

A table of contents with a pink and grey background. The table lists nine items with their corresponding page numbers. The background features a large, stylized graphic of a globe or a similar abstract shape in shades of pink and grey.

Prefazione	4
------------	---

Introduzione	7
--------------	---

Gli screening sul campo	10
-------------------------	----

Promozione della qualità	15
--------------------------	----

Lotta alle diseguaglianze	16
---------------------------	----

Ricerca e innovazione	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 colorettaali).

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

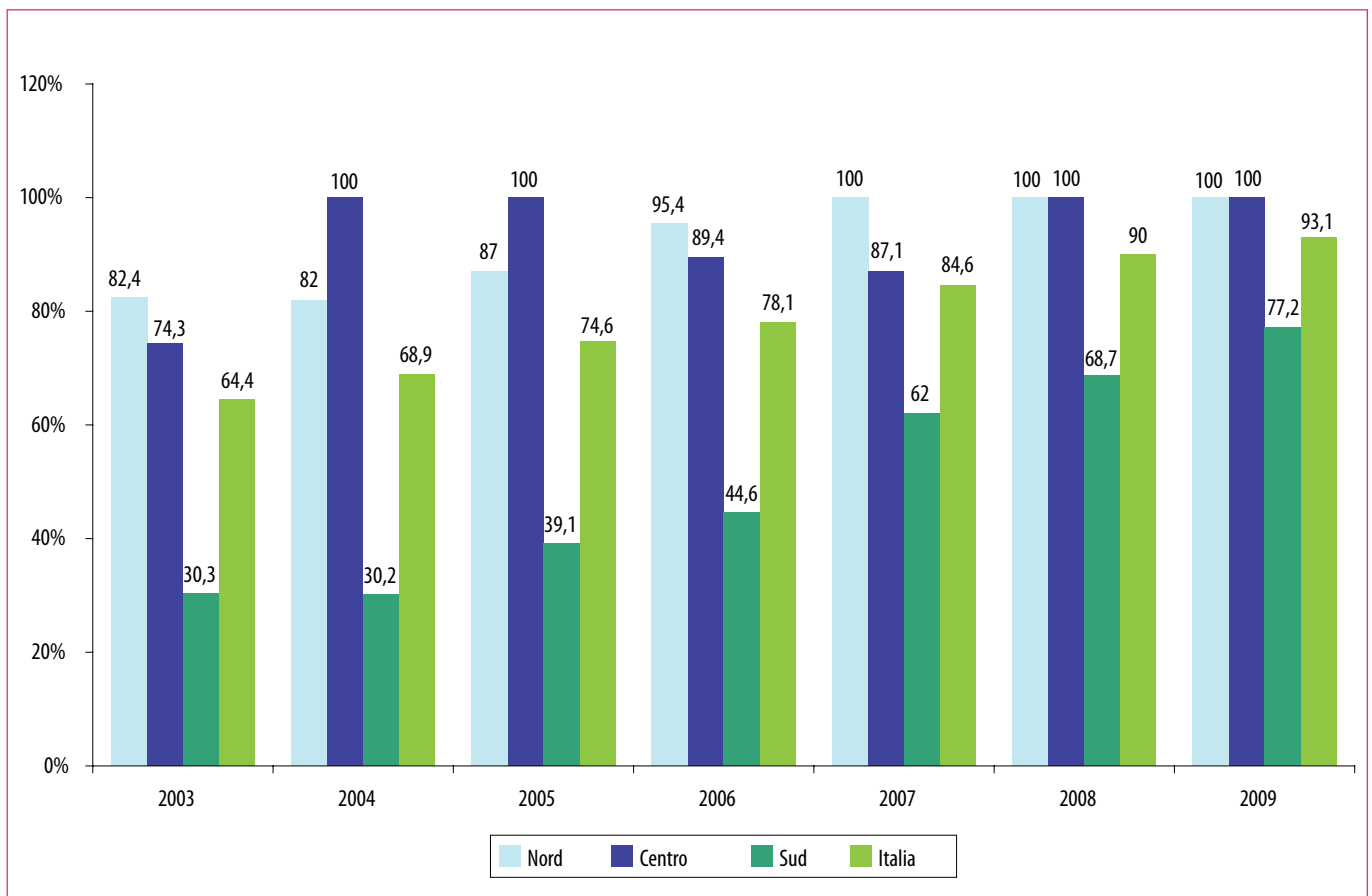
PROVE PRATICHE DI QUALITÀ

Lo screening mammografico è quasi diventato universale. È offerto infatti sul 90 per cento del territorio nazionale, seppur con sostanziali differenze tra Nord, Centro e Sud. Nonostante ciò restano molte questioni aperte: per esempio, il ricorso allo screening spontaneo e il tema della sovradiagnosi.

Gli inviti sono stati quasi due milioni e cinquecentomila, cui hanno fatto seguito oltre un milione e quattrocentomila test. Sono i risultati dello screening mammografico nel 2009 in Italia, che partecipa così ai quasi nove milioni di inviti effettuati dai tre programmi di screening organizzati (mammella, colon retto, utero) e agli oltre quattro milioni duecentomila test eseguiti. La figura 1 riporta l'estensione *teorica* dei programmi dal 2003 al 2009,

ovverosia la percentuale di donne fra i 50 e i 69 anni di età che vivono in un'area dove è attivo un programma di screening. Nel 2009 abbiamo raggiunto il 90% del territorio nazionale. È evidente il, seppur lento, crescere dell'estensione. Al Centro-Nord abbiamo raggiunto sostanzialmente il 100%, mentre nel Sud la percentuale arriva al 77%. Una differenza che si accentua, però, se si considera la diffusione degli inviti.

Figura 1.
Estensione teorica dei programmi di screening del tumore della mammella per zona geografica 2003-2009



La figura 2 riporta infatti l'estensione *effettiva* degli inviti, cioè quante donne della popolazione bersaglio ricevono regolarmente la lettera di invito che dà il via al processo. Ebbene, registriamo mediamente lo stesso risultato dell'anno scorso: un valore di poco superiore al 70% come media nazionale, che tuttavia diventa solo il 37% se si considera il Sud. La differenza con il valore dell'estensione teorica è dovuta essenzialmente al fatto che non tutti i programmi (specialmente al Sud) sono in grado di rispettare il previsto intervallo di tempi di due anni e che alcuni nuovi programmi non coprono ancora per intero tutto il territorio di competenza.

