

PROGRAMMI ORGANIZZATI DI SCREENING DEL CERVICO-CARCINOMA: RISULTATI DI UN'INDAGINE SWOT NELLA REGIONE CALABRIA

Giuseppe Andrea De Biase¹, Carmela Bianchi², Domenico Gullà¹ e Filomena Zappia³ per il Gruppo Resp Calabria*

¹Dipartimento Tutela Salute e Politiche Sanitarie, Regione Calabria, Catanzaro; ²Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza; ³Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria

SUMMARY (*Screening programs for cervical cancer: a SWOT investigation in Calabria Region*) - In this study, the low adherence to screening programs for cervical cancer in Calabria was studied by performing a SWOT analysis with a selected number of health professionals. Although women are offered the cervical screening within the regional health system, human and financial resources are not sufficient to promote the screening and service health management has to be improved. In that perspective, it would be appropriate to invest in health promotion strategies and more effective communication, overcoming the potential cultural factors that hinder adherence.

Key words: health prevention; cervical cancer; swot analysis

giuseppe.debiase@regcal.it

Introduzione

Il cancro della cervice uterina è un tumore della sfera genitale femminile il cui impatto si è drasticamente ridotto, grazie alla prevenzione attuata dall'uso del Pap-test nei programmi di screening. In Italia, secondo il Ministero della Salute, vengono registrati ogni anno circa 3.200 nuovi casi di carcinoma della cervice uterina e oltre 1.500 decessi.

I programmi regionali di screening per il cancro della cervice uterina rientrano nei livelli essenziali di assistenza (LEA), in grado di limitare i casi di insorgenza di tali tumori e di ridurre, quindi, l'incidenza e la mortalità.

Lo screening è un insieme di attività che comprende, oltre al test, l'informazione alla popolazione bersaglio, l'organizzazione che facilita l'accesso al test e, per le persone con test positivo, la predisposizione di protocolli diagnostici, terapeutici e di follow up. Il Pap-test deve essere effettuato ogni 3 anni nella fascia d'età 25-64 anni, come previsto dal programma regionale. L'adesione ai programmi di screening della cervice uterina nella regione Calabria è inferiore rispetto allo standard nazionale (rispettivamente 33% e 39%) (1).

I dati raccolti dal sistema di sorveglianza PASSI (*pool* Italia 2008-11) ci dicono che la percentuale di donne che ricorre al Pap-test su iniziativa spontanea è del 38% (2), a fronte di un dato regionale (*pool* Calabria 2009-11) del 20% (3).

Obiettivo del presente studio è quello di cogliere, nella percezione degli operatori sanitari coinvolti nel sistema screening, le ragioni di tale fenomeno.

Materiali e metodi

È stato utilizzato un approccio analitico di tipo SWOT, metodica partecipata con gli *stakeholders*, utilizzata in salute pubblica nell'analisi e nella valutazione degli interventi e delle alternative per realizzarli, che rileva i punti di forza e di debolezza propri del contesto di analisi e le opportunità e le minacce che derivano dal contesto esterno, cui sono esposte le specifiche realtà settoriali o territoriali analizzate.

In ogni azienda sanitaria sono stati invitati tutti gli operatori dei centri di screening, dei servizi territoriali e ospedalieri, nonché i dirigenti apicali del dipartimento tutela della salute; a chi ha aderito è stato chiesto di esprimere la propria motivata opinione in ordine al funzionamento del sistema regionale screening e la formulazione di eventuali proposte migliorative.

Le informazioni raccolte sono state rappresentate attraverso una mappa mentale, che, prevedendo la catalogazione e l'organizzazione di note e idee intorno a un concetto principale, ha consentito di aggregare punti di forza, punti di debolezza, opportunità e pericoli del sistema regionale screening e di elaborare delle raccomandazioni finali. In seguito, sono stati categorizzati in unità di informazione tutti i concetti comuni e sintetizzati in un'unica SWOT. I punti di forza e di debolezza sono interni al contesto di analisi e sono quindi modificabili; le opportunità e le minacce derivano dal contesto esterno e sono meno facilmente modificabili (4).

