



PASSI e la valutazione: lo screening dal confronto dei dati al governo dei fenomeni

Antonio Federici e
Paolo Giorgi Rossi



• Dal 2009 «Cabina di regia»
PASSI- Osservatorio Nazionale screening

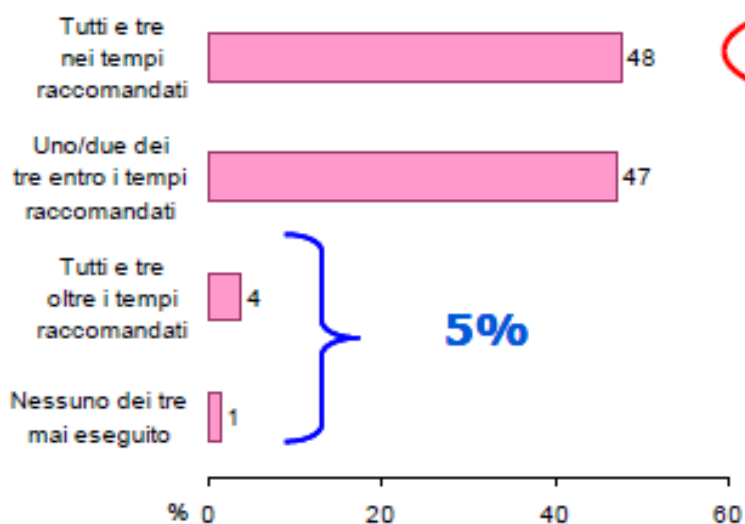
ONS e PASSI: il presente



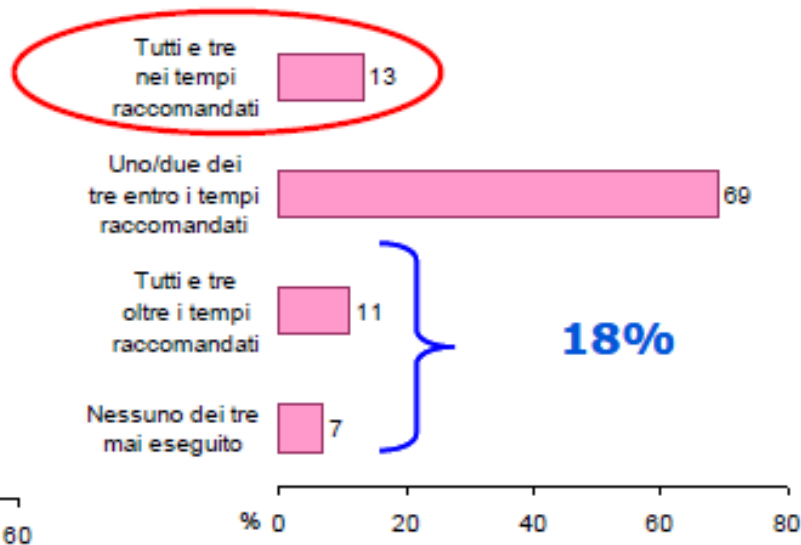
Numero totale di don
 Numero di donne ade
 Media aderenti per an
 Adesione all'invito

Suddivisione della popolazione femminile 50-69enne per l'esecuzione degli esami per la prevenzione oncologica

Regioni con i 3 programmi screening organizzanti e funzionanti



Regioni senza 3 programmi screening organizzanti e funzionanti



i»

Figura 1. Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni (%) Donne 50-69enni Passi 2011-13 (n. 22.139)



i di screening

Adesione grezza all'i
 Percentuale di donn
 per approfondiment

Funzione di governance

Stewardship: subfunzioni

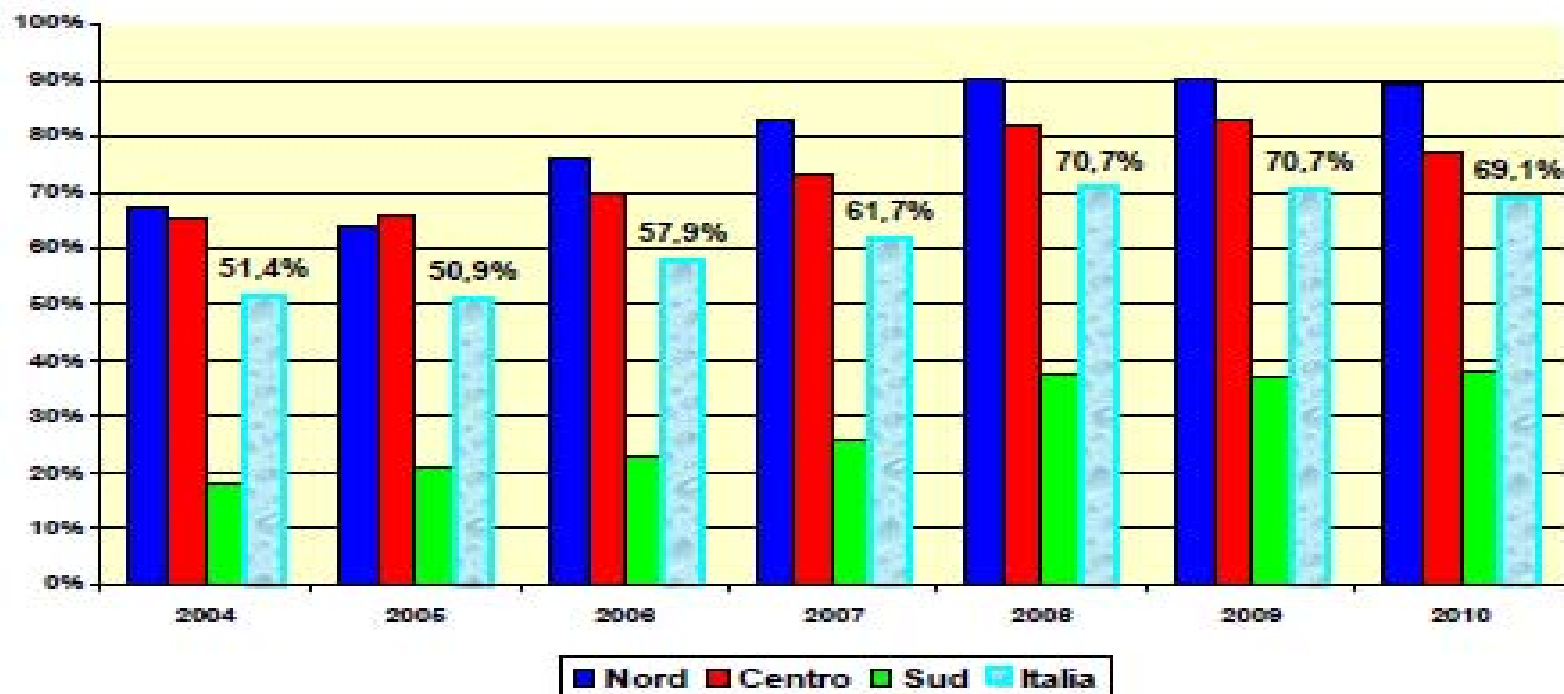
1. generazione dell'intelligenza (gestione basata sulla conoscenza);
2. formulare un quadro strategico;
3. garantire strumenti per l'implementazione;
4. stabilire e mantenere collaborazioni e partnership;
5. creare una coerenza tra gli obiettivi della *policy*, la cultura e la struttura dell'organizzazione;
6. garantire la responsabilità (*accountability*)..

