

**GISCI**

Convegno  
Nazionale

**GISCI**

# VERSO UN'EVOLUZIONE DEGLI SCREENING E DEL LORO MONITORAGGIO

Priscilla Sassoli de Bianchi

Direzione Generale Cura della Persona Salute e Welfare  
Regione Emilia-Romagna

Una caratteristica dei programmi di screening è che sono nati MONITORATI non solo rispetto agli inviti spediti e i test di I livello eseguiti, ma rispetto alla qualità di tutte le fasi del percorso: tempi ed esiti del II livello e buona parte anche del III (trattamento).



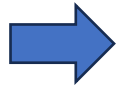
1



Raccolta dati, sistema informativo, estrazioni per calcolare indicatori, format per gli esiti, check list rappresentano un lavoro impegnativo, ma la possibilità di valutare le fasi del programma è molto apprezzata e ha «contaminato» anche il II livello clinico fuori percorso screening

*dovere dei programmi*

Stiamo invitando tutte le  
persone che ne hanno diritto?



Estensione degli inviti

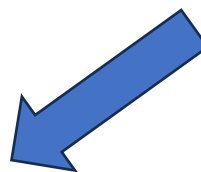
Schede ONS GIS

In molti programmi gli aventi diritto possono sempre aderire allo screening, anche ben dopo aver ricevuto l'invito o il sollecito

Estensione degli inviti



Adesione all'invito



Copertura test I livello  
nella popolazione target

Stiamo invitando tutte le  
persone che ne hanno diritto?



Estensione degli inviti

Schede ONS GIS

*dovere dei programmi*

C'è una buona adesione allo  
screening?



Popolazione target  
«coperta» dallo screening

p15 NSG

*obbiettivo dei programmi*

La copertura dipende sia dall'estensione degli inviti che dall'adesione all'invito

Indicatori attuali: che problemi abbiamo?

Sono indicatori calcolati su base annua

- Necessità di avere indicatori aggiornati, disponibili in breve tempo
- Necessità di un indicatore unico che offra una visione complessiva, interpretabile senza altre informazioni
- La popolazione annuale è difficile da individuare e ancora più difficile è calcolarla a priori (es. da ISTAT)

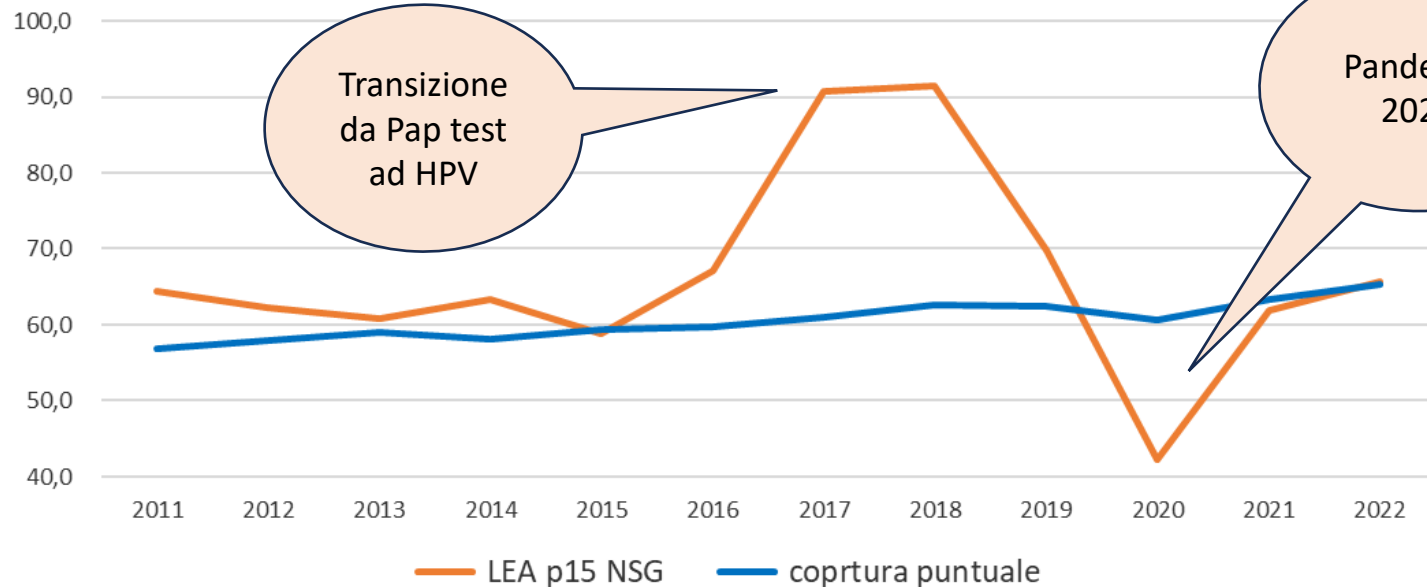
La **popolazione annuale è dinamica**:  
persone che entrano in età di screening o  
immigrano e viceversa ne escono.