Risultati

Nel mese di maggio 2013 sono state effettuate 9 riunioni, presso i servizi epi-

demilogici, le unità operative di screening e il dipartimento tutela della salute, a cui hanno preso parte 17 operatori delle unità operative di screening, 1 medico di medicina generale (MMG), 15 ostetriche, 2 assistenti sociali, 2 anatomo-patologi, 4 ginecologi, 2 tecnici di laboratorio, 1 responsabile URP, 3 infermieri professionali, 1 dirigente dipartimento materno infantile, 1 responsabile di consultorio, 2 amministrativi, 18 intervistatori, 20 osservatori e 5 dirigenti del dipartimento tutela della salute, per un totale di 94 partecipanti.

L'analisi SWOT ha evidenziato i punti di forza e di debolezza del sistema regionale di screening del cancro della cervice uterina secondo gli operatori, come sintetizzato, in ordine di frequenza decrescente, nella Figura. Tra i punti di forza si evidenzia un buon livello logistico-organizzativo capace di agire con capillarità sul territorio. Tra i punti di debolezza è emersa una distinzione tra le criticità a carattere culturale e quelle di carattere sistemico. Con riferimento alle prime, la maggior parte degli *stakeholders* riscontra nella popolazione una scarsa sensibilità al tema della prevenzione, laddove la consapevolezza che la stessa si traduce in una riduzione della mortalità non riesce a superare dei tabù atavici, soprattutto inerenti al senso del pudore. In accordo ai dati PASSI regionali 2009-11, la mancata esecuzione del test di screening sembra essere associata a una scarsa consapevolezza della popolazione sull'importanza dello screening; infatti il 32% dichiarò di non aver eseguito il test perché non ne aveva bisogno, il 16% per pigrizia, il 15% per mancanza di tempo, mentre il 12% per imbarazzo. ▶

(*) Gruppo Resp Calabria, gruppo di lavoro della Rete Epidemiologica Regionale: E.A.R. Ciconte, C. Dell'Isola, R. Di Lorenzo, G. Donati, A. Suteria Sardo, V. Teti (ASP Catanzaro); G. De Foresta, C. De Stefano, F. Zappia (ASP Reggio Calabria); C. Bianchi, V. Gigli, F. Masotti, M.T. Pagliuso, P. Pizzino, A. Troisi, I. Valentini (ASP Cosenza); A. Cernuzio, C.G. La Greca, A. Bisbano (ASP Crotona); D. Cocciolo, M.B. Grasso, E. Morano (ASP Vibo Valentia); C. Azzarito, G.A. De Biase, D. Gullà, D. Macchioni, A.D. Mignuolo; L. Rizzo (Dipartimento Tutela Salute, Regione Calabria, Catanzaro).

Gli *stakeholders* segnalano una carenza di sensibilità nei management aziendali che, a dispetto del fatto che la diagnosi precoce del cervico-carcinoma sia una LEA, non sembrano assumere atteggiamenti consequenziali, consentendo una carenza di risorse umane e finanziarie dedicate agli screening e una inadeguatezza delle strutture erogatrici, accentuate dalle limitazioni imposte dal piano di rientro dal disavanzo della spesa sanitaria, che ha determinato il blocco della spesa per interventi strutturali e acquisti di attrezzature, oltre a quello del *turn-over*. Gli anatomo-patologi rilevano dette carenze soprattutto nel punto di lettura dei test eseguiti che, demandati alle unità di anatomia patologica, a causa dello scarso personale, non sempre viene eseguita entro i tre mesi previsti dalle vigenti linee guida.

Per ciò che concerne le criticità di carattere sistemico sono emerse: le lacune rilevate nell'anagrafe assistiti, che non consentono un recapito capillare delle lettere d'invito; la scarsa collaborazione degli MMG nell'arruolamento delle don-

ne eleggibili; la demotivazione del personale sanitario coinvolto negli screening, che determina scarsa azione di consiglio, supporto e impulso; la discontinuità delle campagne informative sia a livello locale che regionale.

Tra le minacce segnalate, le più rilevanti riguardano la situazione di competizione con il privato, non tanto per la competizione in sé stessa, quanto per il fatto che l'attività erogata dal privato è avulsa dal contesto dei programmi di screening.

Conclusioni

L'analisi SWOT ha lo scopo di valutare l'intervento e di individuare strategie finalizzate a trasformare i punti di debolezza in punti di forza e le minacce in opportunità. Nel caso specifico, lo studio ha consentito di individuare delle criticità e di elaborare raccomandazioni in base alle quali ipotizzare azioni correttive.