Travis P., Towards better stewardship: concepts and critical issues. Geneva, WHO, 2002. <http://www.who.int/healthinfo/paper48.pdf>



Fenomeno di partenza

Estensione Effettiva Programmi di screening mammografico 2004-2010



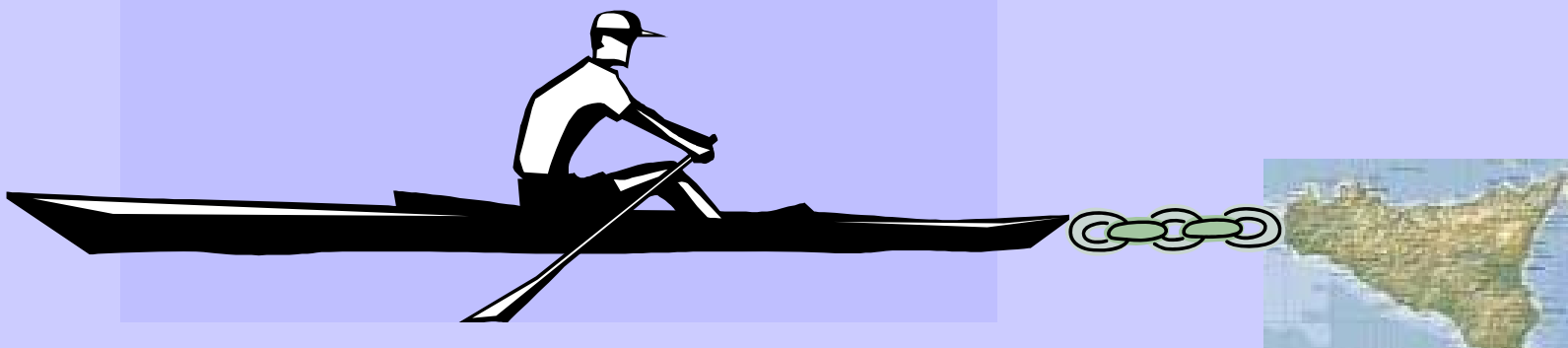


Legge finanziaria 2007 Finanziamenti extra fondo sanitario alle Regioni meridionali

