

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.osservatorionazionale screening.it

Elaborazione dei dati e commenti

Leonardo Ventura, Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (Ispo), Firenze

Daniela Giorgi, Azienda Usl 2, Uo Epidemiologia, Lucca

Livia Giordano, Centro di riferimento per l'epidemiologia e la prevenzione oncologica (Cpo) in Piemonte, Torino

Antonio Ponti, Centro di riferimento per l'epidemiologia e la prevenzione oncologica (Cpo) in Piemonte, Torino

Testi e interviste

Antonino Michienzi, agenzia di editoria scientifica Zadig

Redazione

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

Coordinamento editoriale

Eva Benelli, agenzia di editoria scientifica Zadig

Creatività ed impaginazione

Teresa Burzigotti

Osservatorio nazionale screening

Presso Uo Epidemiologia clinica e descrittiva - Ispo

Via delle Oblate 2 - Ponte Nuovo, Palazzina 28/a - 50141 Firenze

tel. +39 (0)55 7972512- fax +39 (0)55 7972535 - segreteriaons@ispo.toscana.it

www.osservatorionazionale screening.it

Zadig editore

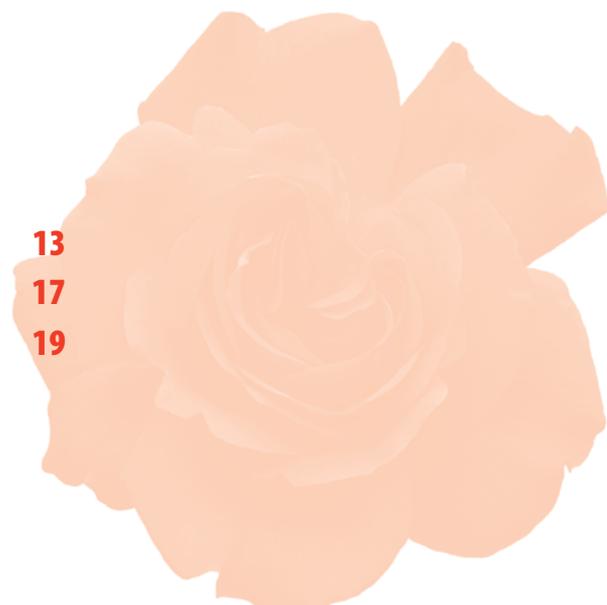
via Ravenna, 34, 00161 Roma - Tel. 06 8175644

segreteriaarm@zadig.it - www.zadig.it

Prefazione	4
Introduzione	7
Gli screening sul campo	10

A large, stylized rose graphic in a light orange color, positioned behind the text on the left side of the page.

Promozione della qualità
Ricerca e innovazione
Lotta alle diseguaglianze

A large, stylized rose graphic in a light orange color, positioned behind the text on the right side of the page.

13
17
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	Sottobiattivi	Linee di supporto	Linee di intervento
Riduzione della mortalità per carcinoma della mammella, della cervice uterina e del colon retto (da valutare su dati Registri tumori)	Potenziamento o miglioramento dei programmi di screening organizzati, per carcinoma cervice uterina, carcinoma mammario, carcinoma colon retto, che verifichino adesione e parametri di qualità	Gestione sistema informativo e di valutazione (tramite NSIS e Osservatorio nazionale screening)	Realizzazione dell'accreditamento per funzioni dei programmi organizzati di screening
		Supporto alla programmazione regionale (tramite Osservatorio nazionale screening)	Estensione dei programmi di screening
		Integrazione base dati nazionali (Iss, Istat-Multiscopo, Ons)	Promozione del coinvolgimento dei soggetti fragili che non aderiscono ai programmi di screening oncologici
	Innovazione screening cancro della cervice uterina		Avvio di sperimentazioni per l'utilizzo test Hpv-Dna come test di screening primario Integrazione con i programmi di vaccinazione anti Hpv
Rendere sostenibili i programmi di popolazione per lo screening del cancro di mammella, cervice uterina e colon retto	Innovazione screening cancro coloretale	Coinvolgimento dei Mmg	Definizione di percorsi articolati per rischio individuale (almeno rischio per età e rischio per familiarità)
		Sperimentazione/valutazione di nuove tecnologie (costo-efficacia della colonscopia virtuale e della colonscopia endoscopica come test di primo livello)	Effettuazione esperienze pilota round annuale con test per sangue occulto fecale Programmi di sorveglianza per casi di storia neoplastica
	Innovazione screening cancro mammella		Definizione di percorsi articolati per rischio individuale (almeno rischio per familiarità e seno denso) Estensione fasce di età Valutazione digitale e Cad
	Estensione registri tumori		Istituzione registri tumori regionali
	Reingegnerizzare lo screening opportunistico	Valutazione dei dati sullo screening spontaneo e predisposizione di progetti che ne verifichino la qualità e adeguatezza	Contrastare lo screening opportunistico o alternative non istituzionali Definire protocolli e percorsi per chi si sottopone spontaneamente a screening

LA COMPETENZA SI FA SISTEMA

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

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

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

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

Struttura leggera, maggiore valenza istituzionale.

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

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

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

Antonio Federici
*Responsabile prevenzione oncologica,
ministero della Salute*

L'OSSERVATORIO NAZIONALE SCREENING

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

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

Dopo anni di crescita costante, nel 2010 lo screening per il cancro al seno ha subito una battuta di arresto. Nonostante ciò lo screening continua a essere quanto mai vitale. Alcune regioni hanno ampliato le fasce delle aventi diritto e non mancano le proposte per ulteriori miglioramenti della qualità

Il titolo è un po' altisonante, ma la questione è molto attuale. Se esaminiamo i dati della diffusione degli screening vediamo che alcuni programmi, (colon retto, utero) hanno registrato ulteriori progressi a livello nazionale, mentre proprio quello della mammella presenta al contrario alcuni segnali di arretramento nella fascia di età 50-69 anni.

Contemporaneamente però per la mammella abbiamo alcune regioni (in particolare l'Emilia Romagna) che hanno ampliato l'estensione delle fasce di età.

Tutto sommato, quindi, possiamo dire che ci troviamo di fronte a risultati sostanzialmente positivi. 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.

Alessandra Barca riporta le difficoltà costanti nell'organizzare gli screening in una regione come il Lazio, stretta fra piani di rientro e una sostanziale competizione con lo spontaneo.

Più in generale si intravede il rischio, specie in alcune regioni del Sud, dell'implosione della struttura che, a volte, tanto faticosamente si era riusciti a mettere in piedi. Un rischio, tuttavia, da cui oggi non sono esenti nemmeno le regioni, come il Veneto, che vantano una consolidata tradizione dell'offerta organizzata.

La voce di *Luigina Bonelli*, coordinatrice della Liguria, ci ricorda come sia facile «disperdere la cultura degli screening».

❖ Dall'appropriatezza la via per una maggiore efficienza

In questa situazione il tema dell'efficienza (il miglior modo di impiegare le scarse risorse a disposizione) diviene cruciale. Il miglioramento dell'efficienza si può raggiungere in tanti modi: il metodo che il mondo degli screening vorrebbe proporre, prima di tutto a se stesso, ma anche al resto del sistema sanitario, è 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. *Paola Mantellini*, dell'Ispo di Firenze, illustra un lavoro molto dettagliato di analisi dei costi di alcuni programmi organizzati di screening mammografico dal Nord al Sud del Paese. Si evidenziano importanti differenze di costo per unità di prodotto. Ma quello che è più interessante è il confronto con i costi dei percorsi spontanei che risultano, sempre, molto superiori. L'intervista a *Nereo Segnan* riporta invece l'esperienza della Regione Piemonte nel cercare di integrare i percorsi, in genere più tortuosi, dei cosiddetti screening spontanei: una riflessione dal punto di vista del decisore regionale, che non nasconde le difficoltà ma coglie i primi successi. La questione della valutazione delle nuove tecnologie ci porta a 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. Lo sforzo di valutazione costante dei cancri di intervallo nello screening della mammella è uno degli aspetti del miglioramento della qualità, come ci raccontano *Stefano Ciatto* e *Paolo Giorgi Rossi*.

Tra appropriatezza e ricerca della qualità si colloca un progetto sperimentale che impegna molto l'Ons in questo periodo: le "site visit". Allo studio la possibilità che un gruppo di esperti qualificati a livello nazionale, dopo un'analisi accurata della singola situazione, visiti in loco i diversi programmi, ne discuta le criticità e abbozzi oltre che una valutazione anche delle possibili soluzioni. *Grazia Grazzini*, coordinatrice del progetto, racconta i primi risultati, molto interessanti. L'occasione è propizia per ringraziare sia gli esperti nazionali che dedicano parte del loro tempo a questa opera, sia i programmi che volontariamente hanno richiesto di essere "visitati", esperienza che riferiamo dalla viva voce della coordinatrice di uno di questi: *Emanuela Anghinoni*. 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.