Si rendono opportune azioni di tipo informativo rivolte alle donne eleggibili e ai decisori (5): rispetto alle prime, nella prospettiva di incrementare la cultura della

prevenzione grazie a opuscoli informativi, utilizzando tutti i canali disponibili, dai mass media ai circuiti sanitari (MMG, farmacie, ambulatori, consultori, ecc.); rispetto ai decisori, per aumentare la consapevolezza dell'importanza dello screening, fornendo evidenze documentate sugli effetti riduttivi della mortalità per tumore e, anche, dei costi sanitari.

Considerato che è stato riscontrato l'utilizzo prevalente di due fonti anagrafiche alternative - l'anagrafe SOGEI, alimentata dal sistema tessera sanitaria e l'anagrafe unica regionale, alimentata dai Comuni - sarebbe opportuno adottare un'unica fonte di riferimento, dalla quale estrarre la popolazione target. L'utilizzo di un unico database di riferimento faciliterebbe, infatti, un processo ciclico di "controllo, pulizia e aggiornamento" dei dati.

Per superare la carenza di risorse umane, l'analisi ha evidenziato l'opportunità di operare su due versanti: internamente alle aziende, con l'attivazione di sistemi di incentivazione non economici per gli operatori coinvolti nello screening (turnazione, ferie, ecc.), in particolare nelle unità operative di anatomia patologica; esternamente, integrando nel sistema regionale gli studi ginecologici privati, le aziende ospedaliere, non coinvolte e gli MMG nell'arruolare le donne eleggibili. ■

Dichiarazione sul conflitto di interessi

Gli autori dichiarano che non esiste alcun potenziale conflitto di interesse o alcuna relazione di natura finanziaria o personale con persone o con organizzazioni, che possano influenzare in modo inappropriato lo svolgimento e i risultati di questo lavoro.

Riferimenti bibliografici

1. Osservatorio Nazionale Screening. I programmi di screening in Italia (www.osservatorionazionalecreening.it/sites/default/files/allegati/Screening_2014_web.pdf).
2. La sorveglianza PASSI. Rapporto nazionale PASSI 2012: screening cervicale (www.epicentro.iss.it/passi/rapporto2011/ScreeningCervicale.asp).
3. Sistema di sorveglianza PASSI. Rapporto regionale 2009-11 Calabria (www.epicentro.iss.it/passi/pdf2013/RAPPORTO_PASSI_Calabria_2009-11_%20x_Stampa_CORRETTO.pdf).
4. Hill T, Westbrook R. SWOT analysis: it's time for a product recall. *Long Range Plann* 1997;30(1):46-52 (www.repiev.ru/doc/SWOT-product-recall.pdf).
5. Federici A, Calizzani G, Borgia P, et al. La comunicazione e l'*empowerment* nei programmi di screening (www.epicentro.iss.it/discussioni/screening/Federici-orig.pdf).