È dinamica **anche l'eleggibilità all'invito** perché  
molti motivi di esclusione sono temporanei (es.  
test recenti). Difficile proporzionare le  
esclusioni alla popolazione da invitare  
nell'anno.

**Difficile ricavare la popolazione target annuale  
dalla popolazione ISTAT** calcolata a una certa  
data (assume distribuzione regolare degli inviti  
nel round triennale, quinquennale). No in  
pandemia, o per motivi organizzativi...

**L'evoluzione degli screening** va  
sempre più verso uno screening  
su misura (tailored),  
con intervalli e test diversi (HPV e  
Pap test) e sempre più sarà  
**basato sul rischio individuale**  
(vaccinata/non vaccinata,  
precedente storia di screening,  
tipo di HPV...)

Copertura screening oncologici RER (ind LEA NSG e copertura puntuale)



Transizione da Pap test ad HPV

Pandemia 2020

*Necessità di un indicatore unico che offra una visione complessiva, interpretabile senza altre informazioni*



	Copertura screening cervicale totale	Copertura screening cervicale organizzato	Copertura screening cervicale spontaneo
Abruzzo	64.9	31.7	32.8
Basilicata	68.0	47.1	20.2
Calabria	62.3	30.4	31.2
Campania	65.4	16.1	48.6
Emilia Romagna	85.0	66.9	18.0
Friuli Venezia Giulia	90.2	67.5	22.7
Lazio	83.7	38.1	45.3
Liguria	84.1	42.5	41.5

Lombardia	<b>Italia</b>	<b>77.7</b>	<b>46.7</b>	<b>30.6</b>
Marche				
Molise				
Piemonte				

■ peggiore del valore nazionale

■ simile al valore nazionale

■ migliore del valore nazionale

Piemonte	78.7	56.5	22.0
Provincia di Bolzano	93.2	61.5	31.0
Provincia di Trento	86.4	66.7	19.3
Puglia	73.3	47.8	25.0
Sardegna	70.8	48.4	21.9
Sicilia	74.6	47.2	26.0
Toscana	80.5	62.5	17.5
Umbria	87.6	70.2	17.3

## Sistema di sorveglianza PASSI

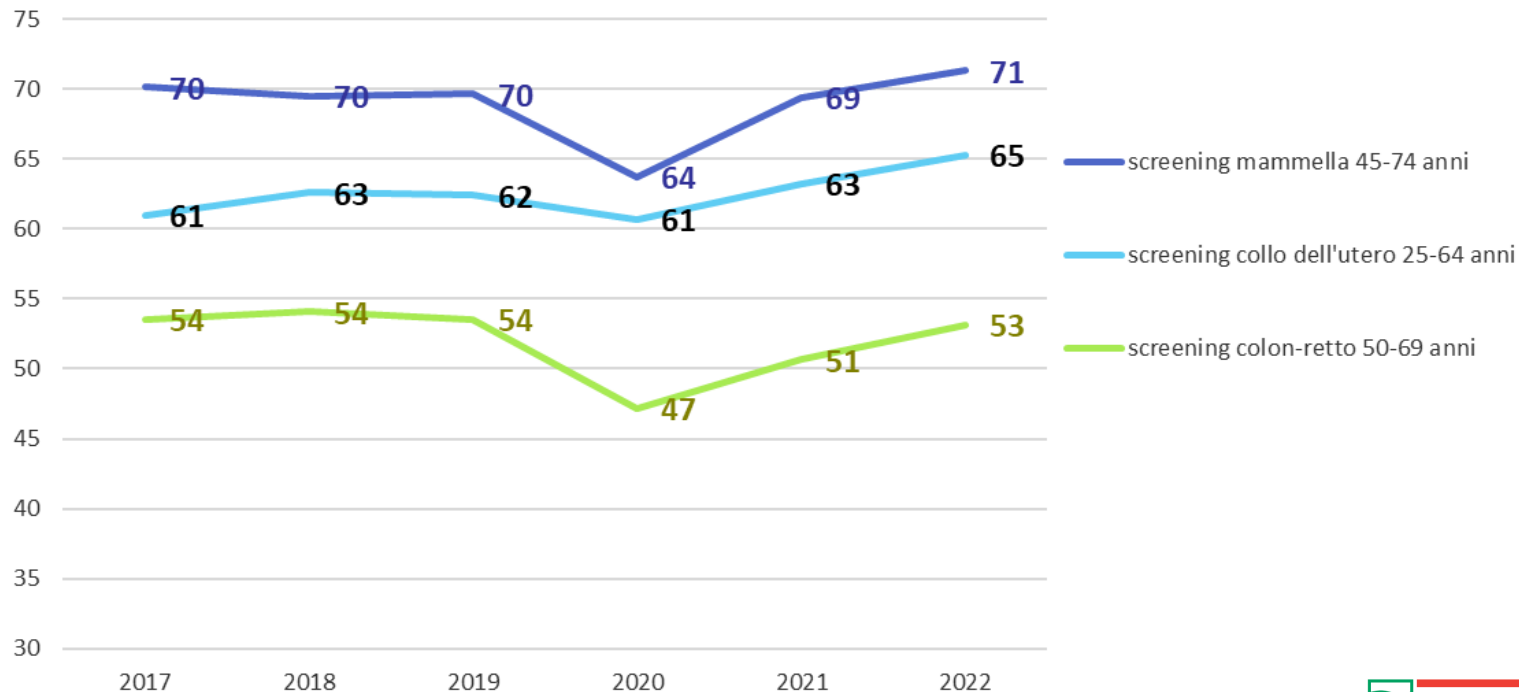
## Rilevazione puntuale a una certa data