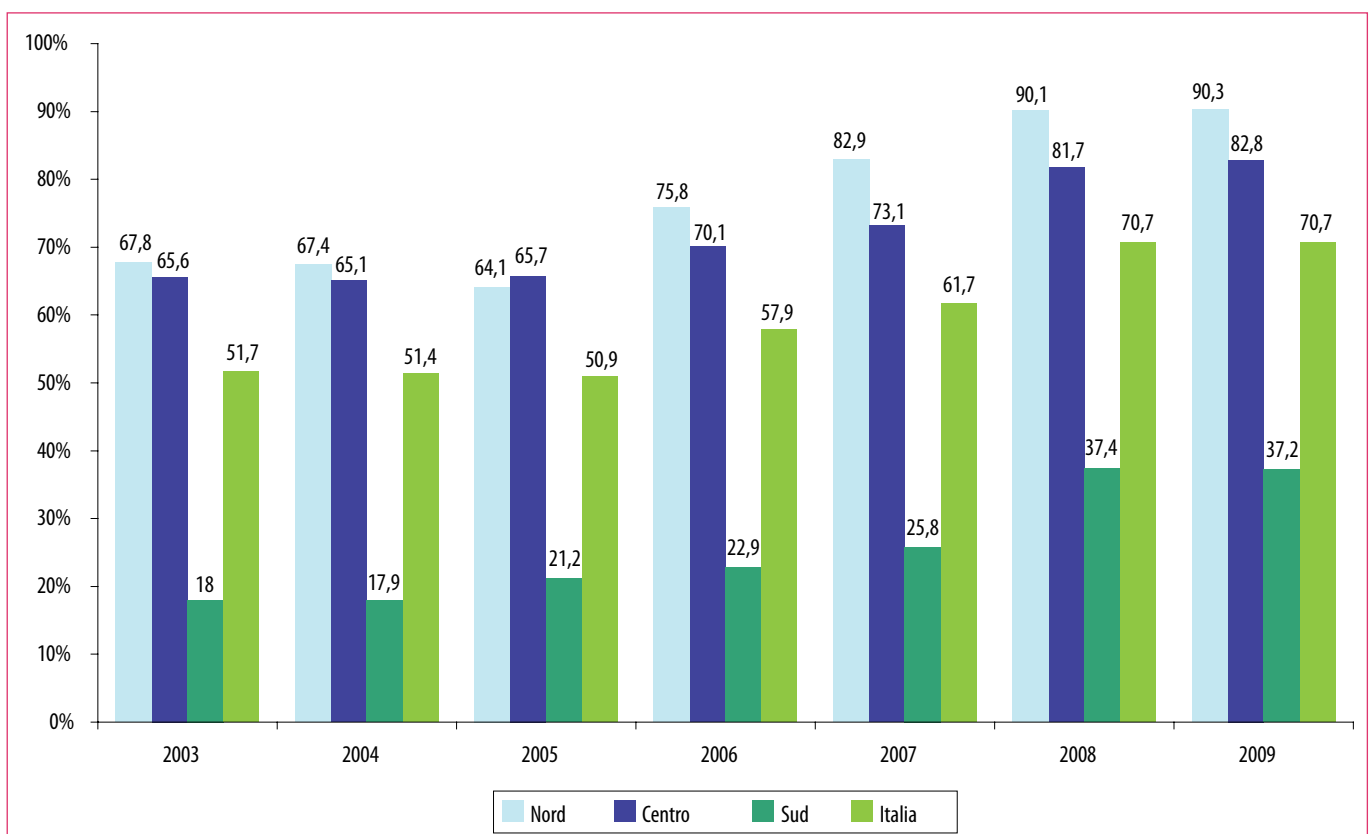
La sezione dedicata ai "numeri degli screening" (a pagina 25) presenta i principali indicatori con cui misuriamo la qualità dei programmi: da quei numeri emerge anche che la risposta all'invito è più bassa al Sud. Il che comporta che le differenze di cui abbiamo appena parlato si allargano ulteriormente. 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 donne che accettano di rispondere se hanno eseguito una mammografia a scopo preventivo negli ultimi due 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 prestazione occasionale). Questo tipo di indagine tende a sovrastimare la reale copertura della popolazione. Al contrario, la

Figura 2.
Estensione effettiva dei programmi di screening del tumore della mammella per zona geografica 2003-2009



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.

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.

confronto l'efficienza dei due modelli.

Di tutt'altro segno la riflessione su due aspetti al centro di un dibattito recente: l'estensione delle fasce di età di invito e il problema della sovradiagnosi. L'Emilia Romagna ha già reso operativa la scelta di allargamento ed è passata all'invito attivo delle donne comprese tra i 45 e i 74 anni: si ragiona quindi sui relativi problemi organizzativi e sui primi risultati raggiunti. Per quanto riguarda la sovradiagnosi si racconta una esperienza di valutazione che a partire dall'Italia coinvolge tutti i paesi Europei dove esistono programmi nazionali di screening mammografico.

L'efficacia di un programma di screening non sta, ovviamente, solo nel numero di lettere che spedisce ma soprattutto nei meccanismi di organizzazione e di verifica che mette in atto, è l'occasione per mettere a confronto le soluzioni locali e il rapporto ne propone alcune.

Popolazioni immigrate e accesso alla prevenzione oncologica, ecco un'altra grande sfida di fronte alla quale i programmi di screening non si tirano indietro come testimonia la bella riflessione sulla necessità di imparare a comunicare con tutti. ■

L'efficacia di un programma di screening non sta solo nel numero di lettere che spedisce, ma soprattutto nei meccanismi di organizzazione e verifica che mette in atto

I dati *Passi* dimostrano che mediamente il 68% delle donne riferisce di aver fatto una mammografia negli ultimi tre anni (circa tre quarti nell'ambito dei programmi organizzati, l'altro quarto spontaneamente). Ma questo valore significa il 75% al Centro, e l'80% al Nord, ma solo il 48% 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 mammografie eseguite in regime di

Su questo problema il rapporto presenta tuttavia due nuove esperienze incoraggianti: quella della Regione Sicilia, dove si tenta finalmente di dare un coordinamento unitario all'azione sui programmi di screening, e la nuova, promettente esperienza della città di Taranto.

■ Criticità e soluzioni

La contrapposizione tra screening organizzato e spontaneo, comunque, rimane e se ne parla con un intervento che prova a mettere a



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

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 cittadi-

zione 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

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

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

nanza, 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 ospedaliera universitaria Policlinico Sant'Orsola Malpighi, che ha instaurato una proficua collabora-

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'autorizzazione a poterli contattare per sapere quali siano stati i responsi degli 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 difficoltà a muoversi nel servizio sanitario e che si registri una 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. ■

Piccoli screening crescono

Si moltiplicano le esperienze sul territorio nazionale. A Taranto, per esempio, lo screening per la diagnosi precoce del cancro al seno in un solo anno è riuscito a raggiungere il 43 per cento di adesione. Con mille difficoltà e la consapevolezza che una maggiore organizzazione è necessaria.

Pian piano la cultura dello screening sta permeando tutto il territorio nazionale e un po' dappertutto si affacciano nuovi programmi.

A Taranto, per esempio, lo screening mammografico è iniziato nel gennaio 2009: «Abbiamo un bacino d'utenza di circa 28 mila donne e a pochi mesi dalla fine del primo round abbiamo invitato il 90 per cento del target con un'adesione del 43,5 per cento», illustra Giuseppe Melucci, radiologo presso Ospedale "SS. Annunziata" di Taranto. «Lo consideriamo un successo, visto che si partiva da zero e che nel territorio è molto forte l'attività di screening spontaneo».

I dati si riferiscono soltanto a Taranto città, mentre la provincia sconta ancora le difficoltà connesse al recente inizio.

■ Un segnale forte

«Raggiungere questi risultati, ci è costato uno sforzo importante, ma volevamo dare un segnale forte», aggiunge Melucci.

«Siamo consapevoli che il programma in futuro dovrà essere potenziato dal punto di vista della

«Lo consideriamo un successo, visto che si partiva da zero e che sul territorio è molto forte l'attività di screening spontaneo»

segreteria organizzativa, che occorrerà mutuare aspetti da qualche percorso già consolidato. Ma per noi era importante ottenere risultati fin da subito».

Taranto è infatti una città che ha criticità importanti dal punto di vista ambientale. Perciò l'esigenza di un programma di screening mammografico era avvertita da tempo. «Toccherà ad altri stabilire se l'inquinamento ambientale fa sì che a Taranto ci si ammala di tumore più che nel resto d'Italia.