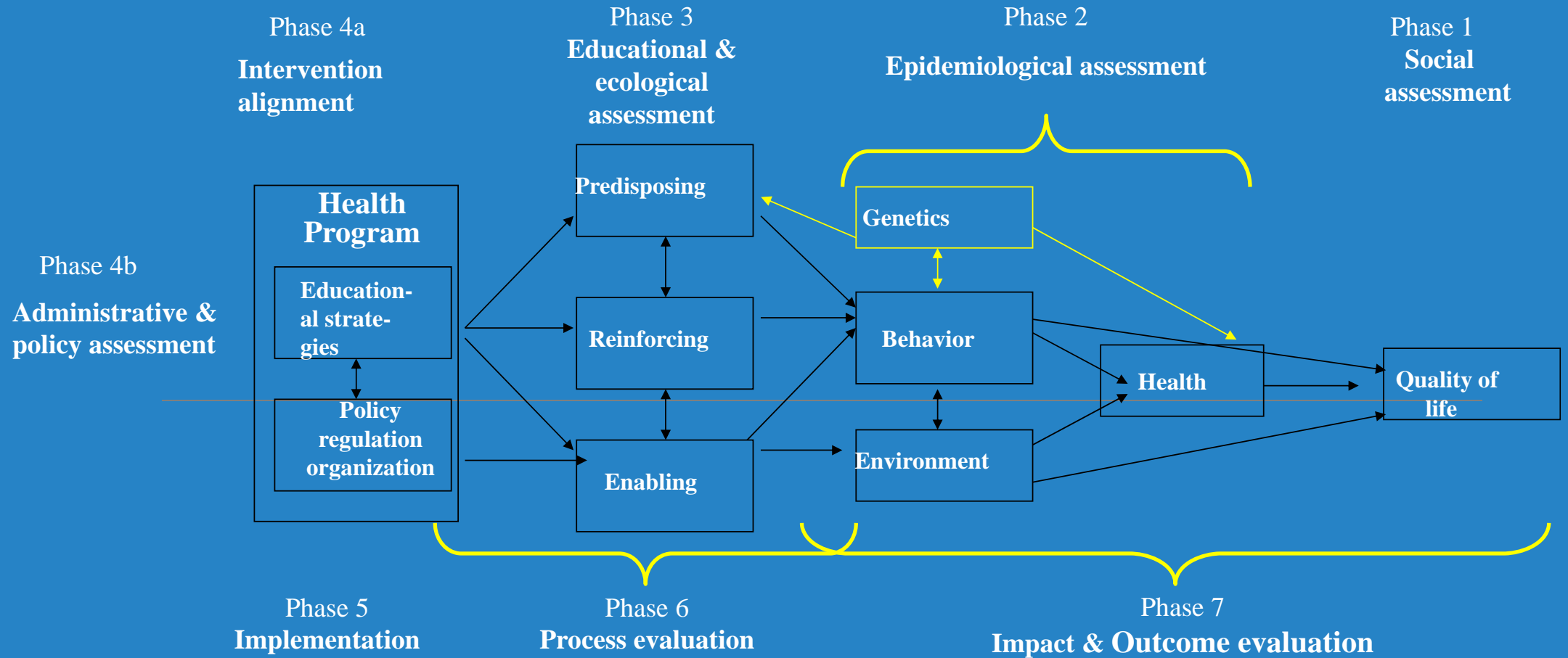
- [Questi
women
even w
steps to

t of

Ci interessano cause modificabili



The generic representation of the **new version** of PRECED-PROCEED



*Implementazione
dei programmi di
screening: analisi
delle barriere e dei
fattori facilitanti,
modificabili e non.*

Unità Operativa 1
AGENAS
Coordinamento
istituzionale del
progetto

Unità Operativa 2
AUSL Reggio Emilia
Coordinamento
scientifico del progetto

Unità Operativa 3
CPO Piemonte

Unità Operativa 4
Università "La
Sapienza" Roma

Unità Operativa 5
Università
"Cattolica del
Sacro Cuore" –
Roma

Maria Donata Bellentani – Antonio Giulio De Belvis –
Antonio Federici - Paolo Giorgi Rossi - Lidia Giordano –
Angela Guarino - Giuseppe La Torre – Grazia Serantoni

Unità operative

*Implementazione
dei programmi di
screening: analisi
delle barriere e dei
fattori facilitanti,
modificabili e non.*

Obiettivi

- Individuazione delle **barriere all'estensione** dei PS
- individuazione delle **barriere all'adesione** ai PS
- descrizione dell'**organizzazione** dei PS a livello regionale e delle **attività** delle regioni
- fornire uno strumento per favorire una **programmazione efficace**

*Implementazione
dei programmi di
screening: analisi
delle barriere e dei
fattori facilitanti,
modificabili e non.*

Output

Il prodotti finali principali, previsti dal progetto, sono:

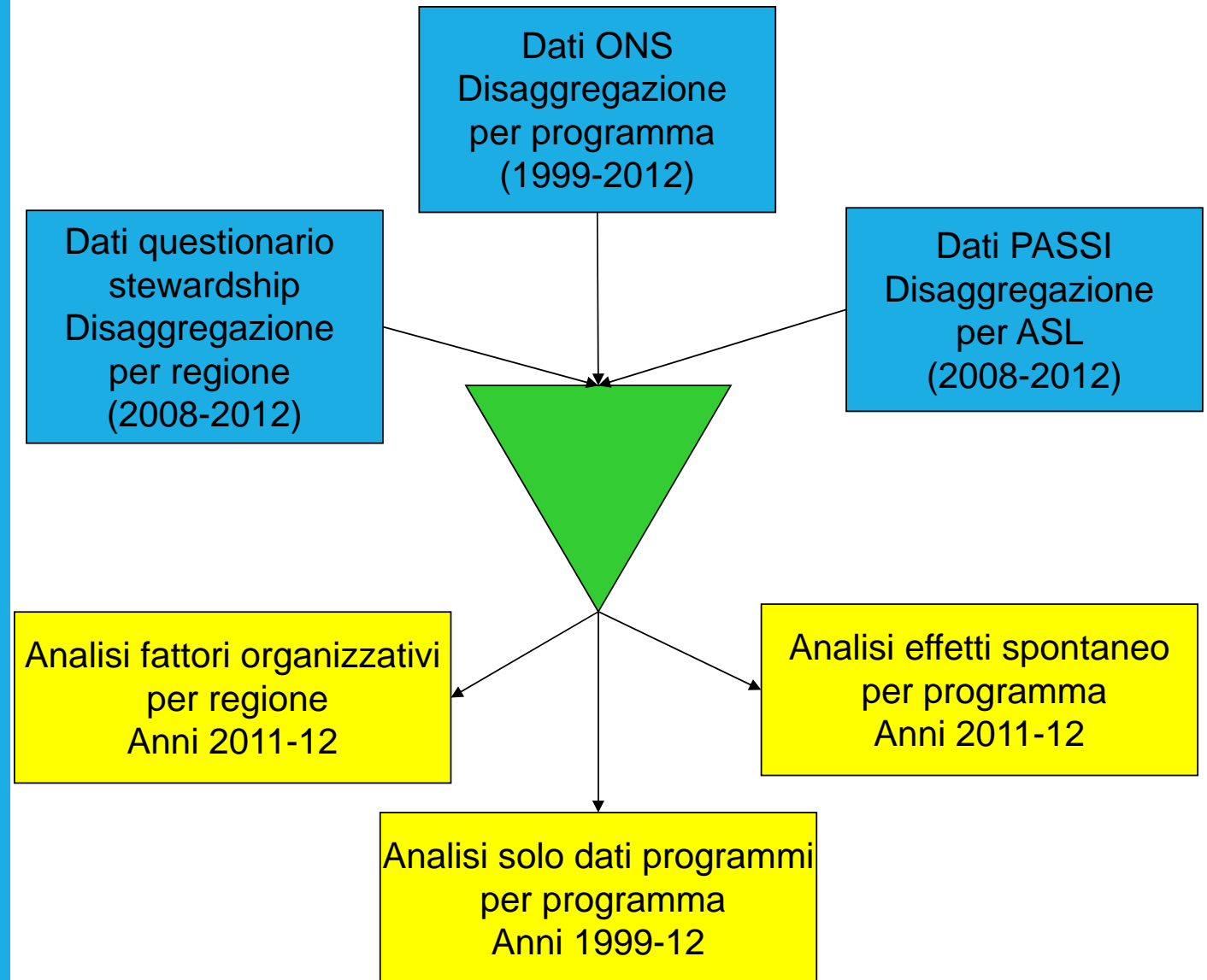
- executive summary

- strumento e manuale applicativo

(di progettazione e valutazione delle attività legate alla costruzione o implementazione dei PS)

Ora in fase di sperimentazione sul campo in 6 regioni che hanno aderito (Campania, Sicilia, Lazio, Piemonte, Emilia-Romagna, Lombardia ognuna con un programma).

Flowchart delle analisi



RISULTATI

Analisi del contesto organizzativo: (questionario stewardship delle Regioni)

Risultati su 19 regioni e PPAA.

Un elevato livello di capitale sociale è associato ad un incremento dell'adesione ai programmi di screening.

Una forte sperequazione (indice di Gini) è associata a bassa adesione allo screening.

Screening del colon-retto

4 Regioni in piano di rientro hanno un'estensione teorica dei programmi di screening al di sotto del 50%, nessuna tra quelle non in piano di rientro è sotto al 50%

L'estensione inviti è al di sopra del 50% in 8 Regioni che non sono in piano di rientro ma in nessuna delle Regioni in piano di rientro si raggiunge la soglia superiore al 50%.

RISULTATI

Analisi del
rapporto tra
screening
organizzato e
spontaneo

- ***Estensione e adesione sono più basse laddove c'è forte screening spontaneo.***

IDENTIFICANDO LO SCREENING SPONTANEO COME UN
DETERMINANTE DELLA SCARSA ESTENSIONE/ADESIONE

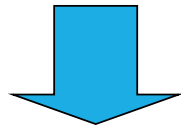
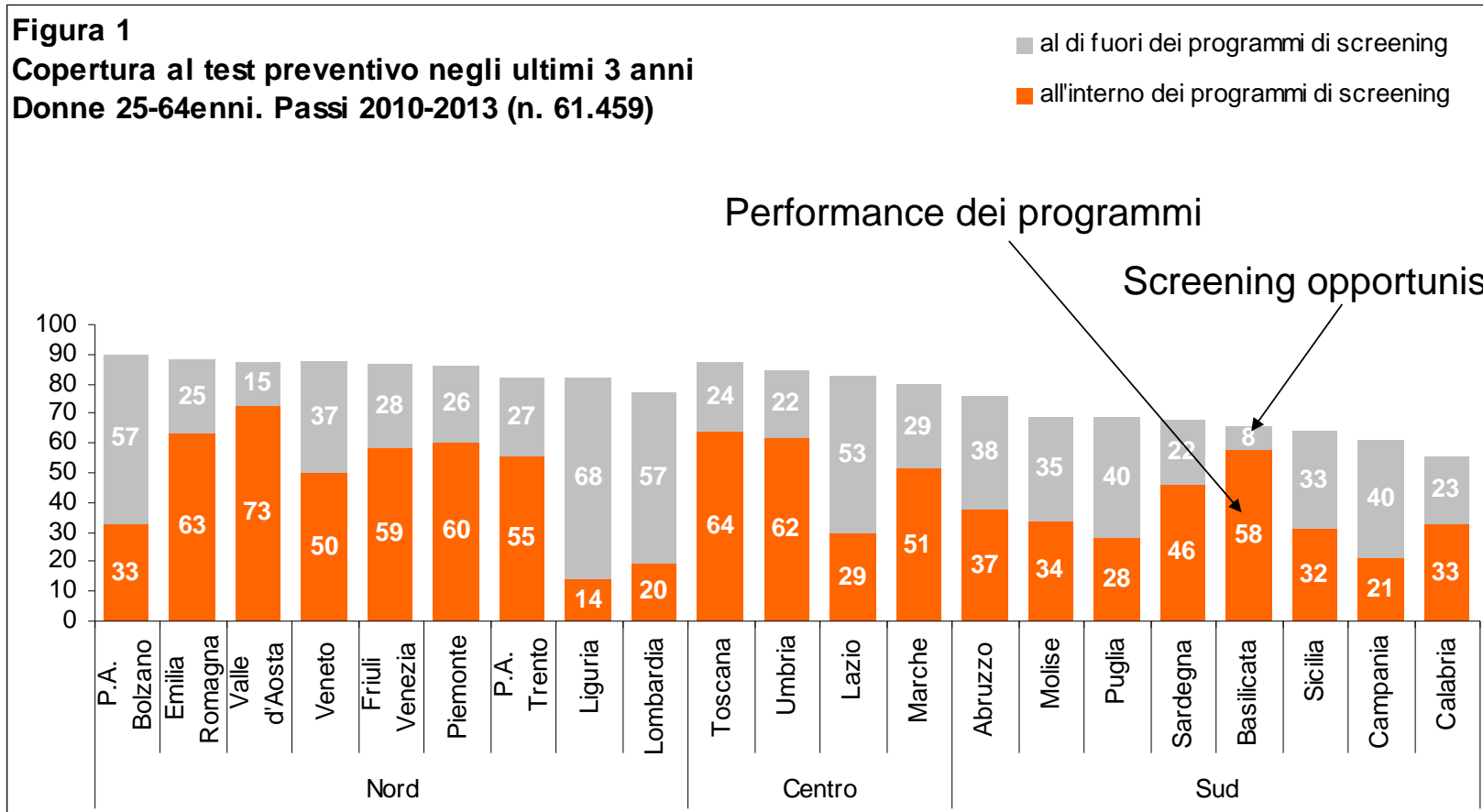