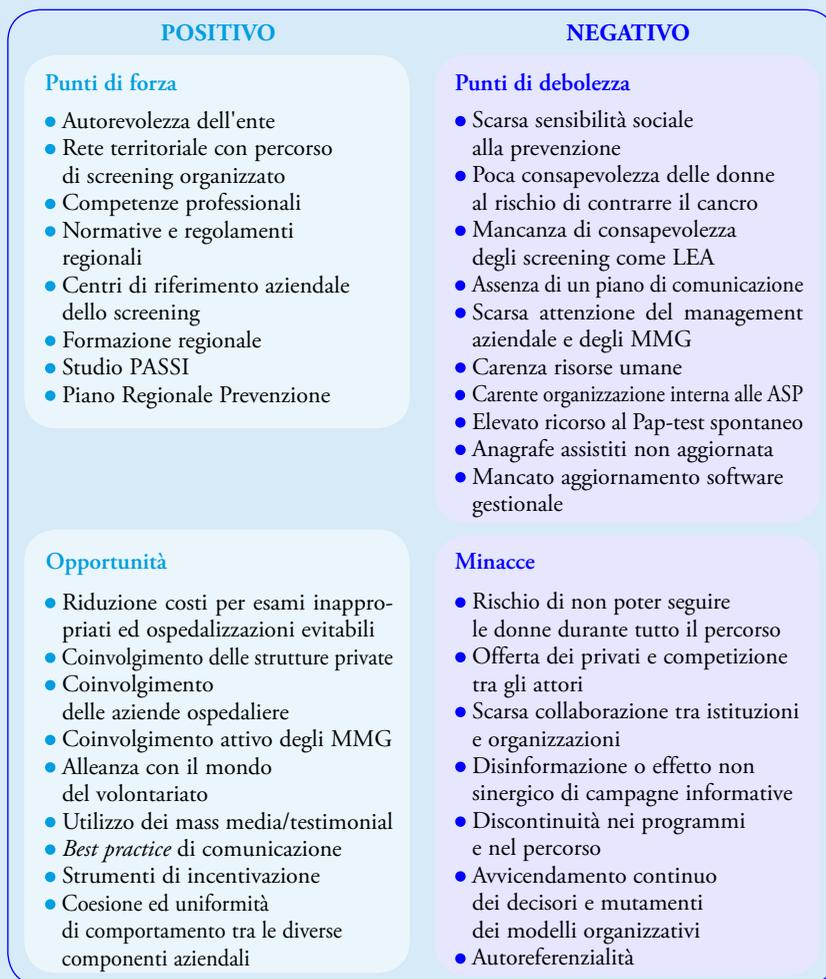


Figura - Programmi di screening per il Pap-test. Risultati indagine SWOT, regione Calabria

IL DATABASE DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA PER LA STIMA DELL'INCIDENZA DEL DIABETE MELLITO DI TIPO 1 TRA I BAMBINI DI 0-4 ANNI IN ITALIA

Monica Vichi¹, Dario Iafusco², Alfonso Galderisi³, Maria Antonietta Stazi¹ e Lorenza Nistico¹

¹Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma; ²Dipartimento di Pediatria, Centro Regionale di Diabetologia Pediatrica "G. Stoppoloni", Seconda Università degli Studi di Napoli; ³Dipartimento di Salute Materno Infantile, Università degli Studi di Padova

SUMMARY (*Italian Hospital Discharge Registry as a tool for estimating type 1 diabetes incidence amongst children 0-4 years old*) - We estimated from the Italian Hospital Discharge Registry (IHDR) the first hospitalization rate for Type 1 Diabetes Mellitus in children resident in Italy aged 0-4 years. A record-linkage procedure and a cleansing data method allowed to exclude prevalent and potentially miscoded/misdiagnosed patients. The mean nation-wide incidence rate for years 2005-2010 was 13.4 (95% CI: 12.8-14.0). Overall, even excluding Sardinia where incidence peaked, rates were slightly higher in Southern than in Northern Italy. Our rates are coherent with disease incidence rates estimated with different data sources by other Authors in selected Italian regions. IHDR provides a reasonable proxy of incidence and emerges as cost-effective tool for public health purpose.

Key words: type 1 diabetes mellitus; hospitalization; incidence

lorenza.nistico@iss.it

Introduzione

Il diabete mellito di tipo 1 (DMT1) è una condizione determinata da un processo autoimmune che si manifesta principalmente nell'infanzia ed è caratterizzata dalla distruzione delle cellule β del pancreas che producono insulina. L'incidenza di questa patologia ha un'elevata variabilità geografica a livello mondiale. Negli ultimi decenni è stata riportata una tendenza in aumento, le cui cause sono probabilmente da ricercare nella modificazione di fattori ambientali e/o di stili di vita. Il monitoraggio dei nuovi casi di DMT1 riveste una grande importanza per lo studio dell'eziopatogenesi della malattia e per le politiche sanitarie. In Italia, dal 1997 è attivo il Registro italiano del diabete tipo 1 (RID1), che attualmente copre circa il 40% della popolazione a rischio; resta quindi una lacuna informativa per molte regioni, soprattutto del Sud.