L'attivazione di un programma di screening però ci consente, oltre che la diagnosi precoce, di avere

informazioni sul cancro della mammella».

I primi dati non sono rasserrenanti: «abbiamo riscontrato un tasso di identificazione di carcinomi del 9,5-10 per mille», dice Melucci.

Ma questa potrebbe essere la conseguenza dell'assenza di programmi di screening negli anni passati.

■ Ottimismo

Per ora, però, gli organizzatori sono ottimisti: «abbiamo acquistato da poco un mammografo digitale che è diventato l'unico impiegato per gli screening, in modo da facilitare l'archiviazione».

E i dati di adesione ottenuti fanno ben sperare. «Abbiamo conseguito questi risultati soltanto con l'invito per lettera e con il passaparola.

Speriamo che nel prossimo biennio si possa mettere a punto una campagna di informazione che contribuisca a un ulteriore aumento dei tassi di adesione», conclude Melucci. ■



La motivazione più grande? Salvare una vita

Sono i primi e il più delle volte gli unici a vedere la donna che accede ai programmi di screening mammografico. I tecnici radiologi hanno dovuto reinventare la loro professione per poter operare all'interno degli screening, un mondo totalmente diverso dalla clinica e che richiede produttività e qualità.

«“I tumori nella popolazione ci sono. Voi dovete trovarli”.

È questo il primo insegnamento che abbiamo ricevuto». Franca Artuso, tecnico radiologo presso l'Azienda ospedaliero universitaria San Giovanni Battista - Molinette di Torino racconta i suoi ultimi 20 anni passati all'interno di uno screening mammografico.

«Credo nello screening. È un lavoro che, un po' come tutti quelli in campo sanitario, a volte è ripetitivo e richiede una forte motivazione interiore. Io sono riuscita a trovarla e a trasmetterla a chi lavora con me».

Quando le si chiede se svolgere decine di esami al giorno, il più

delle volte con esito negativo, non sia logorante, risponde che «eseguire una radiografia al torace a un malato terminale per cui non puoi fare nulla, se non assistere alla sua morte, quello è logorante. Ma se tra i tanti esami fatti riesci a diagnosticare un tumore in fase precoce hai fatto qualcosa di importante, hai salvato la vita a una persona».

■ Un ruolo di primo piano

Artuso racconta il cambiamento dello screening dalla sua postazione privilegiata: «la qualità tecnica dell'immagine in venti anni è enormemente migliorata così come la capacità diagnostica. Inoltre, man mano che lo screening mammografico si diffondeva, diminuivano le dimensioni dei tumori che vedevamo. Un tempo non erano rari i

organizzato lo screening e dare anche una buona impressione del servizio offerto».

Ma, accanto a questi compiti collaterali, la cosa più importante che gli si richiede è «eseguire in pochi minuti un esame di qualità».

Produttività e qualità: è questo il binomio essenziale richiesto negli screening.

«Occorre che l'esame sia eseguito in un tempo limitato, circa dieci minuti. Ma questo non può inficiare la sua qualità. Se si fa una cosa male si rischia la vita della paziente».

■ L'arte della qualità

La qualità, spiega Artuso, «dipende dall'operatore, da come sa lavorare, da come sa manipolare il seno. Ogni donna è diversa dall'altra e

«Credo nello screening. Se tra i tanti esami fatti riesci a diagnosticare un tumore in fase precoce ha salvato la vita a una persona»

tumori di grandi dimensioni, adesso quelli che troviamo sono di pochi millimetri».

Ma questi non sono gli unici cambiamenti: «quando ho iniziato, la mammografia la eseguivano soltanto i medici».

Invece oggi, all'interno dei programmi di screening, il tecnico radiologo «è l'unica figura sanitaria che vede la donna». È una grande differenza con la clinica.

«Il tecnico radiologo deve seguire tutto il rapporto con la paziente, darle le informazioni su come è

per ognuna è necessario applicare una strategia che consenta di prendere sempre la maggiore quantità possibile di mammella.

È un'abilità che richiede molto tempo per essere appresa al meglio e migliora col tempo. La manualità è una cosa artistica». Ma è l'unico modo per ridurre il rischio «che si perda una lesione che può complicarsi gravemente nel tempo che intercorre fino al successivo esame».■

Screening, è un peccato non farlo

È stata tra le prime città ad avere un'esperienza di screening. Poi, a Caltanissetta, lentamente le cose si sono fermate. Ma ora, grazie a un nuovo direttore generale gli screening sono ripartiti. E tra nuova organizzazione e singolari esperienze di comunicazione i risultati si stanno già vedendo.

Caltanissetta, tra le province siciliane è quella con la più antica storia di screening. Nel 1994, tra le prime città in Italia, lancia un programma di screening mammografico, nel 2000 la Regione Sicilia finanzia un progetto per gli screening oncologici femminili.

E i risultati sono buoni, circa il 30 per cento di adesione sia nello screening mammografico sia in quello citologico.

Finché l'avvicinarsi di direzioni aziendali, la mancata percezione dei programmi di screening come livelli essenziali di assistenza, la conflittualità tra aziende territoriali e ospedaliere non rallentano, prima, e frenano poi del tutto l'esperienza.

Dal 2005 gli screening spariscono dalla provincia.

■ Un nuovo inizio

Ricompaiono nel 2009 «quando arriva un nuovo direttore generale alla Azienda sanitaria provinciale di Caltanissetta che ritiene che i programmi di screening siano un elemento prioritario di assistenza sul territorio al punto da istituire un'unità operativa complessa per la loro gestione», illustra Marcella Paola Santino, coordinatrice dei programmi di screening per l'Asp di Caltanissetta «Nel frattempo una legge regionale aveva accorpato le aziende ospedaliere e territoriali ponendo fine alla competitività».

Si comincia a lavorare ai nuovi screening nell'ottobre del 2009 e il primo passo è il varo di un nuovo modello organizzativo: «costituivamo un ufficio di coordinamento con tutti gli attori del sistema screening - racconta Santino - e decidiamo di partire prima con la mammella, poi con la cervice uteri-

na e, infine, primi in Sicilia, con il colon retto».

■ Si ricomincia!

Lo screening mammografico parte nel febbraio 2010: «avevamo già a disposizione i radiologi in grado di leggere la mammografia, in più sono stati acquistati mammografi digitali e tutti i radiologi sono stati messi in rete. Ripartire non è stato quindi difficile e la sensibilità delle donne a questo tema ha ripagato in fretta. Al 30 settembre abbiamo invitato il 35 per cento della popolazione target con un'adesione che si aggira intorno al 55 per cento». Purtroppo i 5 anni di interruzione dello screening hanno lasciato pesanti strascichi dal momento che «abbiamo trovato una prevalenza particolarmente elevata di lesioni». Un mese più tardi rispetto allo screening mammografico si dà il via a quello per il cancro del collo dell'utero. «Il personale era molto motivato a riprendere - racconta Santino - non aveva vissuto bene la chiusura precedente che li aveva costretti a non poter rispondere alle richieste delle donne». Anche in questo caso i risultati sono stati ottimi: al 30 settembre è stata invitato il 34 per cento della popolazione bersaglio con un tasso di adesione prossimo al 40 per cento.