Figura 1.
Estensione nominale dei programmi di screening del tumore della mammella per zona geografica 2004-2010

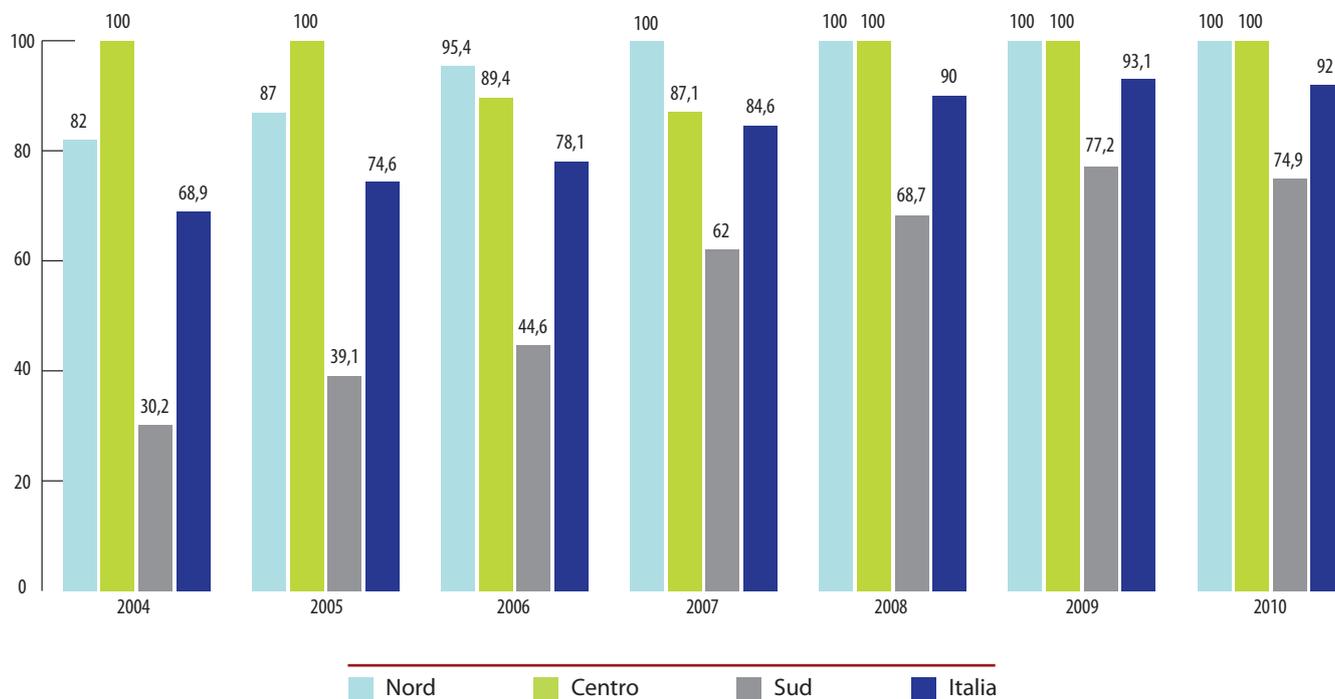
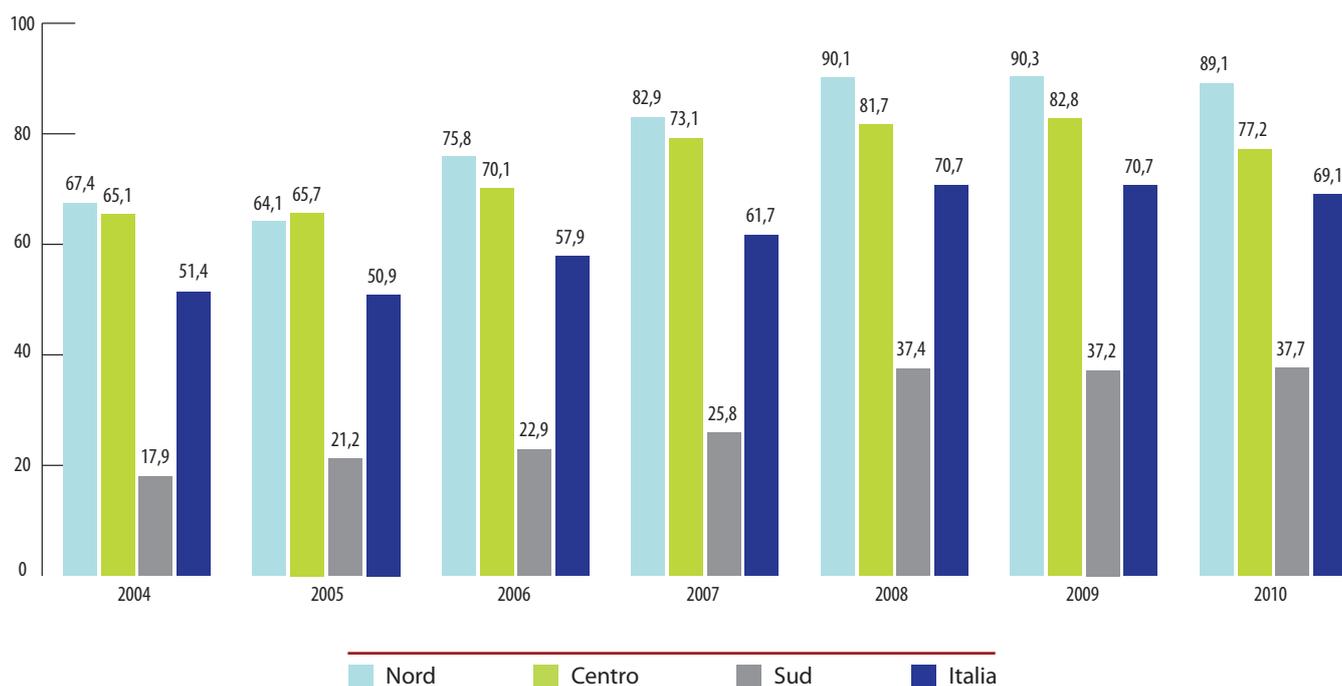


Figura 2.
Estensione effettiva dei programmi di screening del tumore della mammella per zona geografica 2004-2010



ne generale, ma solo dopo un rigoroso percorso di analisi su se stesso. Non manca un tema classico per gli screening: le disuguaglianze e come i programmi di screening si attrezzano per valutarle e ridurle. Il convegno che si è svolto a Viterbo a inizio estate 2011 ha offerto l'occasione per molte riflessioni in quest'ambito e ce ne parlano *Gessica Martello* e *Paola PolSELLI*. Mentre sul fronte concreto dei risultati nel contrasto alle disuguaglianze, *Livia Giordano* da una parte e *Giuliano Carrozzi* dall'altra, ci forniscono dati interessanti.

❖ I numeri dello screening mammografico

Per quanto riguarda il commento più dettagliato ai dati dello screening mammografico, la figura 1 riporta la copertura dei programmi (estensione nominale) dal 2004 al 2010. Questa figura ci dice quale proporzione delle donne italiane fra i 50 e i 69 anni vivono in un'area dove sono attivi programmi di screening: complessivamente registriamo per la prima volta una diminuzione, per quanto piccola. Si passa infatti dal 93 % al 92%. Un calo cui contribuisce in modo particolare una regione del sud Italia. Anche l'estensione effettiva, cioè la percentuale di donne in età target che effettivamente hanno ricevuto un invito secondo gli intervalli previsti (due anni) mostra un leggero decremento, passando dal 70,7% al 69,1% (figura 2). In questo caso il calo è attribuibile sia al Nord che al Centro, ma non al Sud: in alcune regioni meridionali i programmi si stanno espandendo.

Quest'anno riportiamo anche il dato che riguarda l'allargamento delle fasce di età. Infatti seguendo le indicazioni del ministero della Salute alcune regioni (o alcuni programmi) stanno ampliando la fascia di invito alle 45enni e alle ultrasessantenni. La copertura effettiva di queste fasce è relativamente bassa, raggiungendo quasi il 7% delle 45-

49enni (per cui peraltro si prevede un intervallo annuale) e il 14% delle 70-74enni. Una sola regione, l'Emilia-Romagna, contribuisce per oltre il 70% all'invito delle donne sotto i 50 anni e al 50% per l'invito sopra i 70. Altre regioni stanno programmando l'estensione dello screening mammografico alle donne fra i 45 e i 49 anni.