Figura 1
Copertura al test preventivo negli ultimi 3 anni
Donne 25-64enni. Passi 2010-2013 (n. 61.459)



Ordinamento per gradiente geografico →

Cervice

Figura 1
Copertura al test preventivo negli ultimi 3 anni
Donne 25-64enni

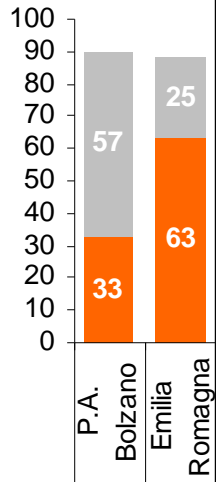


Figura 2
Copertura al test preventivo negli ultimi 3 anni
Donne 25-64enni. Passi 2010-2013 (n. 61.459)

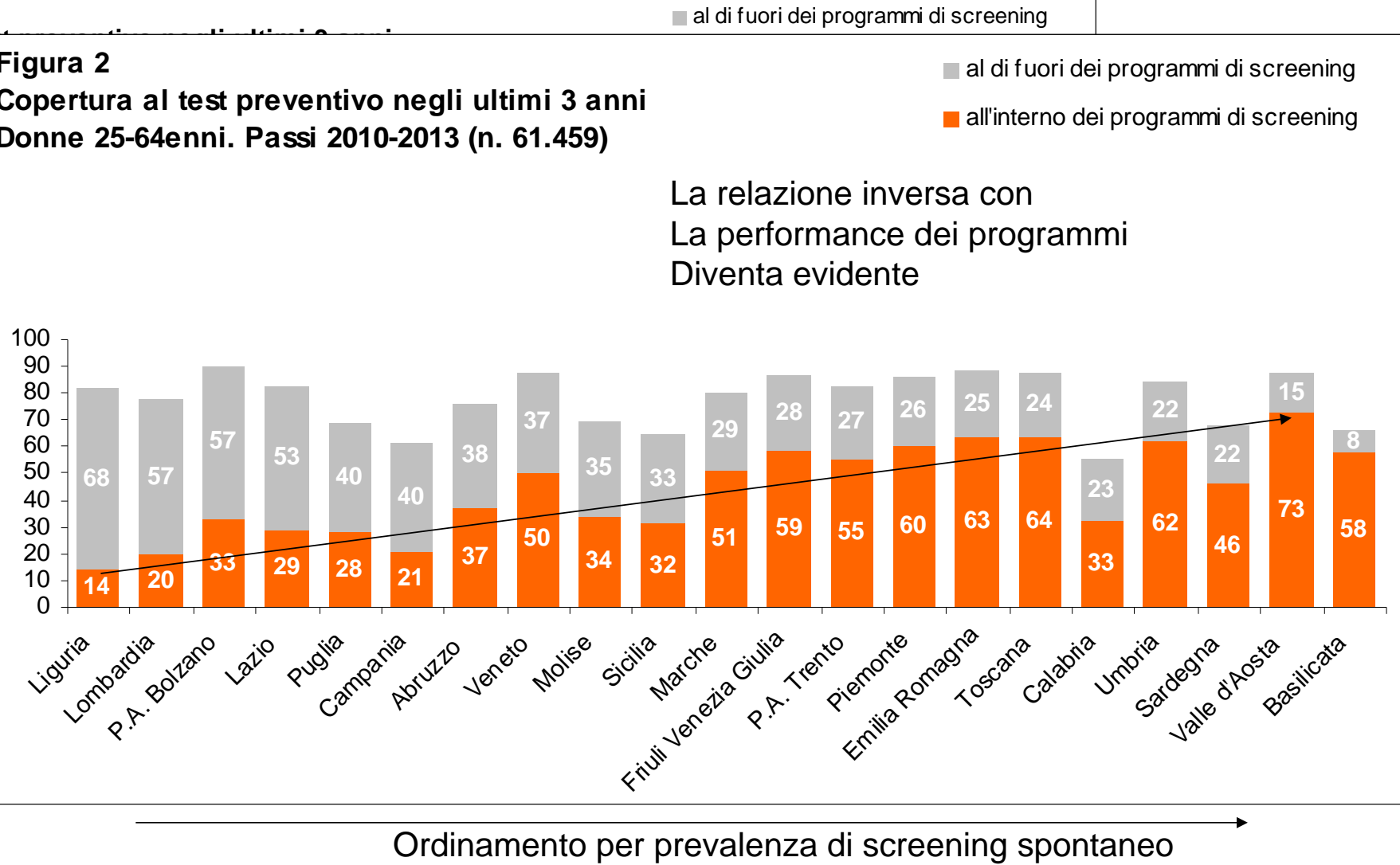


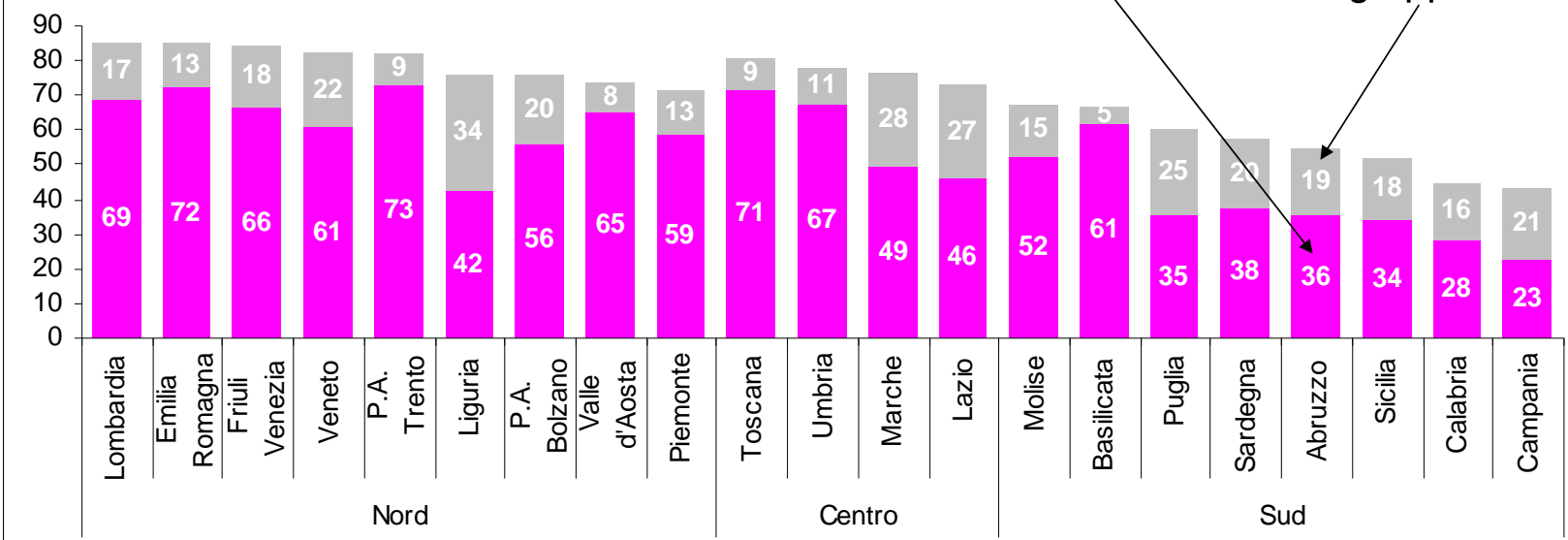
Figura 1
Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni (%)
Donne 50-69enni. Passi 2008-2013 (n. 42.682)

■ al di fuori dei programmi di screening
 ■ all'interno dei programmi di screening

Mammografico

Performance dei programmi

Screening opportunistico



Ordinamento per gradiente geografico

Figura 1
Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni (%)
Donne 50-69enni. Passi 2008-2013 (n. 42.682)

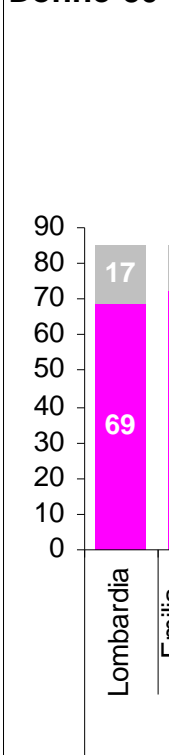
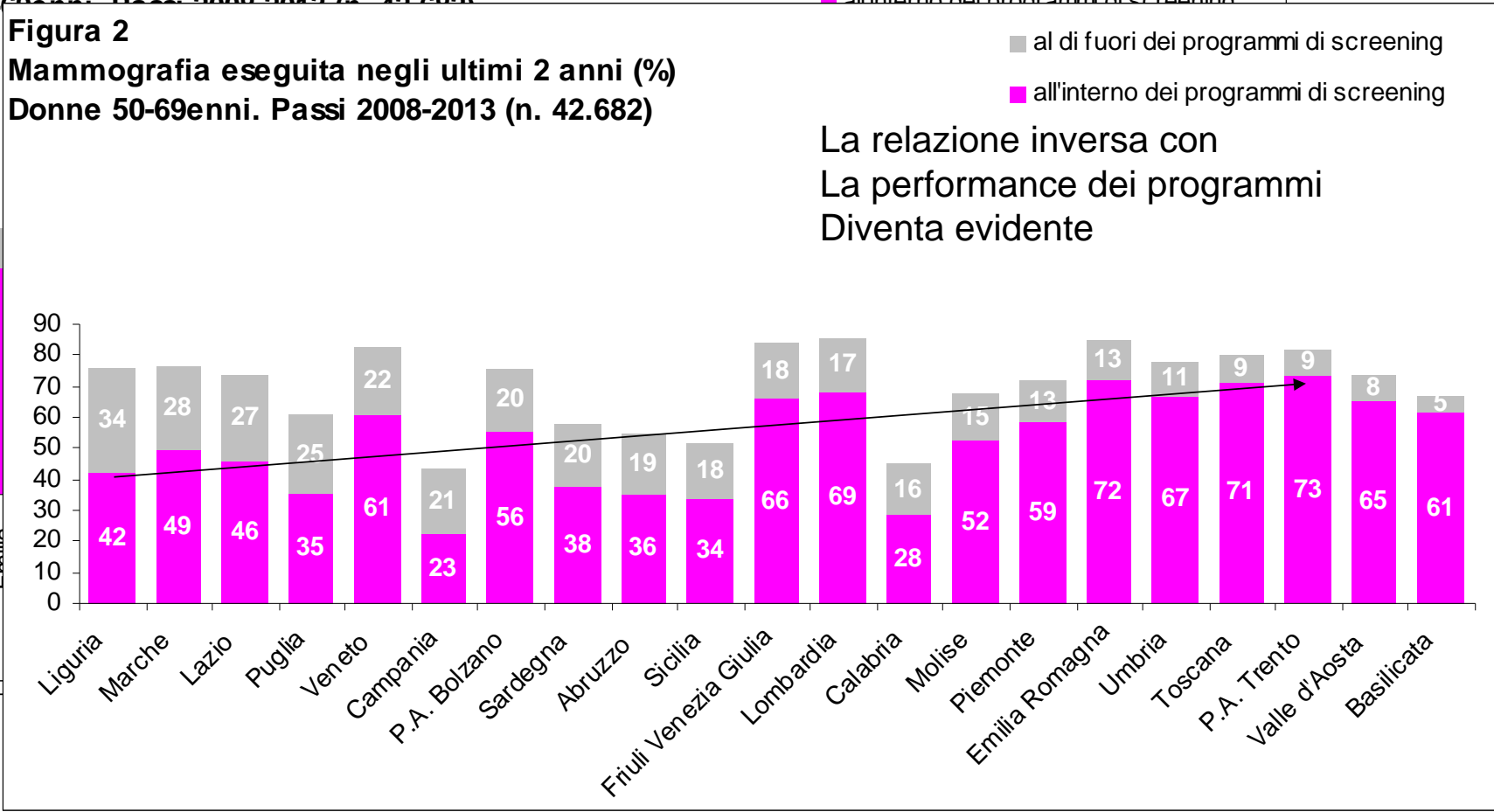