■ La novità colon

La sfida più difficile era però lo screening del colon retto, «una novità in Sicilia, quindi non sapevamo come avrebbe reagito la popolazione». Né sono mancati i disaccordi in fase di programmazione. «I gastroenterologi temevano che lo screening avrebbe prodotto un incremento di accesso al secondo livello con carichi di lavoro ingesti-

bili. E anche la definizione del test da utilizzare non è stata semplice. Alla fine si optato per il test immunochimico, per essere quanto più standardizzati possibile, e si è scelto un unico centro per la lettura per

«Il personale era molto motivato a riprendere: non aveva vissuto bene la chiusura precedente che li aveva costretti a non poter rispondere alle richieste delle donne»

avere la massima garanzia di qualità. Infine, abbiamo firmato un protocollo d'intesa con le farmacie che sono state ben liete di aderire al progetto a titolo gratuito per distribuire e ritirare i test».

E lo screening è partito. Con qualche difficoltà all'inizio, che ha richiesto il coinvolgimento anche dei presidi ambulatoriali per la distribuzione del kit e dei medici di famiglia per la sensibilizzazione dei pazienti.

■ Anche il vescovo scende in campo

Il successo dell'esperienza di Caltanissetta, oltre che all'impegno e alla ristrutturazione dell'organizzazione dell'offerta, passa anche per il coinvolgimento delle organizzazioni di volontariato, «che hanno avuto un ruolo importantissimo», afferma Santino.

Altrettanto importante è stata una fortunata iniziativa di comunicazione che ha visto la partecipazione di 8 testimonial noti in provincia: atleti, musicisti e perfino due vescovi, quello di Caltanissetta e quello di Piazza Armerina.

«Sono stati disponibili a comparire in una locandina accompagnati da uno slogan pro-screening: "Un peccato non farlo..." diceva l'uno. "È

quasi un miracolo...” faceva eco l’altro». La campagna si è dimostrata efficace «e si ha l’impressione che lo screening stia entrando nella cultura della popolazione. Rispondono agli inviti e credo che questa sensibilità non ci consentirà più di fermarci».

■ Tre screening in un giorno

Intanto si cerca anche di rispondere a problemi organizzativi, come l’accesso ai programmi di screening da parte della popolazione che vive in aree disagiate. A fine novembre, il paesino di Bompensiere (700 abitanti) ha visto l’offerta

dello screening per il cancro del colon retto a tutta la popolazione target. Inoltre, l’amministrazione comunale ha messo a disposizione un autobus per portare tutte le donne interessate all’iniziativa a eseguire la mammografia nella struttura con mammografo più vicina. Nella stessa sede per chi lo desidera è possibile sottoporsi anche al Pap test». Insomma, nello stesso giorno diventa possibile eseguire tutti e tre gli screening.

«Per ora si tratta solo di un esperimento - conclude Santino - non sappiamo come la popolazione risponderà, né se possa essere un’esperienza troppo stressante offrire

tre indagini in un solo giorno. Però, se il modello si dimostrerà efficace cercheremo di applicarlo ad altri piccoli centri, dal momento che è un modo per evitare che vivere in aree poco accessibili si traduca in un mancato accesso a un servizio sanitario essenziale». ■





FORMAZIONE VIRTUALE, QUALITÀ REALE

Formare i patologi senza farli muovere dalla loro scrivania. In Veneto ci sono riusciti “virtualizzando” i vetrini e rendendoli disponibili on line, dove ogni professionista li può consultare e fare in remoto una diagnosi. Un modello di formazione a cui sono stati riconosciuti ben 22 crediti ECM.

Muovere i vetrini o far spostare i patologi? In Veneto hanno pensato che nessuna delle due modalità fosse necessaria per aggiornare sul campo i patologi degli screening. Ai tempi del villaggio globale basta uno scanner, un database, un potente server e un semplice collegamento a internet.

«La mobilità è oggi è uno dei limiti più importanti alla formazione permanente e ai controlli di qualità», spiega Antonio Rizzo, coordinatore del Gruppo regionale Veneto dei patologi dello screening mammografico. «Pensiamo ai piccoli servizi di provincia, dove l'anatomia patologica lavora su tre screening con risorse umane limitate. Costringere il personale a spostarsi per le giornate di formazione rischia di rallentare notevolmente il servizio. Per questo bisogna trovare le modalità per rendere accessibile la formazione».

■ Vetrini avatar

La soluzione del Veneto è stata la virtualizzazione dei vetrini. I vetrini derivanti dall'attività di screening vengono selezionati per aree critiche. «Il gruppo decide quale tipo di problema affrontare», spiega Rizzo.

«Per esempio in questi anni ci siamo focalizzati, per la citologia, sulla diagnostica preoperatoria secondo categorie C1 e C5, cercando di scegliere vetrini rappresentativi di tutta la patologia. Lo stesso

«La mobilità è uno dei limiti più importanti alla formazione permanente e ai controlli di qualità. Costringere il personale a spostarsi può rallentare il servizio»

viene fatto per l'istologia».

Dopo la scelta, i vetrini sono inviati all'Azienda Ulss 18 di Rovigo, dove vengono scannerizzati, inseriti in un database e resi disponibili on line.

A quel punto i centri e gli operatori hanno accesso ai vetrini con una normale connessione Adsl: si stabilisce un certo periodo di tempo in cui si possono guardare i vetrini, fare le proprie diagnosi e inviarle al centro coordinatore.

«È proprio questo il vantaggio del vetrino virtuale: è possibile consultarlo dalla propria postazione di lavoro o da casa e questo evita la necessità che si spostino i vetrini o i patologi», aggiunge Rizzo. Dopo questa fase, a scadenze pre-

stabilite, «le diagnosi vengono valutate e i casi più discordanti vengono discussi nella giornata annuale di formazione residenziale. I casi più complessi vengono valutati anche alla luce degli esiti post operatori. I vetrini, poi, rimangono on line per dare la possibilità ai partecipanti di rivederli dopo la riunione, alla luce critica della discussione multiprofessionale».

Un modello, quello dei vetrini virtuali, impiegato in Veneto anche nel caso dello screening per il tumore del collo dell'utero.

■ Utilità riconosciuta

La modalità di aggiornamento sembra funzionare. Inoltre, «il nuovo sistema di accreditamento Ecm che adesso consente di attribuire crediti, oltre che a chi partecipa ai corsi residenziali, anche a quanti svolgono la formazione sul campo, ci ha permesso di destinare a chi partecipa a tutte le fasi dell'aggiornamento 22 crediti», conclude Rizzo. ■





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 dell'Osservatorio nazionale screening

Il corso ha visto la partecipazione di Lai Fong Chiu, ricercatrice inglese da tempo impegnata nello studio dell'impatto delle diseguaglianze 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 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