❖ Il punto di vista di "Passi"

Anche quest'anno accompagna il dato della survey Ons con l'informazione raccolta dal Sistema di sorveglianza Passi, che ci dà conto della copertura al test complessiva, comprensiva sia della quota di donne che ha eseguito l'esame senza pagamento di ticket, sia della quota di adesione spontanea. Da una comparazione dei risultati con la survey Ons si vede che la maggior parte degli esami eseguiti gratuitamente sono avvenuti all'interno di programmi orga-

nizzati. Si stima che circa il 70% (un leggero aumento di 2 punti rispetto alla rilevazione dell'anno precedente) delle donne 50-69enni abbia eseguito la mammografia preventiva nel corso dei precedenti due anni. La copertura complessiva al test di screening raggiunge valori più alti al Nord (81%) e al Centro (77%) ed è significativamente più bassa al Sud e nelle isole (52%). Come l'anno scorso oltre il 70% di queste donne riferisce di aver eseguito l'ultimo test all'interno di programmi organizzati e l'altro 30% al di fuori. Come l'anno scorso è importante notare come la marcata differenza fra Nord (dove siamo a valori superiori all'80%), Centro (dove si supera il 75%) e il Sud e le isole (che si fermano poco oltre il 50%) sia tutto a carico della quota di esami eseguiti gratuitamente). Come l'anno scorso, quindi, si può concludere che il recupero del divario fra Centro-Nord e Sud in questo campo passa attraverso il decollo dei programmi organizzati.❖



GLI SCREENING ALLA CONQUISTA DI ROMA

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

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

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

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

❖ Operazione a tenaglia

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

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

Regione Lazio), organo tecnico della Regione il cui compito è fornire informazioni e conoscenze scientifiche finalizzate al governo e alla gestione del Sistema sanitario regionale.

«Stiamo lavorando a tutto campo», spiega Alessandra Barca, responsabile dell'U.O.S. Prevenzione e sistemi di screening di Laziosanità-Asp, «cercando innanzitutto le modalità ottimali per integrare le grandi strutture sanitarie romane con i percorsi di screening. Il loro può essere un contributo prezioso, sia per le competenze e le risorse di cui dispongono, sia per ridurre la mole di attività che oggi fa capo alle Asl e che non sempre queste ultime, dalle limitate risorse umane e strutturali, possono smaltire nei tempi opportuni».

❖ Fare squadra

La soluzione identificata, per il momento, è «l'attuazione di convenzioni tra le aziende ospedaliere che consentono di esternalizzare una parte dello screening a strutture che oggi ne sono escluse», dice Barca. Per lo screening del cancro del seno, la Asl Roma G ha istituito una convenzione con l'ospedale San Giovanni, che possiede una Breast unit e quindi ha tutti i requisiti per fornire il servizio. L'Asl di Rieti ha firmato una convenzione con l'ospedale Sant'Andrea per la lettura dei Pap test. La Asl Roma E, sul cui territorio insistono diverse strutture ospedaliere di elevata attrattività per i pazienti, sta per stipulare una convenzione con l'ospedale Sant'Andrea che avrà il compito di erogare una parte delle colonoscopie di screening.

«Tutto ciò è facilitato dal passaggio al nuovo sistema informativo degli screening che uniformerà le procedure mettendo definitivamente in rete le strutture della Regione».

❖ Missione appropriatezza

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

«Lo strumento è la regolamentazione delle prescrizioni di prestazioni di specialistica ambulatoriale da applicare sia alla mammella sia al colon. Per quanto concerne la mammografia, è stato messo a punto da esperti afferenti agli screening e clinici che lavorano in Breast unit un documento che identifica classi di priorità per la prescrizione dell'esame», illustra la referente regionale.

«Il documento stabilisce quali sono i criteri per identificare le donne che necessitano di un approccio di tipo clinico. Per queste donne il medico di medicina generale può prescrivere una visita. Al contrario, le altre (cioè la popolazione sana) vengono inviate all'interno del percorso di screening».

A tutto ciò si affianca un intenso lavoro dietro le quinte: «Facciamo comunicazione, abbiamo uniformato i numeri verdi e stiamo facendo corsi per gli operatori dei call center». Analogo l'approccio alle colonscopie. In tal caso, tuttavia, si aggiunge un ulteriore elemento di complessità da districare: l'impossibilità del sistema di rispondere in maniera efficiente e tempestiva alla richiesta di colonscopie, siano esse

cliniche o di screening. Si pensi che se nel Lazio si raggiungesse l'adesione ottimale allo screening del colon retto, e dunque 800 mila persone ogni anno eseguissero il test del sangue occulto fecale, ciò indurrebbe una richiesta di 20 mila colonscopie l'anno.

Questi provvedimenti, al momento, sono stati proposti e inviati alle autorità regionali a cui spetta il compito dell'adozione. ❖

Fiducia vuol dire adesione

L'esperienza di un'utente mostra come il più grande freno alla tentazione dello screening spontaneo sia l'affidabilità dei programmi organizzati. Quando il servizio è percepito come funzionante e il personale come competente, le sirene dei test "fai da te" perdono di fascino

«Non mi è mai venuto in mente di ricorrere a percorsi di prevenzione extra-screening. Sì, ho fatto una mammografia prima di raggiungere i 50 anni. A consigliarmelo è stato il mio ginecologo, che riteneva che fosse opportuno sottoporsi almeno una volta all'esame prima di raggiungere l'età della chiamata del programma di screening. Naturalmente, faccio regolarmente l'autopalpazione. Ma mi fido di quel che mi dicono gli screening e se mi indicano una mammografia ogni due anni so che lo fanno perché è questo il miglior modo per fare prevenzione del cancro del seno».

Italia ha 56 anni, lavora nella sanità ma dice che non è questa "vicinanza" ad aver prodotto la fiducia che nutre nei confronti dei programmi organizzati di screening. Piuttosto è stato toccare con mano un servizio funzionante, accogliente, competente.

«La mia "carriera" da utente dello screening mammografico è tutto sommato breve. Tre inviti. E sempre puntuali, dal momento del compi-

mento del cinquantesimo anno», racconta. Salvo in un caso: un ritardo inspiegabile nella ricezione dell'invito che per qualche istante ha fatto vacillare l'idea positiva che il primo contatto con gli screening aveva prodotto. «Tuttavia - si affrettava a precisare Italia - gli screening non avevano colpa. Era un ritardo delle Poste, che spesso prendono sotto gamba gli inviti e non capiscono che una loro mancanza può ripercuotersi sulla fiducia che le utenti nutrono in questo servizio».

Per il resto, l'esperienza con gli screening della signora Italia non ha una pecca. «Il tutto è ben organizzato. L'accoglienza è ottima così come i servizi di segreteria. Il tecnico radiologo competente.

L'informazione veicolata sia attraverso la lettera di invito sia all'interno della nostra Asl esaustiva».

Non stupisce, allora, che anche le altre donne che hanno eseguito l'esame non nutrano sentimenti diversi. «Lo percepisco intorno a me. Sono soddisfatte, ne parlano bene. E sono loro il primo veicolo di promozione dello screening». ❖

Prima l'essenziale

Come comportarsi con i gruppi a maggior rischio di cancro al seno? Richiamarli più frequentemente o seguire le indicazioni che valgono per la popolazione generale? La Liguria sta cercando di rispondere con una conferenza di consenso

Basta poco per disperdere la cultura dello screening: un periodo di risorse economiche limitate, pensionamenti e trasferimenti di personale con una formazione specifica e il lavoro di anni rischia di andare perduto. Lo sa bene la Liguria che, dopo una fase di avvio positiva del programma di screening mammografico all'inizio del 2000, si sta scontrando ora con difficoltà inattese. «Stiamo rischiando di perdere l'obiettivo dello screening, e i programmi stanno virando troppo verso un approccio di tipo clinico». A lanciare l'allarme è la coordinatrice degli screening oncologici in Liguria, Luigina Bonelli, che spiega la deriva dello screening mammografico ligure come conseguenza «dell'affiancamento per il rientro economico in cui la Regione si è ritrovata invischiata dopo il 2005 e dell'avvicendamento del personale, che ha comportato la sostituzione dei radiologi di screening con altri caratterizzati da una mentalità più clinica».