Figura 2
Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni (%)
Donne 50-69enni. Passi 2008-2013 (n. 42.682)



La relazione inversa con
 La performance dei programmi
 Diventa evidente

Ordinamento per prevalenza di screening spontaneo

Colon-retto

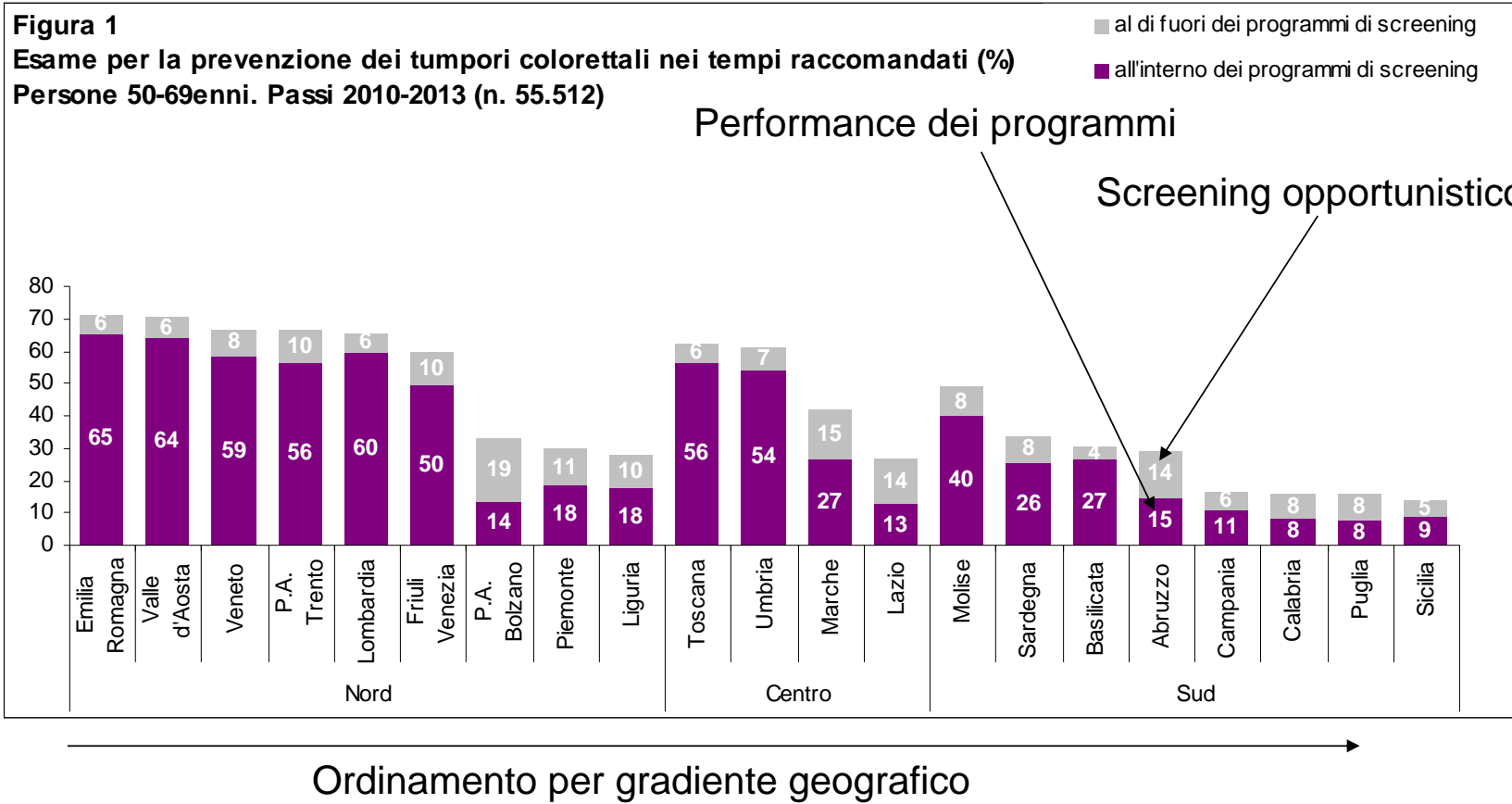


Figura 1

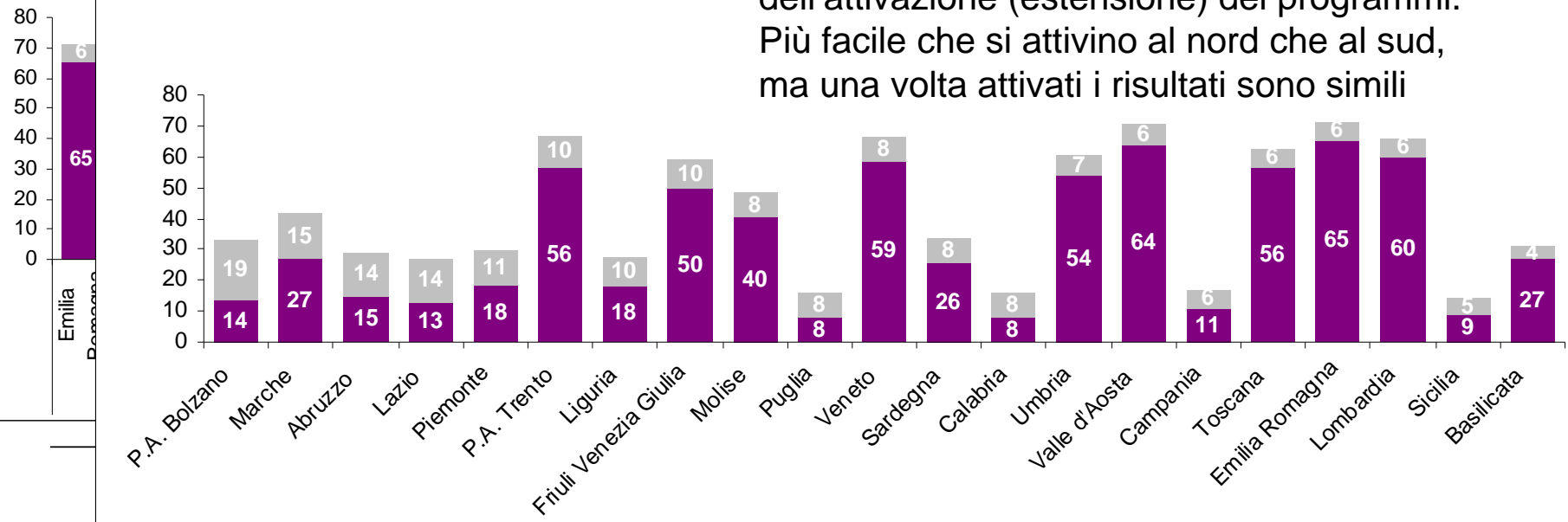
Esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati (%)

Persone

Figura 2

Esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati (%)

Persone 50-69enni. Passi 2010-2013 (n. 55.512)



Le differenze sono solo specchio dell'attivazione (estensione) dei programmi. Più facile che si attivino al nord che al sud, ma una volta attivati i risultati sono simili

Ordinamento per prevalenza di screening spontaneo

RISULTATI

Analisi del rapporto tra screening organizzato e spontaneo

- ***Estensione e adesione sono più basse laddove c'è forte screening spontaneo.***
- ***Per contro il contributo dello screening spontaneo alla copertura totale è modesto per la mammella, insistente per il colonretto e rilevante solo per laervice.***
- ***Nel colonretto, a parità di anzianità del programma, non ci sono differenze di adesione fra centro-nord e sud, al contrario degli altri screening: effetto dell'assenza di pressione da parte dello spontaneo(?)***

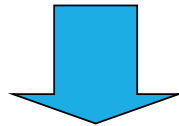
Risultati

Determinanti dell'estensione