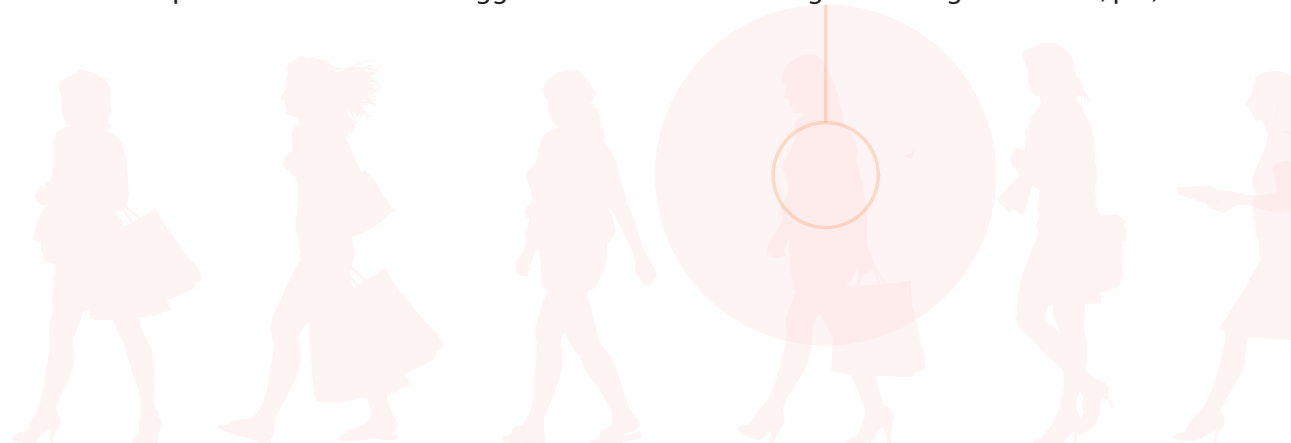
dell'immigrazione. Molto più di noi sanno i servizi sociali: è lì che si sono strutturate negli anni le competenze sul fenomeno. Abbiamo quindi capito che dovevamo muoverci cercando l'esperienza degli altri pur avendo noi la capacità di valutare i dati», commenta Petrella. Preziosi si sono rivelati i mediatori linguistici e culturali, persone che

Non esiste un modello di comunicazione universale che si costruisce in anticipo a tavolino, al contrario va discusso insieme alla comunità cui è destinato

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'idea che non siamo quelli che hanno una maggiore conoscenza

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, 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». ■

DOVE C'È SCREENING, C'È UGUAGLIANZA

È noto che i programmi di screening organizzato, se ben funzionanti, contribuiscono alla riduzione delle disuguaglianze in termini di accesso alla prevenzione secondaria.

La conferma arriva anche dal sistema di rilevazione Passi che «intercetta l'adesione allo screening non soltanto all'interno dei programmi organizzati, ma anche nei percorsi spontanei», spiega Nicoletta Bertozzi del dipartimento di Sanità pubblica dell'Ausl di Cesena. Un'informazione preziosa che consente di avere il quadro complessivo dell'attività di prevenzione nella popolazione.

Screening livellatore

I dati relativi al 2009 mostrano che sia nel caso dello screening mammografico, sia nel caso dello screening per il cancro del collo dell'utero le fasce più disagiate della popolazione - identificate attraverso il basso livello di istruzione e la presenza di difficoltà economiche - si sottopongono meno frequentemente agli esami di screening (per i dettagli vedi la sezione "I numeri dello screening").

Tuttavia, aggiunge Bertozzi, «ala situazione è totalmente diversa laddove ci sono programmi di screening organizzato efficaci, cioè in grado di invitare almeno il 50 per cento della popolazione target. In tal caso la forbice tra fasce più disagiate della popolazione e quelle più agiate si riduce notevolmente».

Nel caso dello screening del cancro della mammella la differenza di adesione tra le fasce più istruite e quelle meno istruite è del 4 per cento (mentre supera il 20% laddove i programmi di screening sono meno efficienti), quella tra le fasce più ricche e quelle più povere è del 6,9% (contro il 17,8%).

Meno ampia la riduzione delle disuguaglianze nello screening del cancro del collo dell'utero: la differenza di adesione tra le fasce più istruite e quelle meno istruite è del 7,4 per cento (contro il 10,1%), quella tra le fasce più ricche e quelle più povere è del 6,2 per cento (contro il 10,3%). In entrambi i casi, però, gli screening dimostrano di «ridurre le disuguaglianze. Ed è questo uno degli obiettivi della sanità pubblica», conclude Bertozzi.

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 partore. 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 possi-

prevede il divieto, per il personale sanitario, di segnalare agli organi di polizia la condizione di irregolarità».

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

in quasi tutte le Asl d'Italia.

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



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

bilità 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,

popolazione immigrata. Si chiama "Promozione dell'accesso della 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



ESTENSIONE DELLE FASCE... A CHE PUNTO SIAMO

Per prima tra le Regioni italiane, l'Emilia Romagna lo scorso gennaio ha esteso lo screening mammografico alle donne tra i 40 e i 49 anni e a quelle tra i 70 e i 74 anni, con un impegno organizzativo ed economico notevole. Buona, per ora, la risposta dei programmi regionali e delle donne.

A gennaio del 2010, l'Emilia Romagna, prima Regione in Italia, ha ampliato l'offerta dello screening mammografico, estendendolo anche a fasce di età che tradizionalmente non sono invitate a sottoporvisi: le donne tra i 45 e i 49 anni (con una periodicità annuale) e quelle tra i 70 e i 74 anni (con periodicità biennale).

«Evidenze scientifiche dimostrano che l'estensione della mammografia fino a comprendere la fascia di età 45-74, riduce la mortalità. Ecco il rationale della nostra scelta», spiega Carlo Naldoni, responsabile dei programmi di screening oncologici per la Regione Emilia-Romagna.

■ Una sfida complessa

Tuttavia, l'aumento della popolazione obiettivo e il fatto di dover ricomprendere nei programmi fasce di età fino a quel momento non abituate a sottoporsi allo screening, comporta uno sforzo organizzativo notevole e il successo di una simile iniziativa non è per nulla scontato.

Nel caso dell'Emilia Romagna, la popolazione target è passata da circa 550mila donne a oltre 850mila per biennio, con un aumento di oltre l'80 per cento. Ebbene: secondo rilevazioni periodiche effettuate, la risposta sia in termini organizzativi sia di adesione da parte delle donne è «più che soddisfacente», afferma Naldoni. «Quasi sorprendente».

■ Risultati incoraggianti

Al 30 settembre 2010, il programma di screening della Regione, pur con qualche differenza tra le azien-

de sanitarie, era riuscito a invitare poco meno del 70 per cento delle donne appartenenti alle nuove fasce: il 60% di quelle comprese tra i 45 e i 49 anni e la quasi totalità di quelle tra i 70 e i 74 anni.

Ottima anche la risposta delle dirette interessate: ha aderito allo screening più del 60% della fascia più giovane e il 65% di quella più anziana. Valori non distanti da quelli delle fasce di età che sono

periodici, per la popolazione più giovane potrebbe esserci una chiave di lettura particolarmente allettante: «stiamo intercettando le donne che si sottopongono abitualmente allo screening spontaneo. È infatti la fascia di età 45-49 quella che più ricorre a questa forma di prevenzione», sottolinea Naldoni.

Parte del merito va sicuramente alle campagne di informazione che

«Stiamo intercettando le donne che si sottopongono abitualmente allo screening spontaneo. È infatti la fascia di età 45-49 quella che più ricorre a questa forma di prevenzione»

tradizionalmente invitate a sottoporsi allo screening.

Se nella popolazione più in là con gli anni questi tassi di adesione da subito così alti si possono spiegare con l'abitudine a sottoporsi ai test

«hanno contribuito a creare la consapevolezza. Ma quello che conta e convince la donna a prendere parte allo screening è la lettera di invito recapitata a casa», conclude il responsabile regionale. ■



Sovradiagnosi, un'entità in cerca di definizione

Continua il dibattito sulla sovradiagnosi dopo la pubblicazione di diversi studi che giudicano particolarmente elevato il suo impatto. I maggiori esperti di screening europei elaboreranno nei prossimi mesi un position statement che esprimerà l'opinione condivisa su rischi e benefici degli screening.