❖ Tanto per pochi, poco per tanti

La situazione della Regione è paradossale: «Da una parte, c'è un alto tasso di richiamo a un anno, che oscilla tra il 3 e il 20 per cento a seconda delle Asl. Dall'altro c'è una bassa adesione generale allo screening, riconducibile al mancato invito». Il nodo ligure sta nella eccessiva "attenzione" a quelle pazienti che si situano in un'area grigia: quella dell'aumentato rischio di cancro al seno, come le donne con mammel-

la densa o in trattamento con ormonoterapia, tanto per fare qualche esempio. «Il problema sostanziale - spiega Bonelli - è che se ci sono evidenze scientifiche che questi gruppi presentano un aumento del rischio, mancano tuttavia le prove quando si va a indagare su quale sia l'approccio migliore da adottare nei loro confronti. Siamo sicuri che essere più aggressivi faccia bene?». Oggi ci si comporta come se fosse così e il risultato è quello di «essere capillari per un sottogruppo, ma non invitare la gran parte delle donne che ha diritto allo screening», afferma Bonelli.

❖ Alla ricerca di un accordo

Oggi la Liguria, cogliendo l'occasione del varo del Piano nazionale della prevenzione 2010-2012, sta cercando di correre ai ripari e di correggere all'origine le storture dei programmi di screening. Per trovare un accordo sull'argomento si è deciso di lavorare a un documento di consenso. «Abbiamo condotto una prima revisione della letteratura che ci ha portato a dire che con queste donne non abbiamo motivo di comportarci in maniera diversa dalla popolazione generale». Il documento frutto della revisione è stato poi sottoposto a un gruppo di sei esperti italiani in tema di screening mammografico.

Secondo gli esperti, in assenza di evidenze, occorre dare precedenza a strategie finalizzate al raggiungimento di una maggiore copertura della popolazione generale. Soltanto quando si siano raggiunti

obiettivi ottimali su questo fronte si può prendere in considerazione l'invito più frequente dei gruppi a rischio. Lo step successivo sarà l'organizzazione di una conferenza di consenso che rispetti in pieno i criteri dei *National Institutes of Health* americani.

❖ Screening ammalato di paura

Al di là dello scontro tra cultura di screening e clinica, tuttavia, per Bonelli la ragione delle difficoltà dello screening mammografico ligure è più profonda.

«È la paura del cancro di intervallo», dice. «Quando basta accendere il televisore per imbattersi nella pubblicità di avvocati e medici legali che offrono tutela contro gli errori sanitari è normale che si sfoci nella medicina difensiva».

Paradossalmente, gli screening in virtù dei maggiori controlli di qualità che li caratterizzano ne sono le vittime principali. «La mammografia non è un test perfetto. Il rischio di errore, per quanto piccolo, non è azzerabile».

Come se ne esce, allora?

«Col dialogo, innanzitutto. Che negli ultimi anni, però, è stato più difficile dopo la chiusura della sezione di senologia della Sirm (Società italiana di radiologia medica) in Liguria.

L'assenza di un interlocutore unico sta rendendo più complicato il processo di costruzione di linee di condotta condivise. Tuttavia, la conferenza di consenso potrà essere il primo passo», conclude. ❖

A CHI CONVIENE LO SCREENING SPONTANEO?

A prima vista potrebbe sembrare che l'organizzazione complessa dei programmi di screening sia più costosa della prevenzione individuale. Ma così non è. Lo dimostra un dettagliato studio sui costi del "primo livello" dello screening mammografico

Il ricorso a forme di prevenzione opportunistica sembra offrire una protezione per il cancro al seno, ma scarse sono le conoscenze sulla reale efficacia rispetto ai percorsi organizzati di screening. Ancor meno si sa sui costi.

Apparentemente, per il Servizio sanitario, offrire test occasionali potrebbe apparire più conveniente rispetto al sostenere un sistema complesso e articolato come quello degli screening.

Ma così non è, come dimostra un dettagliato lavoro realizzato nell'ambito dei finanziamenti per la ricerca applicata agli screening.

«Il lavoro - spiega la coordinatrice nazionale del progetto, Paola Mantellini dell'Ispo di Firenze - voleva innanzitutto rispondere a una domanda semplice: quanto costa lo screening mammografico?

Sia esso organizzato o spontaneo». Domanda per nulla scontata, che ha costretto i ricercatori a scendere nei dettagli di ogni step del processo di screening.

L'analisi ha preso in considerazione la prima fase dello screening, fermandosi al momento dell'intervento terapeutico: dall'invio della lettera di invito (ma solo per lo screening organizzato) passando per la mammografia fino all'eventuale approfondimento diagnostico.

❖ Cos'è lo spontaneo?

«La prima scoperta dell'indagine, condotta in sei programmi di screening (due in Veneto, uno in Emilia Romagna, due in Toscana e uno in Basilicata) è stata la diffi-

coltà nel definire lo screening spontaneo. In genere ci lo si pensa come se fosse una realtà strutturata, con caratteristiche definite. Ma così non è», spiega Mantellini.

Lo screening spontaneo, di fatto, non esiste come categoria autonoma: «Nella maggior parte delle realtà censite le donne con accesso spontaneo vengono gestite con le stesse modalità con cui si gestiscono le donne in follow up, o con sintomi sospetti di cancro al seno. Si ritrovano nella stessa sala di attesa. Spesso eseguono gli stessi esami e, insieme alla mammografia, si sottopongono a un'ecografia e a una visita. Inoltre non esiste un protocollo condiviso per il richiamo o una popolazione di riferimento».

Di questa entità molto variegata il gruppo ha cercato di calcolare i costi, così come delle strategie di prevenzione all'interno dei programmi organizzati di screening che, sebbene codificate nel dettaglio, non hanno mostrato grande uniformità tra i diversi programmi analizzati.

❖ Organizzato batte spontaneo 2:3

In media, l'esame nel percorso organizzato costa intorno ai 55 euro. Circa 32 sono additabili al primo livello (cioè la mammografia e il processo di doppia lettura), il rimanente si divide tra invito, secondo livello (cioè gli approfondimenti tesi a confermare o escludere il sospetto diagnostico evidenziato in sede di mammografia) e archiviazione. I costi, in tutte le

fasi del processo, sono risultati molto variegati tra i diversi programmi e risultano influenzati dalla tecnologia utilizzata, dal modello organizzativo, dall'eventuale ricorso all'outsourcing e dalle caratteristiche del territorio in cui il programma interviene.

Molto più alto è risultato il costo dello screening spontaneo: circa 90 euro per donna, con una differenza netta di 38 euro rispetto allo screening organizzato.

55 euro.

Tanto costa

il primo livello nello screening organizzato.

Circa 90

in quello spontaneo

Infatti, «sebbene lo screening spontaneo faccia "risparmiare" i costi dell'invito, questo vantaggio si perde nella fase di esecuzione dell'esame e degli approfondimenti diagnostici. In particolare, la presenza sistematica di medico, tecnico sanitario di radiologia medica e infermiere e la dotazione tecnologica dell'ambulatorio (che prevede la presenza dell'ecografo oltre al mammografo) fa lievitare i costi», conclude Mantellini.

I risultati dello studio verranno presentati nel dettaglio in un libro in corso di stampa a cura di Paola Mantellini e Giuseppe Lippi. ❖

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 Veneto, 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 ispet-

tive. Le *site visits* italiane, al contrario, si basano su un approccio non verticistico ma fondato sul confronto tra pari e, attraverso l'analisi dei diversi aspetti dello screening, mira alla correzione degli errori e alla diffusione delle best practice.

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

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

❖ Un buon inizio

Per il momento i risultati sembrano positivi. «Una bella esperienza», ha commentato Emanuela Anghinoni, coordinatrice dei programmi di screening dell'Azienda sanitaria locale della Provincia di Mantova. «Tutti sappiamo quali sono i problemi, ma è importante che a coglierli sia anche un occhio esterno e competente in grado di proporre soluzioni efficaci».

A Mantova, il gruppo di "visitatori" ha riscontrato una buona situazione nell'organizzazione e nella gestione dello screening. Ma non ha mancato di segnalare degli aspetti migliorabili. «Per esempio, il persistere dell'uso della carta nella

refertazione delle mammografie», dice Anghinoni. Nella Asl, la prima lettura viene effettuata dall'Azienda ospedaliera che effettua la mammografia, mentre la seconda è centralizzata presso l'Azienda ospedaliera Carlo Poma dove il radiologo riceve la mammografia con la refertazione cartacea. «Questa procedura, oltre a essere poco efficiente, non garantisce l'indipendenza delle due letture. Infatti nulla vieta al secondo radiologo di "buttare l'occhio" alla diagnosi del collega vanificando, di fatto, l'utilità della seconda lettura».