P Popolazione bersaglio	A <sub>1</sub> Aderenti con test in screening HPV/Pap test	A <sub>2</sub> Aderenti screening in follow up attivo	B Escluse per isterectomia tot e Ca cervice	C Persone con test recente non in screening	E Persone non aderenti con invito non scaduto	G Persone da invitare (invito e test scaduto)
100	40	8	5	10	27	10
	Pap < 3 anni HPV < 5 anni					
	Copertura complessiva inviti		100 - G		90	90,0
			P		100	
	Copertura complessiva screening		A1 + A2		48	56,5
			P - (B C)		85	

P= popolazione di 25-64 anni residente al 1° gennaio 2023

AG= distribuzione di P in diverse categorie (con ordine di priorità definito)

Popolazione in fascia di età coperta dal programma di screening %



## Scheda puntuale: vantaggi

- Considera l'intera popolazione target a una certa data, non la popolazione annuale
- Gli indicatori sono effettivi e non richiedono confronti con dati precedenti, si adattano bene a screening differenziati. Permettono di evidenziare subito eventuali variazioni negli indicatori (recuperi, ritardi..) senza difficoltà di interpretazione
- La copertura così calcolata permette una visione d'insieme e soprattutto una volta implementato il calcolo automatico si può estrarre in qualunque momento - dati aggiornati
- Indicatore confrontabile con quello di PASSI

## Scheda puntuale: limiti

- La popolazione bersaglio è calcolata dal programma, anche se confrontabile con quella ISTAT
- Gli indicatori riflettono non solo l'attività dell'ultimo anno ma anche dei precedenti, quindi non è un indicatore annuale
- I dati necessari sono tutti compresi nei comuni gestionali, tuttavia occorre implementarne l'estrazione
- Mancanza di dati assoluti di attività
- Funziona bene a regime del programma (quando si è invitata almeno una volta tutta la popolazione),

Potrebbe essere utile una **rilevazione quantitativa di attività dei programmi** di screening in aggiunta al calcolo di indicatori di performance/valutativi?



Permette di evidenziare le **prestazioni multiple** effettuate su singole persone e quindi il **reale carico di lavoro** e si possono includere anche gli **esami di follow up** in ambito screening sia di I che di II livello, inoltre facilita una **valutazione dei costi**

## Dati di attività dei programmi di screening (per es. annuali non per coorte)

Persone invitate

n. inviti e n. solleciti

Persone che hanno eseguito esami I livello

n. esami di I livello

Persone che hanno eseguito esami II livello

n. esami II livello

Persone che hanno eseguito trattamento in screening

n. trattamenti

Persone che hanno eseguito esame di follow up in screening

n. esami di I e II livello

Persone con Ca

n. Ca identificati

Persone con lesione significativa precancerosa

n. lesioni precancerose

## Riflessioni conclusive

Il **Database individuale** diventa sempre più indispensabile andando verso screening personalizzati, occorre però alimentarlo e presidiarlo (DWH nazionale?).

È importante che i **sistemi informativi** offrano la possibilità di effettuare estrazioni su selezioni di popolazione (monitoraggio separato per es. vaccinate e non vaccinate)

Un' **anagrafica aggiornata e di qualità** è imprescindibile per un programma di screening

Un **indicatore di copertura** leggibile, recente, calcolato a una certa data su tutta la popolazione target potrebbe essere utile (superando alcune difficoltà degli indic. annuali)

La rilevazione di **dati di attività annuali** (disponibili a fine anno) potrebbe essere un elemento informativo in più da affiancare agli indicatori (estrazione abbastanza facile, numeri assoluti comprensibili ma rischio di trarne indicatori errati)