Anche il 2010 è stato un anno passato sotto i riflettori per la sovradiagnosi, dopo la pubblicazione su importanti riviste internazionali di diversi studi che discutono l'efficacia dello screening mammografico.

«Il problema rimane ancora l'interpretazione corretta dei dati prodotti e la definizione di questa entità che chiamiamo sovradiagnosi», spiega Eugenio Paci dell'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica di Firenze.

■ Definire e misurare

La definizione corrente è: «il numero di casi di tumore che non sareb-

berò diventati clinicamente rilevanti se non si fosse eseguito lo screening».

l'European Screening Network. I maggiori esperti di screening europei si stanno confrontando per avviare una valutazione condivisa dei programmi di screening attivi nel continente. Dopo una revisione dei lavori scientifici fin qui prodotti, questa collaborazione produrrà entro la primavera del 2011 un position statement che esprimerà l'opinione condivisa su rischi e benefici dei programmi di screening mammografico».

■ La discussione continua

Forse non sarà sufficiente a chiudere la discussione sulla sovradiagnosi, «ma ci sarà una riduzione del

disaccordo e avremo cercato di darci una metodologia comune», sottolinea l'epidemiologo.

impatto degli screening sulla mortalità e tassi più alti di sovradiagnosi. «Sono studi che contestiamo dal punto di vista metodologico – afferma Paci – o perché hanno tempi di osservazione molto brevi».

■ Un concetto chiave

In ogni caso il dibattito sulla sovradiagnosi continua. E non si tratta soltanto di discettazioni tra tecnici: un maggiore tasso di sovradiagnosi significa un aumento dei trattamenti non necessari e quindi un peggiore rapporto beneficio/rischio dello screening mammografico. In definitiva, dall'ampiezza di questa "entità" dipende anche l'accettabilità dello screening stesso. Ed è su questo dato che puntano gli oppositori dei programmi organizzati di screening: «Ci sono sempre stati - spiega Paci - e sostengo che piuttosto che sugli screening si dovrebbe investire su altro, per esempio sulla terapia. Una lunga discussione che ha spesso trovato il sostegno di importanti riviste scientifiche».

Intanto quest'anno c'è ulteriore elemento sul tavolo: quanto l'estensione delle fasce beneficiarie dello screening mammografico possa contribuire ad aumentare i tassi di sovradiagnosi. «Non esistono ancora dati in merito data la novità delle esperienze ma ritengo che abbia un impatto minimo che, al più, riguarderà le donne nelle fasce più anziane», conclude Paci. ■

«Il problema rimane ancora l'interpretazione corretta dei dati prodotti e la definizione della sovradiagnosi, un concetto che si può misurare solo epidemiologicamente e dopo anni di attività»

berò diventati clinicamente rilevanti se non si fosse eseguito lo screening».

Ma tradurre questa descrizione in termini operativi e rendere quindi la sovradiagnosi un oggetto misurabile è molto più complesso: «la sovradiagnosi si può misurare solo epidemiologicamente e dopo molti anni di attività di un programma di screening», aggiunge Paci. Per farlo occorrono solide basi metodologiche che consentano di prevenire futuri disaccordi: «è per questa ragione che è stata avviata una collaborazione nell'ambito del-

disaccordo e avremo cercato di darci una metodologia comune», sottolinea l'epidemiologo.

Il primo workshop si è tenuto a Firenze nel mese di novembre 2010 e nel corso dell'incontro sono stati presentati ulteriori dati relativi al programma di screening mammografico fiorentino, «che confermano sia la riduzione della mortalità ottenuta grazie allo screening, sia un rischio contenuto di sovradiagnosi».

Dati in contrasto con molti studi pubblicati nel corso dell'anno che evidenziavano, invece, un ridotto





PERCHÉ SCEGLIERE I PROGRAMMI DI SCREENING

Colloquio con Mariella Martini, Direttore Generale Sanità e politiche sociali della Regione Emilia Romagna
ALTRA RIGA SOMMARIO

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 sottaciuto. 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».



Quanto costa la spontaneità

È ancora elevato il numero di donne che si sottopone agli esami al di fuori dei programmi di screening. Tuttavia, nel caso della mammografia, i costi per il Servizio sanitario nazionale sono ben più alti che negli altri test di screening. E senza qualità aggiuntiva per la donna. Anzi.

La mammografia è il più costoso tra gli esami di primo livello all'interno dei programmi di screening. Per questa ragione ogni procedura inappropriata crea un danno più grande al Servizio sanitario nazionale in termini di costo e opportunità. «È difficile stimare il costo reale di una mammografia all'interno del Servizio sanitario nazionale», spiega Paolo Giorgi Rossi, dell'Agenzia di sanità pubblica della Regione Lazio. «Un aspetto però è certo: la differenza tra una mammografia fatta in regime di screening e una fatta in regime clinico è enorme. Se una mammografia di screening occupa un mammografo per 8 minuti, una in regime clinico ne occupa 20. Differenze importanti si riscontrano anche se si valuta il tempo speso dal radiologo per effettuare l'esame e per la lettura del referto. In regime clinico, il radiologo è presente per tutta la durata dell'esame (20 minuti), mentre nel caso degli screening si "spendono" 2 minuti per ciascuna lettura, (i programmi di screening prevedono sempre una doppia lettura della mammografia)».

Al di là della limitata disponibilità di tempo dei professionisti, che è spesso all'origine di lunghe liste di attesa, «la doppia lettura garantisce un'altissima qualità nell'abbassamento dei falsi negativi. In pratica, la mammografia effettuata in regime di screening garantisce una qualità maggiore in un minore tempo».

E questo è un gran guadagno per la donna e per il Ssn. Tuttavia sembra esistere una percentuale incompr-

tando la strada dell'integrazione tra le due modalità di prevenzione.

■ Come valutare lo screening spontaneo

«La cosa più importante è non disperdere le informazioni e sottoporre a valutazione anche lo screening spontaneo», spiega Giorgi Rossi che auspica che «si prenda atto che esistono entrambi i percorsi e si tenti di riportare lo screening spon-

Bisognerebbe prendere atto che esistono entrambi i percorsi e tentare di riportare lo screening spontaneo a protocolli più appropriati senza disperdere le informazioni

mibile di donne che ricorrono allo screening spontaneo. Per questa ragione, da tempo, a fianco al tentativo di recupero delle donne ai programmi di screening, si sta ten-

taneo a protocolli più appropriati». La raccolta delle informazioni è il passo essenziale: anche all'interno dei percorsi spontanei è necessario che vengano registrati «il numero di esami fatti, la proporzione di risultati positivi e negativi, tra i casi positivi quanti sono stati confermati come tumori e quanti non confermati. Infine, a due anni da un esito negativo, quanti tumori sono stati diagnosticati. È una misura, quest'ultima, dei fallimenti in termini di falsi negativi», aggiunge. Soltanto attraverso il recupero di queste informazioni è possibile valutare lo screening spontaneo e ricondurre le donne a un regime di appropriatezza, riducendo i percorsi fai da te che finiscono con aumentare i costi e tutti i possibili effetti collaterali connessi ai test di screening: sovradiagnosi, sovratrattamento, troppi approfondimenti non necessari e ansia per le donne. ■



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 intra-

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

prendano campagne informative 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. ■





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 screening mammografico (Gisma). 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 29 e 30 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, di cui 16.182 donne nella fascia d'età di 25-64 anni. Per maggiori informazioni, visita il sito www.epicentro.iss.it/passi.