Tutti sappiamo quali sono i problemi, ma è importante che a coglierli sia anche un occhio esperto in grado di proporre soluzioni efficaci

La visita ha inoltre consentito di comprendere una delle ragioni che sottendono la ritrosia ad abbandonare la carta, soprattutto da parte del secondo lettore: «La paura che utilizzando due monitor, uno per vedere la mammografia, uno per refertare, si possa incorrere in errori derivanti da una scorretta associazione tra immagine e referto. Visualizzando entrambi gli elementi su un unico schermo, invece, si potrebbe ottenere una riduzione dei margini di errore e dei timori dei professionisti. Il tutto a vantaggio della qualità del programma di screening», conclude Anghinoni. ❖

Rendersi conto per rendere conto

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

In tempi di crisi così grave comprendere in che modo l'amministrazione pubblica trasforma le risorse a cui attinge in "valore" per la popolazione è diventato ancora più importante. Non soltanto per ragioni di trasparenza, ma anche e soprattutto per legittimare la destinazione di risorse sempre più scarse a un impiego piuttosto che a un altro e per rafforzare la legittimità del proprio operato agli occhi della cittadinanza. È questo lo scopo della "rendicontazione sociale", una delle principali acquisizioni della comunicazione pubblica degli ultimi anni, che è andata ad affiancare il tradizionale bilancio finora concepito come mero dato economico e finanziario.

«Il bilancio sociale è il risultato di un processo attraverso il quale l'amministrazione pubblica rende conto delle scelte, delle attività, dei risultati e dell'impiego di risorse in un certo periodo. L'attività è finaliz-

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

zata a consentire ai cittadini e ai diversi interlocutori di conoscere e formulare un proprio giudizio su come l'amministrazione realizza la propria missione istituzionale e il proprio mandato», spiega Angelo Tanese, coordinatore del gruppo di esperti che ha redatto, per conto

del dipartimento della Funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei ministri, le Linee guida per la rendicontazione sociale nelle amministrazioni pubbliche. «Nel caso degli screening, e più in generale della sanità, redigere un bilancio sociale significa avviare una riflessione che mostri in che modo quell'organizzazione, quelle risorse, quei professionisti stanno producendo qualcosa che impatta sulla salute e sulla qualità della vita 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 collaborazione dei diversi soggetti, sia interni sia esterni all'organizzazione, e al miglioramento complessivo del sistema».

❖ Tempo di bilanci

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

lavoro dall'Asp Lazio. Ma l'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 racco-

mandazioni 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».❖



LA QUALITÀ È NELL'INTERVALLO

La valutazione dei tumori che insorgono nei due anni successivi a una mammografia negativa è uno dei più potenti indicatori della qualità di un programma di screening. Tuttavia, sono ancora troppo pochi quelli che valutano in maniera sistematica e continua i cancri di intervallo

La ricerca dei cancri di intervallo è il più potente e accurato indicatore della sensibilità di un programma di screening mammografico nel breve termine. Dà infatti la dimensione dei tumori sfuggiti e di cui non si è riusciti ad avere un'anticipazione diagnostica perché non c'erano al momento dell'esecuzione dell'indagine, erano nascosti o, semplicemente, non sono stati visti dai due operatori che hanno eseguito la lettura della mammografia. In concreto, i cancri di intervallo sono quei carcinomi che vengono evidenziati nell'intervallo tra un round di screening con esito negativo e quello successivo. La loro frequenza, spiega Stefano Ciatto, consulente per lo screening mammografico di Padova, «è comunemente misurata come il rapporto tra i cancri di intervallo effettivamente registrati e i cancri della mammella attesi se non fosse presente lo screening in quel territorio». In pratica, in uno screening perfetto questo valore sarebbe pari a 0, mentre se lo screening fosse completamente inefficace raggiungerebbe il valore del 100%. Nella realtà, il valore accettabile fissato dalle linee guida europee (European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis) è del 30% nel primo anno successivo a una mammografia negativa e del 50% nel secondo anno.

❖ Misurare, prima di tutto

Ancor prima dei risultati, tuttavia, la priorità è l'effettiva misurazione dell'indicatore all'interno dei programmi di screening. «Già dal prossimo anno il Gisma (Gruppo italiano per lo screening mammografi-

co) potrebbe inserire l'indicatore tra quelli da rilevare obbligatoriamente», anticipa Ciatto. Oggi, infatti, la rilevazione dei cancri di intervallo è tutt'altro che uniforme sul territorio e quasi mai è sistematica. «In una recente indagine realizzata dal Gisma - racconta Paolo Giorgi Rossi, dell'Agenzia di sanità pubblica della Regione Lazio - è stato chiesto a tutti i programmi di screening mammografico attivi in Italia (circa 120) se avessero fatto almeno una volta la ricerca dei cancri di intervallo. Hanno risposto in 100 e il 70 per cento ha risposto positivamente».

Il risultato è stato per certi versi sorprendente. Quella della valutazione dei cancri di intervallo è infatti un tipo di attività metodologicamente diversa dalle altre che caratterizzano gli screening. «Non si tratta di analizzare qualcosa che hai al tuo interno - spiega Giorgi Rossi - ma di cercare dati all'esterno del sistema screening accedendo ai Registri tumori, laddove disponibili, o alle schede di dimissioni ospedaliere. Questo rende tutto più complicato».

Ci si aspettava, dunque, che la ricerca dei cancri di intervallo fosse un'attività limitata ai programmi di eccellenza che dispongono di elevate competenze e di risorse. I risultati dell'indagine sembrano smentire questa ipotesi «anche se la qualità delle rilevazioni e la frequenza con cui sono effettuate è risultata essere molto eterogenea», precisa Giorgi Rossi.

Sarà anche per questo che uno studio realizzato, tra gli altri, da Stefano Ciatto e pubblicato sul numero di luglio-agosto della rivista Tumori, ha evidenziato che soltanto un ristretto numero di pro-

grammi arriva a pubblicare le proprie analisi dei cancri di intervallo su riviste indicizzate. E allora si tratta delle eccellenze, come dimostrano i valori del rapporto tra cancri intervallo rilevati e tumori attesi: nella quasi totalità dei casi al di sotto delle soglie fissate dalle linee guida europee.

❖ Protezione dei dati, protezione della salute?

La ricerca dei cancri di intervallo, tuttavia, trova ostacoli non soltanto nella scarsa risposta dei programmi di screening. «Spesso l'interpretazione della normativa sulla privacy che viene data da alcune Regioni è ostativa», sottolinea Giorgi Rossi. E tra le maglie della legge, quella che rimane impigliata è la tutela della salute. Per realizzare l'analisi dei cancri di intervallo, la strada più battuta è quella di incrociare i dati degli screening con quelli risultanti dalle schede di dimissione ospedaliere. «La normativa però prevede che gli unici autorizzati a trattare i dati personali della donna siano quanti la hanno in cura: la Asl o, se l'interpretazione è particolarmente restrittiva, addirittura i singoli clinici», spiega l'epidemiologo. «Per definire le eccezioni sono necessarie vere e proprie leggi dello Stato o delle Regioni, votate in Parlamento o in consiglio regionale. Ma è impensabile che questi si esprimano su ogni singola attività che preveda l'analisi dei dati. E così diventa quasi impossibile per un soggetto terzo, sia anche istituzionale, svolgere l'attività di ricerca dei cancri di intervallo». Salvo trovare vie di fuga che a volte sono anche poco ortodosse.

Il paradosso è che, come spesso accade, il problema è più di forma che di sostanza. Di fatto a questi dati accedono già soggetti terzi, in genere afferenti a istituzioni pubbliche (per esempio per la valutazione dei rimborsi delle prestazioni). Consentire l'accesso anche a membri di istituzioni che si occupano della valutazione degli screening non aumenterebbe quindi che di qualche unità il numero degli "occhi". E i benefici sulla qualità dei programmi di screening e sulla salute della popolazione sarebbero tangibili, giacché la disponibilità di questo indicatore consente di mettere in pratica processi di correzione degli errori.

❖ L'errore fa paura

Quelli normativi non sono gli unici freni all'affermazione sistematica della valutazione dei cancri di inter-

vallo. Paradossalmente, proprio lo sforzo dei programmi organizzati di screening di conoscere l'errore allo scopo di migliorare la qualità li espone al rischio della medicina difensiva.

«Il cancro di intervallo sta là a certificare che lo screening non è uno strumento perfetto», dice Ciatto. Ma se da una parte ciò significa che è possibile mettere in atto interventi per correggerlo, dall'altra significa esporre a contenziosi legali.

In realtà, il cancro di intervallo soltanto in una piccolissima percentuale di casi è sinonimo di errore dell'operatore. «In più di 3 casi su 5 - spiega il radiologo - se si va a rianalizzare la mammografia di una donna in cui è stato successivamente riscontrato un cancro non si vede nulla: il cancro era nascosto per le caratteristiche del seno, o per limiti dell'indagine radiografica, oppure non c'era affatto. In più di un caso su cinque si riscontrano

lesioni borderline, minime, per le quali era ammissibile che il radiologo non inviasse la donna a eseguire un approfondimento. Soltanto in un caso su cinque si può parlare di errore del radiologo».

