

CONVEGNO ANNUALE GISCI 2004

MATERA 11 e 12 MARZO 2004

LO SCREENING IN ITALIA

I DATI DELLA SURVEY 2002 VISTI
DALL'ORGANIZZATORE

CARLO NALDONI

Resp.le screening Regione Emilia-Romagna

Problemi rilevati e valori (I parte):

- persistenti ritardi nei tempi di chiamata rispetto a quanto previsto
- Programmi di screening: programmi di sanità pubblica, LEA, diritto e garanzia di equità di accesso, di livello di qualità, di gestione e controllo attivo del percorso diagnostico-terapeutico integrato per tutte le donne indistintamente:
 - * informazioni corrette e chiare sul modello organizzativo adottato per il programma di screening e sul come questo garantisce l'equità di accesso, la qualità, l'integrazione de percorso ecc.
- verifica compliance (apparentemente bassa) e ragioni di non adesione e di gradimento del servizio e del programma di screening in tutti i suoi step di intervento (verifiche periodiche a campione con questionari o interviste telefoniche, focus group ecc.)

Problemi rilevati e valori (2° parte):

- hanno risposto meno programmi
- necessità di convincersi che la rilevazione GISCi e GISMa è diventata istituzionale quindi doverosa: Osservatorio nazionale screening come braccio tecnico del coordinamento interregionale screening del Coordinamento Sanità delle Regioni.
- referral rate nella norma ma.....che cosa si richiama?
ASCUS, ASCUS, ASCUS, ASCUS. ASCUS, ASCUS, Low grade, Low grade, Low Grade, HG-Ca.: evitiamo di creare false malate.
Sensibilità, Specificità, VPP (uguale se non poco superiore a quello mammografico), DR CIN 2+ bassa? alta? Media?
necessità di un indicatore basato sui dati GISCi, oramai consolidati.
- Il percorso diagnostico-terapeutico tiene

- verifica più approfondita del significato e delle ragioni delle scelte terapeutiche
- Ridimensionamento del significato diagnostico, predittivo del quadro colposcopico:
poco importante stabilire parallelismi diagnostici fra quadri colposcopici ed alterazioni cito-istologiche.
Molto più utile verificare che l'alterazione colposcopica rilevata a seguito della citologia alterata faccia eseguire un corretto e mirato prelievo bioptico: verificare la qualità del prelievo bioptico
- Problema follow-up: deve avere un inizio giustificato, deve avere un chiaro percorso proporzionato alla lesione, sia in termini di tempo sia in termini di esami, deve avere una fine chiara ed esplicitata

Sviluppo analisi dati:

- trend temporali
- valutazione almeno per dati aggregati (regioni, aree geografiche ecc.) non per singoli programmi
- verifiche e studi ad hoc su eventi sentinella (trattamenti apparentemente inappropriati, VPP, sensibilità e specificità per applicazione nuove tecnologie: strato sottile, lettura automatica, Bethesda 2001, HPV test, ecc.)

Conclusioni e proposte:

- Necessità di monitorare più rigorosamente ed intervenire sugli aspetti organizzativi non in linea con gli indicatori (avanzamento ed intervalli test, garanzia equità, qualità tempi del percorso diagnostico-terapeutico e follow-up)
- Corretta e completa informazione alle donne su tutti gli aspetti dell'intervento, compresi quelli organizzativi, tecnici ed in particolare per gli output, gli obiettivi e i limiti
- Verifica nuovi modelli di screening: identificazione gruppi a rischio (combinazione corretta fra test HPV e citologia) intensificazione dei controlli su questi e rallentamento o sospensione sugli altri (p.es. donne negative persistentemente dopo i >50 anni?)