- I richiami negli anni precedenti su tutto il periodo sono altamente significativi $p=0.007$
- Nessun effetto piani di rientro

Conclusioni (1)

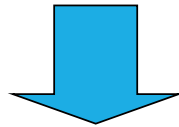
Estensione e adesione sono più basse laddove c'è forte screening spontaneo.



I Programmi di screening necessitano di un Servizio sanitario forte in cui le esigenze degli interventi di sanità pubblica sono anteposte alle esigenze dei singoli professionisti

Conclusioni (2)

Un alto tasso di richiami negli anni precedenti può causare un blocco nell'estensione dei programmi mammografici.



- I PS necessitano di un cambiamento di paradigma nella mentalità dei professionisti, da terapeutico a preventivo, e di un conseguente retraining.
- Il comportamento dei professionisti impatta sulla qualità tecnica dei programmi, ma anche sull'organizzazione, la sostenibilità e l'equità di un programma

Cosa abbiamo imparato

Perseguendo nuovi obiettivi conoscitivi si possono usare i dati già disponibili per trovare nuove soluzioni.

Solo avendo chiara la relazione fra conoscenza e azione che ne possiamo far conseguire si possono ridefinire corretti obiettivi conoscitivi.

Distinguere le barriere e i fattori facilitanti in modificabili e non può aiutarci a trovare soluzioni per agire laddove non siamo mai riusciti a essere incisivi, forse per una mancanza di intelligenza dei problemi.

Grazie per l'attenzione