Tuttavia, spiega Ciatto, per quanto comprimibile, il rischio di errore non è azzerabile ed è in pratica inevitabile per un radiologo incappavi nel corso della propria vita professionale. «Per mantenere alti standard qualitativi gli si chiede che legga almeno 5.000 mammografie all'anno, ma l'aumento del numero di prestazioni inevitabilmente aumenta anche il rischio di incorrere in un errore».

Ecco allora l'innalzamento dei premi assicurativi e il timore della medicina difensiva. Che rischia di mandare a gambe all'aria il razionale dello screening con l'invio troppo frequente (e cautelativo) della donna a eseguire approfondimenti.❖



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 Program-ma integrato in oncologia (Pio), un progetto del ministero della Salute che tra i diversi obiettivi mira alla messa a punto di interventi per ridurre le disuguaglianze nell'accesso allo screening. Diverse le strade su cui si è mosso il progetto. «Una parte del lavoro - spiega Livia Giordano, del Centro di riferimento per l'epidemiologia e la prevenzione oncologica (Cpo) in Piemonte di Torino - si è concretizzata in un'analisi della letteratura scientifica per verificare se esistono in altri Paesi esperienze di valutazione dell'adesione allo screening nella popolazione immigrata e strategie per aumentarla».

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

❖ Aumentare la conoscenza

In questi ultimi, infatti, ancora faticano ad affermarsi strategie finalizzate all'inclusione dei cittadini immigrati. È quel che è emerso da una seconda fase del lavoro, che ha scattato una fotografia della situazione esistente in Italia attraverso l'invio di questionari a tutti i programmi di screening.

L'obiettivo era quello di capire innanzitutto se i programmi fossero in grado di scorporare la popolazione immigrata dalla popolazione generale e poi quali fossero i livelli di adesione.

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

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

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

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

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

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

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

❖ Promuovere l'adesione

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

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

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

Quasi sempre, 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

Nel biennio 2007-2009 sette donne su dieci, tra quelle comprese tra i 50 e i 69 anni, si sono sottoposte a una mammografia. Tre quarti di esse all'interno dei programmi organizzati di screening, le rimanenti in maniera spontanea. Sono i dati rilevati dal sistema di sorveglianza Passi (Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia) che ancora una volta confermano la capacità dei programmi organizzati di screening di ridurre le disuguaglianze nell'accesso alla prevenzione. Sono le difficoltà economiche e i bassi livelli di istruzione i fattori che maggiormente incidono sulle differenze nel ricorso alla prevenzione: l'adesione è del 64% nelle donne con nessun titolo di studio o con licenza elementare, mentre è del 76% in quelle laureate. Ancora più forte l'influsso della condizione economica: si sottopone allo screening il 56% di quante segnalano molte difficoltà economiche a fronte del 77% di chi non ne segnala nessuna.

«Tuttavia le cose cambiano laddove ci sono programmi di screening ben funzionanti», sottolinea Giuliano Carrozzi del dipartimento di Sanità pubblica dell'Azienda unità sanitaria locale di Modena. «I programmi efficienti - identificati come quelli in grado di invitare almeno il 75% della popolazione target - sono infatti in grado di ridurre e quasi di azzerare le disuguaglianze connesse all'istruzione, anche se hanno un impatto più scarso su quelle economiche». Nel dettaglio, laddove gli screening funzionano, le adesioni sono più alte e le differenze tra il segmento della popolazione più istruito e quello con più basso livello di istruzione superano di poco i 4 punti percentuali. Si superano invece i 20 punti laddove gli screening funzionano meno. Tra la fascia più ricca e quella più povera della popolazione si riscontra una differenza di 12 punti laddove sono attivi programmi efficienti e di 17 laddove i programmi non raggiungono gli standard di qualità. «Discorso a parte meritano gli immigrati, che in genere ricorrono meno degli italiani ai servizi di screening», dice Carrozzi. «Anche in questo caso i programmi funzionanti sono in grado di esercitare un effetto livellatore, tanto che i tassi di adesione degli immigrati nei programmi efficienti sono addirittura più alti dei tassi degli italiani che ricorrono allo screening in programmi poco efficienti (63% vs 56%)», 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 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. I dati che presentiamo sono una sintesi di quelli raccolti annualmente e si riferiscono al periodo 2006-2009, per il quale sono disponibili tutti i risultati conseguenti al test di screening positivo. Solo per l'adesione riportiamo il risultato anche per l'anno 2010.

Confrontando i due bienni si registra un incremento del 16% del numero di donne italiane invitate a effettuare una mammografia. Il totale degli inviti passa così da oltre 4.250.000 a quasi 5 milioni. Il 2010 mostra un ulteriore ampliamento di circa il 2% rispetto al 2009.

L'adesione all'invito mostra un dato abbastanza stabile: intorno al 55% nel 2010. Si conferma una maggiore partecipazione nelle due classi di età centrali. Ogni 100 donne esaminate, circa 6 vengono chiamate a effettuare un supplemento di indagine, solitamente una seconda mammografia, un'ecografia e una visita clinica.

Il numero di carcinomi diagnosticati allo screening supera le 12.000 unità nel biennio 2008-09 (a fronte di quasi 2.000 lesioni benigne), con un tasso di identificazione dei tumori abbastanza stabile nei due periodi: circa 5 casi ogni 1.000 donne sottoposte a screening.

Tabella 1.
Dati nazionali di attività di screening mammografico anni 2006-2007, 2008-2009 e 2010

	2006-2007	2008-2009	2010
Numero totale di donne invitate	4.245.675	4.935.484	2.499.400
Numero di donne aderenti all'invito *	2.418.768	2.725.194	1.372.759
Adesione all'invito	57%	55%	55%
Classi di età			
50-54	54%	52%	50%
55-59	60%	58%	58%
60-64	60%	59%	59%
65-69	56%	56%	57%
Numero di donne esaminate (nel periodo considerato) **	2.387.548	2.690.442	
Numero di donne richiamate per approfondimenti	120.945	166.141	
Percentuale di donne richiamate per approfondimenti	5,1%	6,2%	
Numero di biopsie benigne	1.924	1.933	
Numero di carcinomi diagnosticati allo screening	11.489	12.154	
Numero di carcinomi duttali in situ diagnosticati allo screening	1.322	1.508	
Numero di carcinomi invasivi ≤ 10 mm diagnosticati allo screening	3.097	3.423	

* numero di donne che hanno accettato di fare una mammografia in seguito ad invito effettuato nel periodo considerato;

** numero di donne che hanno effettuato una mammografia nel periodo considerato, indipendentemente da quando è stato mandato l'invito.

I NUMERI DELLO SCREENING

Tabella 2. Valutando i principali indicatori raccolti e confrontandoli con gli standard di riferimento derivanti dall'esperienza di programmi sia italiani sia europei, si conferma un buon andamento complessivo dell'attività italiana di screening mammografico.

L'adesione supera il livello accettabile del 50%, il tasso di richiami si assesta su valori medi intorno al 6%, il rapporto tra diagnosi istologiche benigne e maligne nelle donne sottoposte a biopsia chirurgica o intervento è pienamente al di sotto della soglia raccomandata (e tende lentamente a ridursi).

Anche altri indicatori che valutano in modo più diretto la sensibilità del programma, come il tasso di identificazione dei tumori invasivi e quello dei tumori con diametro inferiore ai 10 mm, si dimostrano positivi. Da tenere sotto controllo l'indicatore relativo al trattamento chirurgico conservativo dei tumori con diametro inferiore ai 2 centimetri, per il quale si nota una lieve flessione nel biennio 2008-2009, ai limiti della soglia dell'accettabilità.

Tabella 2.
Indicatori e standard di riferimento

	2006-07	2008-09	2010	Standard accettabile Gisma
Adesione grezza all'invito	57%	55%	55%	≥ 50%
Percentuale di donne richiamate per approfondimenti	5,1%	6,2%		Primo esame: < 7% Esami succ.: < 5%
Rapporto biopsie benigne/maligne	0,17	0,16		Primo esame: ≤ 1 : 1 Esami succ.: ≤ 0,5 : 1
Tasso di identificazione dei tumori	5,2‰	4,9‰		-
Tasso di identificazione dei carcinomi invasivi ≤ 10 mm	1,4‰	1,4‰		-
Percentuale di trattamento chirurgico conservativo nei tumori invasivi ≤ 2 cm	86,1%	84,5%		> 85%

Tabella 3. Il periodo di tempo che intercorre tra la mammografia e il momento in cui è possibile riferire il referto negativo o, per i casi con dubbio diagnostico, il momento in cui si effettua una seduta di approfondimento o l'intervento chirurgico, sono indicatori fondamentali della qualità di un programma di screening.