Tabella 1. I dati che presentiamo sono una sintesi di quelli raccolti annualmente e si riferiscono al periodo 2005-2008, 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 2009.

Confrontando i due bienni si registra un incremento del numero di donne italiane invitate ad effettuare una mammografia, che passano da quasi 3.900.000 a oltre 4 milioni e 600mila, con un incremento del 19%. Il 2009 mostra un ulteriore ampliamento. L'adesione all'invito mostra un lievissimo calo nel secondo periodo, passando dal 57% al 56%, valore che si registra anche per il 2009. 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 arriva vicino a 12.000 unità nel biennio 2006-07 (contro 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

	2005-2006	2007-2008	2009
Numero totale di donne invitate	3.882.465	4.618.502	2.464.701
Numero di donne aderenti all'invito *	2.225.032	2.579.655	1.370.272
Adesione all'invito	57%	56%	56%
Classi di età			
50-54	54%	53%	52%
55-59	60%	59%	59%
60-64	60%	60%	60%
65-69	56%	56%	58%
Numero di donne esaminate (nel periodo considerato) **	2.229.568	2.554.759	
Numero di donne richiamate per approfondimenti	139.617	144.049	
Percentuale di donne richiamate per approfondimenti	6,3%	5,6%	
Numero di biopsie benigne	2.138	1.964	
Numero di carcinomi diagnosticati allo screening	10.529	11.707	
Numero di carcinomi duttali in situ diagnosticati allo screening	1.215	1.421	
Numero di carcinomi invasivi ≤ 10 mm diagnosticati allo screening	2.892	3.258	

* 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.

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.

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: si nota, infatti, una lieve flessione nel biennio 2007-2008, anche se siamo ancora alla soglia dell'accettabilità.

Tabella 2.
Principali indicatori:
adesione agli standard di qualità

	2005-06	2007-08	2009	Standard accettabile Gisma
Adesione grezza all'invito	57%	56%	56%	≥ 50%
Percentuale di donne richiamate per approfondimenti	6,3%	5,6%		Primo esame: < 7% Esami succ.: < 5%
Rapporto biopsie benigne/maligne	0,20	0,17		Primo esame: ≤ 1 : 1 Esami succ.: ≤ 0,5 : 1
Tasso di identificazione dei tumori	5,81‰	5,43‰		-
Tasso di identificazione dei carcinomi invasivi ≤ 10 mm	1,57‰	1,5‰		-
Percentuale di trattamento chirurgico conservativo nei tumori invasivi ≤ 2 cm	88,6%	84,9%		> 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 a essere in difficoltà nel garantire nel tempo la buona qualità di questi indicatori. Inoltre, a esclusione del tempo per la refertazione della mammografia, gli altri due indicatori mostrano una lieve tendenza al peggioramento.

Tabella 3.
Tempi di attesa

	2005-2006	2007-2008	Standard accettabile Gisma
Invio dell'esito per i casi negativi entro 21 giorni dall'esecuzione della mammografia	70,4%	71,7%	90%
Approfondimento entro 28 giorni dall'esecuzione della mammografia	66,9%	65,5%	90%
Intervento entro 60 giorni dall'esecuzione della mammografia	57,7%	56,7%	-

La 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, anche se nel 2009 alcuni di questi suggeriscono una tendenza al miglioramento per le aree meridionali.

Al Nord l'adesione si mantiene stabile intorno al 61%, mentre al Centro si registra un lieve calo nel 2009 (si passa dal 56% al 54%), pur mantenendosi sempre al di sopra della soglia di accettabilità. Nel 2009 il Sud mostra un incremento di quasi 5 punti percentuali, ma l'adesione presenta ancora valori di circa un 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.
Principali indicatori per area geografica

	Nord			Centro			Sud e Isole		
	2005-06	2007-08	2009	2005-06	2007-08	2009	2005-06	2007-08	2009
Numero totale di donne invitate	2.425.892	2.778.513	1.439.671	964.326	1.110.565	600.102	492.247	729.424	424.928
Numero di donne aderenti all'invito *	1.493.243	1.697.933	879.157	544.201	622.604	320.752	187.588	259.118	170.363
Adesione all'invito	62%	61%	61%	56%	56%	53%	38%	35%	40%
Numero di donne esaminate nel periodo **	1.519.549	1.706.529		534.051	585.073		175.968	263.157	
Proporzione di donne richiamate per approfondimenti	6,3%	5,4%		5,8%	5,5%		7,8%	7,6%	
Biopsie benigne	1.612	1.332		368	458		158	174	
Tasso di identificazione dei carcinomi	6,05‰	5,35‰		5,63‰	6,05‰		4,08‰	4,47‰	
Tasso di identificazione dei carcinomi invasivi ≤ 10 mm	1,57‰	1,46‰		1,68‰	1,9‰		1,3‰	0,84‰	
Percentuale di trattamento chirurgico conservativo nei tumori invasivi ≤ 2 cm	90%	85,8%		90%	83,4%		63,9%	79,8%	

* 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.

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 SQTМ. Dal 1997 questa indagine permette di disporre di una fotografia precisa dell'intero percorso assistenziale generato dallo screening. Il confronto degli indicatori SQTМ 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. 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% in entrambi i periodi). Nei pochi casi in cui si rende necessaria la mastectomia, sia in caso di carcinoma invasivo che di tumore in situ, l'intervento dovrebbe essere accompagnato dalla ricostruzione della mammella. Questa procedura è in aumento dal 44% al 58% nei due bienni. 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 (dal 76% all'86%), anche se occorre incrementare ulteriormente gli sforzi.

Tabella 5.
Dati di trattamento –
survey SQTМ
(screening mammografico)

	2005-2006	2007-2008	Standard accettabile Gisma
Disponibilità della diagnosi pre-operatoria	74,2%	76,2%	> 70%
Chirurgia conservativa (in situ entro 2 centimetri)	90,9%	91,1%	> 85%
Ricostruzione immediata dopo mastectomia	44,4%	58,1%	-
Solo linfonodo sentinella nei carcinomi invasivi con linfonodi negativi	76,1%	85,6%	> 95%
Intervento entro 30 giorni dalla prescrizione	60%	54,7%	> 80%

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.

Il progetto SQTМ

SQTМ (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 2009 circa due donne 50-69enni su tre (68%) abbiano eseguito una mammografia preventiva. La copertura complessiva al test di screening raggiunge valori più alti al Nord (80%) e al Centro (75%) ed è significativamente più bassa al Sud (48%), come indicano le figure 1 e 2.

Il sistema Passi informa sulla copertura complessiva al test, comprensiva sia della quota di mammografie effettuate all'interno dei programmi di screening organizzati sia di quelle effettuate come prevenzione individuale (vedi box).

Per quanto riguarda il ricorso ai test al di fuori dei programmi di screening organizzati, le donne eseguono la mammografia in percentuale più bassa rispetto al Pap test: a livello nazionale si stima infatti che poco meno di una donna su cinque (18%) abbia eseguito lo screening mammografico come prevenzione individuale (range: 8,5% Umbria – 41,1% Liguria) rispetto a circa una donna su tre dello screening cervicale (37%).

