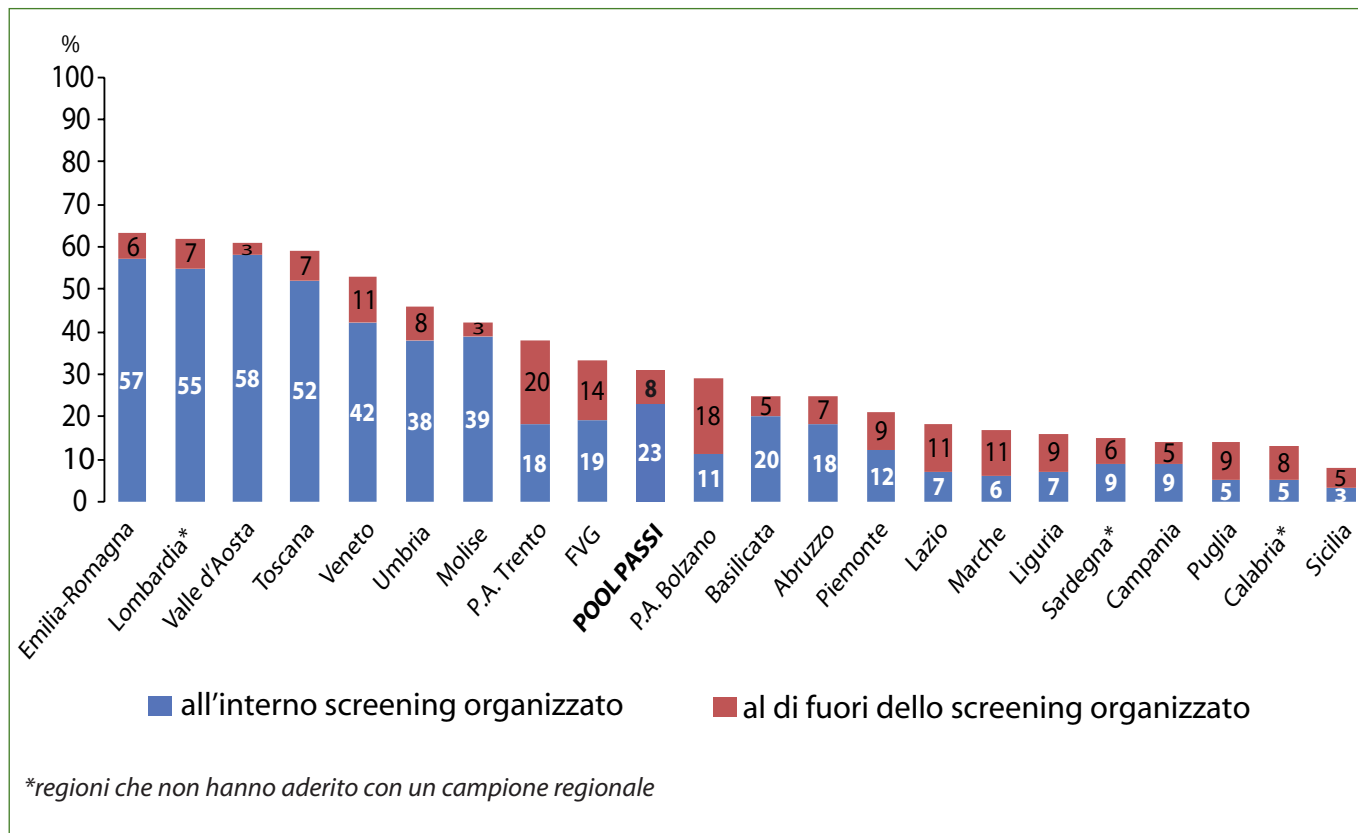


le si stima infatti che circa l'8 delle persone abbia eseguito lo screening come forma di prevenzione individuale.

Tra le Regioni che partecipano al Passi sono presenti differenze significative nella copertura.

Come indica la figura 3 si va dall'8% della Sicilia al 63% Emilia-Romagna.

Fig. 3 Copertura per la diagnosi precoce dei tumori colorettali per Regione (50-69anni) (%)
Pool PASSI 2009 (n. 14.341)



Il confronto tra organizzato e spontaneo: il pagamento come indicatore

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