Purtroppo un gran numero di programmi italiani continua ad essere in difficoltà nel garantire nel tempo la buona qualità di questi indicatori, e i valori permangono ben al di sotto del livello accettabile. Inoltre, il tempo di effettuazione dell'intervento mostra una lieve tendenza al peggioramento.

Tabella 3.
Tempi di attesa

	2006-2007	2008-2009	Standard accettabile Gisma
Invio dell'esito per i casi negativi entro 21 giorni dall'esecuzione della mammografia	71,1%	73%	90%
Approfondimento entro 28 giorni dall'esecuzione della mammografia	68,6%	67,4%	90%
Intervento entro 60 giorni dall'esecuzione della mammografia	58,7%	55,7%	-

Tabella 4. Presenta i dati per macroaree geografiche: Nord, Centro, Sud e Isole. Appare subito chiaro lo scollamento tra i risultati del Nord e Centro Italia e quelli delle zone meridionali e insulari. Il divario riguarda sia il numero di inviti (nel Sud l'attivazione dei programmi è molto più recente e incompleta rispetto al resto del Paese), sia la qualità degli indicatori presi in considerazione. Positivo tuttavia che nel 2010 alcuni indicatori suggeriscono una tendenza al miglioramento per le aree meridionali, con l'eccezione della proporzione di richiami per approfondimenti. L'incremento del tasso di richiami sembra comunque un problema che riguarda tutto il territorio italiano.

Al Nord l'adesione si mantiene stabile intorno al 61%, mentre al Centro si registra un lieve calo nel 2010 (da 61% a 59%), pur mantenendosi sempre al di sopra della soglia di accettabilità. Nel 2010 il Sud mostra un incremento di quasi 5 punti percentuali, ma l'adesione presenta ancora valori di circa il 15-25% in meno rispetto al Centro-Nord, e non riesce mai a raggiungere la soglia di accettabilità.

Anche il numero di donne richiamate al secondo livello, il tasso di identificazione dei tumori e la percentuale di donne con lesioni piccole sottoposte a trattamento chirurgico conservativo presentano lo stesso divario, se confrontati con i dati delle aree del Centro-Nord.

Tabella 4.
Indicatori per macro aree:
Nord, Centro e Sud Italia

	Nord			Centro			Sud e Isole		
	2006-07	2008-09	2010	2006-07	2008-09	2010	2006-07	2008-09	2010
Numero totale di donne invitate	2.664.002	2.890.344	1.472.138	1.026.167	1.154.545	559.250	555.506	890.595	468.012
Numero di donne aderenti all'invito *	1.640.376	1.760.972	874.273	574.612	640.629	309.191	203.780	323.593	189.295
Adesione all'invito	62%	61%	59%	56%	55%	55%	37%	36%	40%
Numero di donne esaminate nel periodo **	1.597.850	1.777.104		540.013	623.717		249.685	289.621	
Proporzione di donne richiamate per approfondimenti	4,7%	5,9%		5,8%	6,1%		5,8%	8%	
Biopsie benigne	1.357	1.305		418	394		149	234	
Tasso di identificazione dei carcinomi	5,3‰	5‰		5,3‰	5‰		5‰	4,1‰	
Tasso di identificazione dei carcinomi invasivi ≤ 10 mm	1,4‰	1,4‰		1,7‰	1,7‰		1,3‰	0,7‰	
Percentuale di trattamento chirurgico conservativo nei tumori invasivi ≤ 2 cm	88,1%	86,3%		82,5%	79,1%		73,4%	83,3%	

* numero di donne che hanno accettato di fare una mammografia in seguito a invito effettuato nel periodo considerato;

** numero di donne che hanno effettuato una mammografia nel periodo considerato, indipendentemente da quando è stato mandato l'invito.

Inviti nelle fasce di età 45-49 e 70-74 anni.

Nel 2010 in alcune zone d'Italia è iniziato l'invito per le donne nelle fasce di età 45-49 e 70-74, con modalità diverse. Le indicazioni per le donne 45-49enni prevedono l'invito a effettuare una mammografia ogni anno, mentre per le donne oltre i 69 anni il protocollo è uguale a quello delle 50-69, ovvero una mammografia ogni 2 anni. Nel 2010, a fronte di una popolazione di 2.343.039 donne di età 45-49, è stato invitato il 6,6% della popolazione, corrispondente a 154.432 donne. Di queste, il 73,6% sono donne dell'Emilia Romagna, che dal 2010 invita attivamente tutte le donne in questa fascia di età. Il 20,2% di donne vive invece in Piemonte, che invita attivamente solo coloro che si presentano per la prima volta in modo spontaneo, mentre il restante 6,2% appartiene a programmi sparsi in varie regioni italiane e che utilizzano modalità di invito diverse.

Per quanto riguarda le ultrasettantenni, a fronte di una popolazione bersaglio annuale di 826.083 donne nella fascia di età 70-74, nel 2010 ne sono state invitate 116.417, corrispondenti al 14,1%. Di queste, il 51,3% fa parte della regione Emilia Romagna, che sempre dal 2010 invita attivamente tutte le donne in questa fascia di età, il 20,9% proviene dalla Lombardia e il restante 17,8% da programmi sparsi in varie regioni italiane, basati su protocolli diversi: invito attivo o invito riservato solo a chi ha partecipato all'ultima convocazione di screening prima dei 70 anni.

Tabella 5. Una parte dei programmi di screening italiani (in termini di volume di attività, questi programmi coprono circa la metà degli esami di screening effettuati in Italia) forniscono informazioni dettagliate sull'indagine diagnostica e sulla terapia dei casi trovati allo screening, nell'ambito della cosiddetta survey SQTM. Dal 1997 questa indagine permette di disporre di una fotografia precisa dell'intero percorso assistenziale generato dallo screening. Il confronto degli indicatori SQTM raccolti nei due periodi è confortante e permette di cogliere un generale sforzo di correzione, con alcuni miglioramenti misurabili.

L'indicatore sulla diagnosi pre-operatoria è sensibilmente migliorato nel corso degli anni. È infatti importante che il chirurgo, al momento dell'intervento, sia a conoscenza della diagnosi e possa operare subito in modo definitivo. La diagnosi attraverso lo screening di tumori in situ piccoli e a prognosi favorevole consente di conservare la mammella nella grande maggioranza dei casi (oltre il 90% nel 2008/2009). Negli ultimi anni la dissezione ascellare è stata gradualmente sostituita dalla pratica del linfonodo sentinella, molto più gradita alle donne per la semplicità e il minor tasso di complicanze. L'obiettivo è che questa tecnica venga praticata in almeno il 95% dei casi in cui i linfonodi non sono affetti dalla malattia. Da questo punto di vista il progresso tra i due periodi di tempo è stato notevole (dall'82% all'86%), anche se occorre incrementare ulteriormente gli sforzi. Ciò vale anche a maggior ragione per quanto riguarda l'effettuazione della dissezione ascellare nei cosiddetti carcinomi duttali in situ, nei quali rappresenta nella quasi totalità dei casi un sovratrattamento.

D'altro canto, l'obiettivo sui tempi di attesa non è stato raggiunto e poco più della metà delle donne esegue l'intervento entro un mese dalla decisione di operare. Anche se l'efficacia dell'intervento non è compromessa, un'attesa eccessiva può indurre ansia e riflessi negativi sulla qualità della vita. Questi risultati devono pertanto suscitare attenzione ed essere corretti, pur mantenendo la raccomandazione di servirsi dei centri clinici di maggiore qualità e preferibilmente dedicati in modo specialistico al tumore della mammella.

Tabella 5.
Dati di trattamento -
survey SQTM
(screening mammografico)

	2006-2007	2008-2009	Standard accettabile Gisma
Disponibilità della diagnosi pre-operatoria	74,9%	76,6%	> 70%
Chirurgia conservativa (in situ entro 2 centimetri)	89,4%	90,6%	> 85%
Solo linfonodo sentinella nei carcinomi invasivi con linfonodi negativi	82,3%	85,8%	> 95%
Lesioni in situ nelle quali si evita la dissezione ascellare	90,4%	93,4%	> 95%
Intervento entro 30 giorni dalla prescrizione	56,1%	54,2%	> 80%

Il progetto SQTM

SQTM (l'acronimo sta per Scheda sulla qualità della diagnosi e della terapia del carcinoma mammario) è un software che si propone di facilitare il monitoraggio della qualità della diagnosi, del trattamento e del follow up del carcinoma mammario e degli indicatori di efficacia dello screening mammografico. Il progetto è condotto da un gruppo multidisciplinare del Gisma. Coordina il progetto l'unità di Epidemiologia del Centro di riferimento regionale per l'epidemiologia e la prevenzione oncologica (Cpo-Piemonte) di Torino.