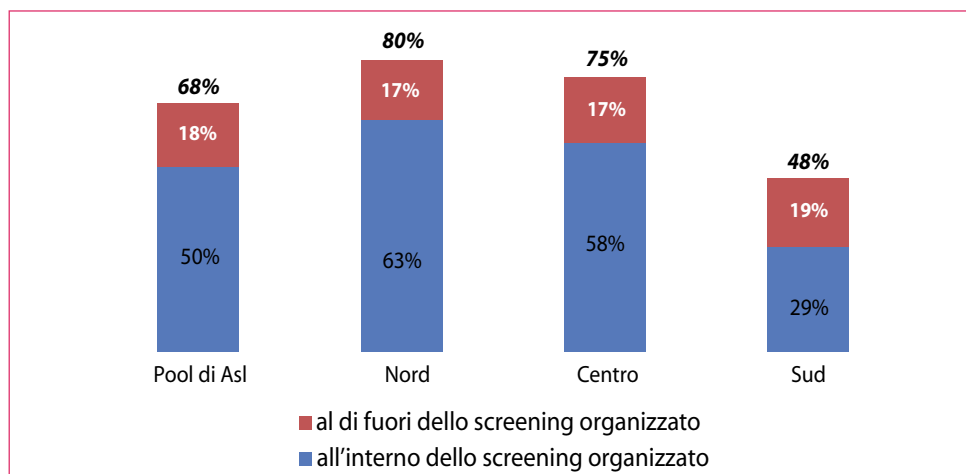


Fig. 1
Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni (%)
donne 50-69enni (%)
Pool PASSI 2009 (n. 7349)

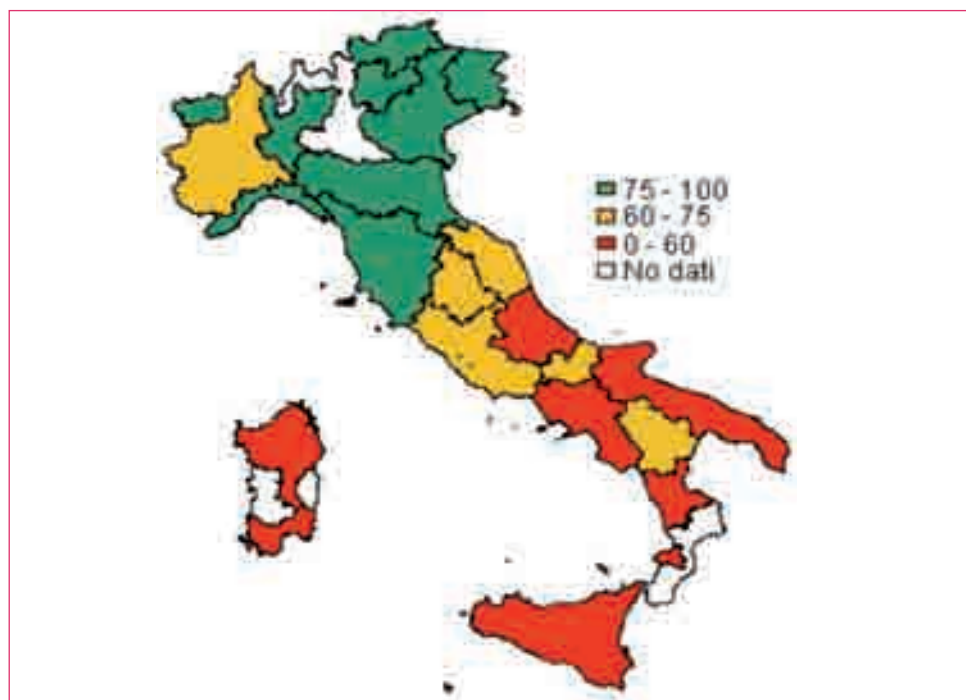
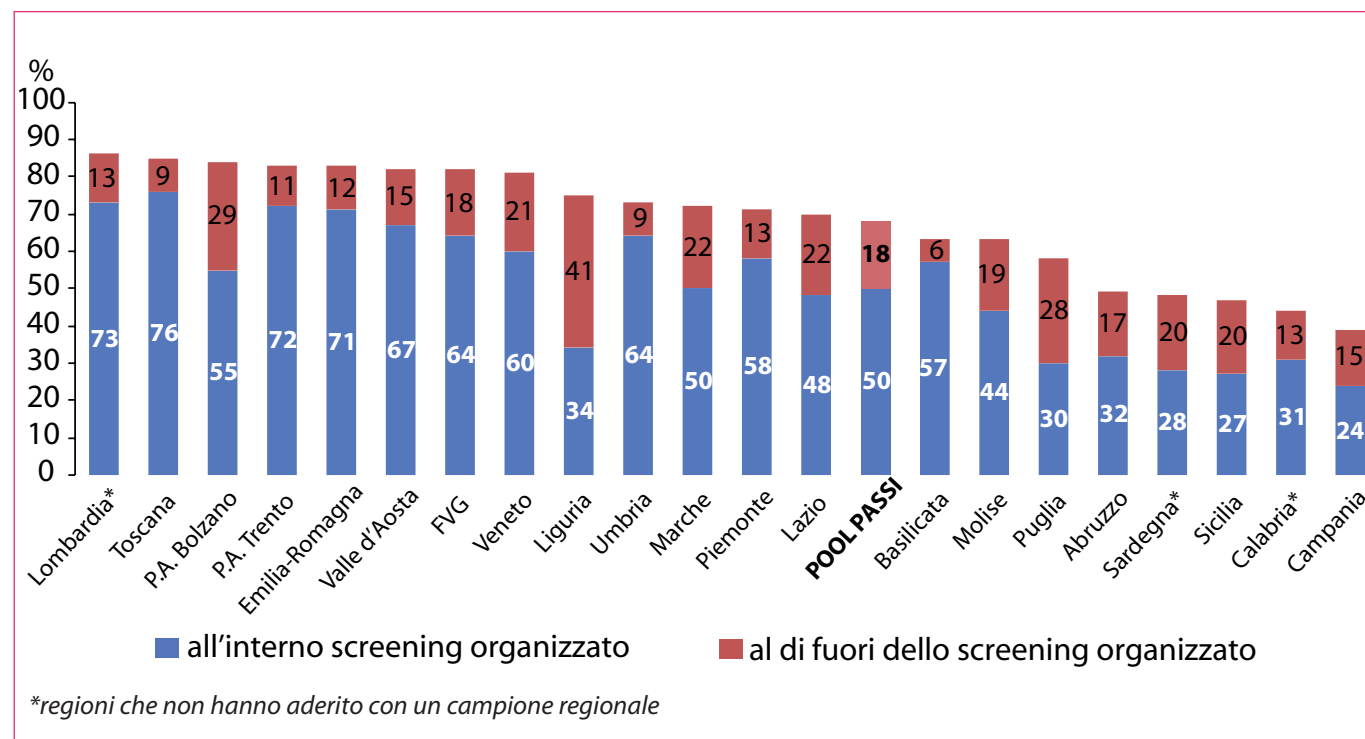


Fig. 2
Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni (%)
donne 50-69enni (%)
Pool PASSI 2009 (n. 7349)

Fig. 3
Mammografia eseguita
negli ultimi 2 anni (%)
per Regione donne
50-69enni (%)
Pool PASSI 2009 (n. 7349)

Tra le Regioni partecipanti al Passi sono presenti significative differenze nella copertura, come indica la figura 3 si va dal 39% della Campania all'86% della Lombardia.

L'età media alla prima mammografia è di 45 anni: il 61% 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 (53%).



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.