Nel database delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) sono raccolte le informazioni su tutti i ricoveri avvenuti negli ospedali italiani, sia pubblici che privati accreditati, e le diagnosi alla dimissione (fino a cinque) sono codificate secondo la ICD-9CM, che contempla uno specifico codice per il DMT1, definito nel quinto *digit* (ICD9CM:250.x1,250.x3). Poiché nei bambini piccoli la gravità dei sintomi e la difficoltà diagnostica rendono altamente probabile l'ospedalizzazione per DMT1 all'esordio, il database SDO si rivela uno strumento efficace per il monitoraggio dei nuovi casi di questa patologia. Si è scelto di focalizzare lo studio sulla classe di età 0-4 anni. Il database SDO è stato quindi utilizzato per estrapolare il primo episodio di ospedalizzazione per DMT1 nei bambini di 0-4 anni al netto delle misdiagnosi, da utilizzare come *proxy* dell'inciden-

za per tutto il territorio nazionale e per le singole regioni e province autonome. L'affidabilità delle stime così ottenute è stata poi verificata in modo indiretto per alcune regioni e province che hanno diffuso, per la stessa classe di età, stime di incidenza derivate da fonti diverse.

Materiali e metodi

Il database SDO viene fornito all'Istituto Superiore di Sanità anonimizzato, privo cioè dei dati nominativi e del codice fiscale, ma a ciascun record viene assegnato dal Ministero della Salute un codice identificativo che consente la tracciabilità di ciascun paziente nello spazio (migrazioni interregionali) e nel tempo (ricoveri ripetuti dello stesso paziente). La possibilità di individuare univocamente i pazienti ha reso possibile effettuare una *record linkage*, attraverso il quale si è potuto ricostruire per ciascun bambino tutti gli episodi di ospedalizzazione dalla nascita fino alla prima diagnosi di DMT1. È stato possibile discriminare i casi incidenti nel periodo 2005-10 (primo episodio di ospedalizzazione per DMT1) dai casi prevalenti (già ospedalizzati per DMT1 nel 2001-04) ed esaminare, utilizzando criteri clinici stringenti, tutti gli episodi di ospedalizzazione di ciascun paziente, al fine di ottenere una ragionevole conferma della diagnosi di DMT1 riportata sulla SDO (ad esempio, diagnosi di diabete non specificato al primo ricovero e diagnosi di DMT1 al secondo e successivi ricoveri) o, al contrario, di escludere casi con patologie che rendono dubbia e non attendibile la diagnosi di DMT1 riportata sulla SDO (*neonatal diabetes mellitus*, *Prader-Willi syndrome*, ecc.) (1).

I dati sono stati analizzati con Microsoft Excel e con SPSS (versione 20.0).

Risultati

Tra il 1° gennaio 2005 e il 31 dicembre 2010, 2.250 bambini di 0-4 anni, residenti in Italia, sono stati dimessi per la prima volta con una diagnosi di DMT1. Nel 94% dei casi si è trattato di un ricovero ordinario durato, mediamente, 7,9 giorni (SD \pm 5,12), mentre il restante 6% dei casi è stato ricoverato in *day hospital*. Nel 92,7% dei casi il DMT1 era riportato sulla SDO come diagnosi principale. Nel periodo di studio il 65,6% dei bambini ha effettuato un secondo ricovero nel quale era ripetuta la diagnosi di DMT1.

Il valore medio nazionale del tasso di incidenza, stimato utilizzando le prime ospedalizzazioni, è pari a 13,4 per 100.000 (IC 95%: 12,8-14,0), ed è più alto nei maschi (14,1; IC 95%:13,3-14,9) rispetto alle femmine (12,7; IC 95%: 11,9-13,4).

La distribuzione geografica del tasso è risultata estremamente eterogenea. La Sardegna presenta i valori più elevati: 55,6 per 100.000 (IC 95%: 48,8-63,2). Valori significativamente superiori rispetto a quello medio nazionale si registrano anche in Sicilia (18,7; IC 95%: 16,7-21,0) e nelle Marche (18,4; IC 95%:14,7-22,8); al contrario, in Lombardia, Veneto, Toscana e Puglia si rilevano valori significativamente inferiori. Nel complesso, nell'area meridionale e insulare l'incidenza risulta più elevata rispetto al Nord del Paese.