LO SCREENING DEL TUMORE DELLA MAMMELLA, VISTO DA «PASSI»

Sulla base dei dati raccolti dal Sistema di sorveglianza Passi, si stima che in Italia nel 2010 circa il 70% delle donne 50-69enni abbia eseguito la mammografia preventiva nel corso dei precedenti due anni. La copertura complessiva al test di screening raggiunge valori più alti al Nord (81%) e al Centro (77%) ed è significativamente più bassa al Sud e nelle Isole (52%), come mostrano le figure 1 e 2. Il sistema Passi informa sulla copertura complessiva al test, comprensiva sia della quota di mammografie eseguite all'interno dei programmi di screening organizzati, sia di quelle eseguite come prevenzione individuale (vedi box). Il ricorso alla mammografia al di fuori dei programmi di screening organizzati, è più contenuto rispetto a quello osservato nel Pap test: a livello nazionale si stima infatti che il 20% delle donne 50-69enni abbia eseguito la mammografia come prevenzione individuale (range: 4% Basilicata e Valle d'Aosta - 34% Liguria) rispetto al 38% dello screening cervicale. Considerando le donne che hanno eseguito la mammografia nei tempi raccomandati, una su cinque l'ha effettuata al di fuori dei programmi organizzati.

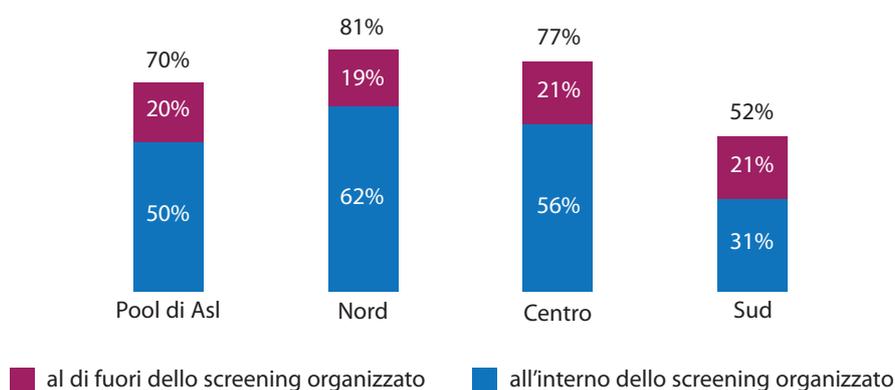


Figura 1.
Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni (%)
donne 50-69enni (%)
Pool Passi 2010 (n.6.815)

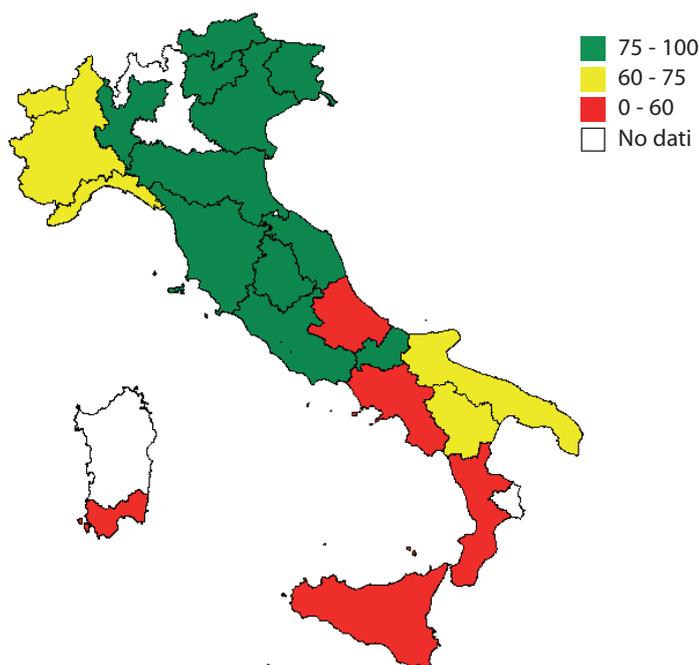
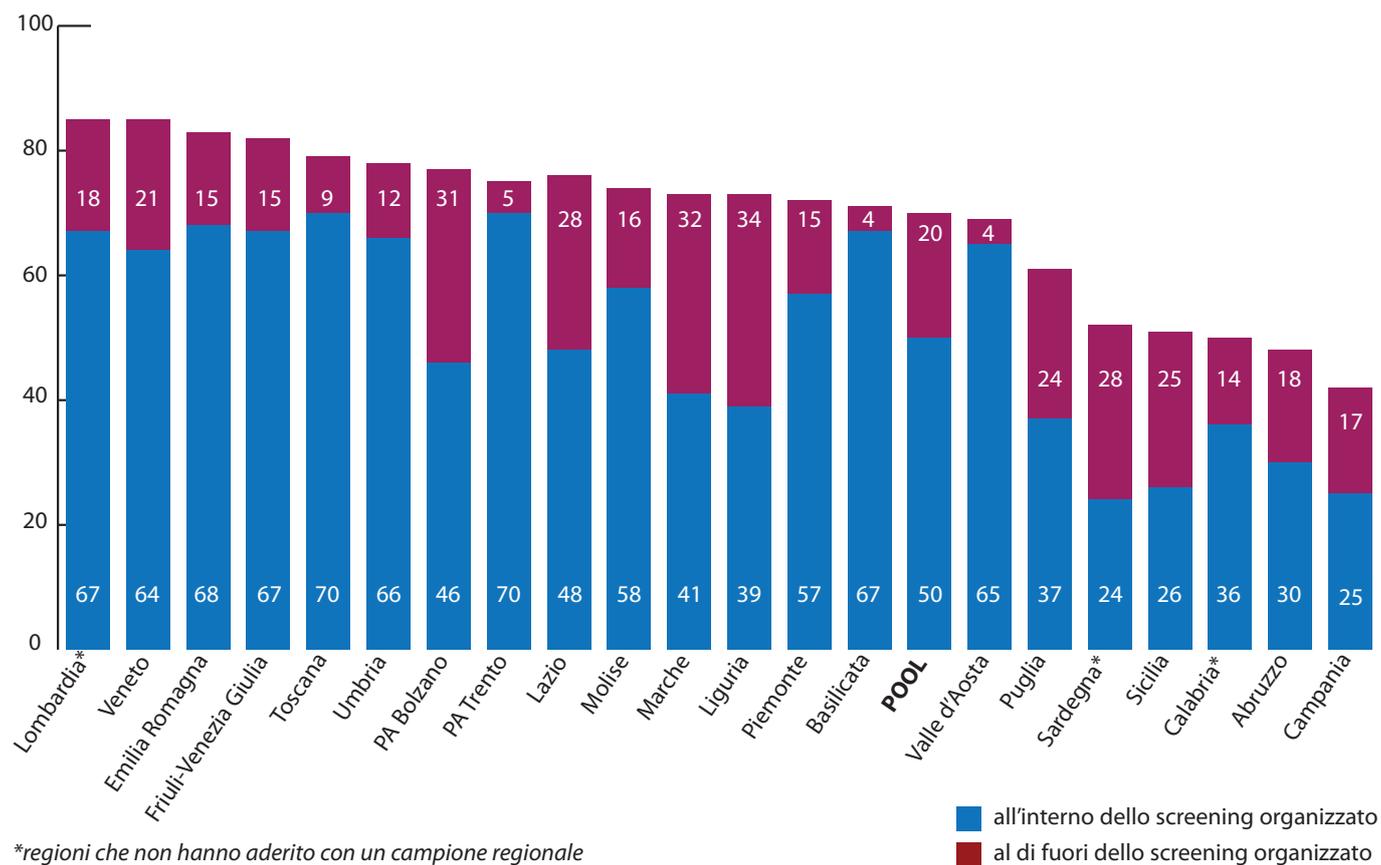


Figura 2.
Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni (%)
donne 50-69enni (%)
Pool Passi 2010 (n. 6.815)

I NUMERI DELLO SCREENING

Tra le Regioni partecipanti ai Passi sono comunque presenti differenze statisticamente significative (range: 42% Campania - 85% Lombardia*), come indica la figura 3. L'età media alla prima mammografia è di 45 anni: il 63% delle donne ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva almeno una volta nella vita nella fascia pre-screening 40-49 anni, percentuale significativamente più bassa al Sud (52%).

Figura 3.
Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni (%) per Regione, donne 50-69enni (%) Pool Passi 2010 (n.6.815)



Il confronto tra organizzato e spontaneo: il pagamento come indicatore

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

www.osservatorionazionale screening.it

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