Conclusioni

Questo studio ha fornito per la prima volta una stima dell'incidenza di DMT1 tra i bambini di 0-4 anni nel territorio nazionale e per tutte le regioni e province autonome, utilizzando le ospedalizzazioni incidenti come *proxy* dell'incidenza della patologia. I risultati ottenuti sono coerenti con i dati riportati da altri studi che hanno analizzato la stessa classe di età per periodo di sovrapposizioni, in particolare: ►

Tabella - Tassi di incidenza (x 100.000 residenti) per diabete di tipo 1 tra i bambini di 0-4 anni nelle regioni italiane. Database SDO (2005-10)

	n. casi	Tasso standard		IC 95%	
Piemonte-Valle d'Aosta	139	11,9		10,0	13,9
Liguria	56	15,4		11,9	19,7
Lombardia	274	9,7		8,6	10,9
Trentino-Alto Adige	44	13,7		10,2	18,0
Veneto	138	9,9		8,3	11,6
Friuli-Venezia Giulia	34	11,0		7,9	15,0
Emilia-Romagna	160	13,6		11,6	15,8
Toscana	95	10,0		8,2	12,1
Umbria	28	12,1		8,4	17,0
Marche	76	18,4		14,7	22,8
Lazio	210	13,3		11,6	15,2
Abruzzo	37	10,9		7,9	14,7
Molise	12	15,9		9,2	26,1
Campania	227	12,1		10,6	13,7
Puglia	104	8,9		7,4	10,7
Basilicata	19	12,6		8,1	18,8
Calabria	93	16,8		13,8	20,4
Sicilia	281	18,7		16,7	21,0
Sardegna	223	55,6		48,8	63,2
Italia	2.250	13,4		12,8	14,0



- il Piemonte ha un tasso di incidenza per il periodo 2000-04 di 11,6 (95% IC: 9,4-14,0), di fatto sovrapponibile a quello stimato nel nostro studio (anche se riferito al periodo 2005-10), che è di 11,9 (95% IC: 10,0-13,9) (2);
- l'Osservatorio Epidemiologico della Provincia di Trento identifica 26 nuovi casi di DMT1 per la classe di età 0-4 anni nel 2005-10; nello stesso periodo, ricorrendo al database SDO, sono state individuate 28 ospedalizzazioni incidenti, 26 delle quali relative a ospedali situati nella provincia di Trento e 2 relative a bambini residenti a Trento, ma ospedalizzati fuori regione (3, 4);
- la rete dei diabetologi Immunotherapy Diabetes (IMDIAB) identifica nel Lazio 175 nuove diagnosi di DMT1 tra bambini di 0-4 anni nel periodo 2004-09; tramite le SDO sono stati identificati 210 casi (per il periodo 2005-10) e, di questi, 176 risultano essere stati ospedalizzati in una delle strutture partecipanti alla rete IMDIAB, 27 casi sono stati individuati in ospedali non afferenti alla rete e 7 casi sono stati ospedalizzati fuori regione (5);
- in Sardegna, per la coorte di nascita del 2004-07, sono state identificate 52 nuove diagnosi nel periodo 2007-09 di bambini di 0-2 anni; dal flusso SDO si rilevano 55 nuovi casi con le stesse caratteristiche di età-periodo-coorte di nascita (6).

In conclusione, quando si adottano rigorosi e stringenti criteri di pulizia, il database SDO si rivela un prezioso strumento

a basso costo per il monitoraggio del DMT1 nelle prime fasce di età. Inoltre, una volta messo a punto l'algoritmo di selezione, è possibile aggiornare le stime con un ritardo contenuto in uno-due anni.

È evidente che le informazioni desumibili dal database SDO sono limitate dal punto di vista clinico e non sono paragonabili a quelle che è possibile raccogliere tramite un registro di patologia; gli studi basati sulla sorveglianza attiva, pertanto, nonostante siano molto costosi, restano, a nostro avviso, necessari e altamente auspicabili. Nondimeno, il database SDO può contribuire a colmare molte lacune informative e consentire il monitoraggio della patologia ai fini della programmazione sanitaria; inoltre, utilizzando l'informazione su Comune e ASL di residenza, può costituire la base per studi di correlazione ecologica. ■

Dichiarazione sul conflitto di interessi

Gli autori dichiarano che non esiste alcun potenziale conflitto di interesse o alcuna relazione di natura finanziaria o personale con persone o con organizzazioni, che possano influenzare in modo inappropriato lo svolgimento e i risultati di questo lavoro.

Riferimenti bibliografici

1. Vichi M, Iafusco D, Galderisi A, *et al.* An easy, fast, effective tool to monitor the incidence of type 1 diabetes among children aged 0-4 years in Italy: the Italian Hospital Discharge Registry (IHDR). *Acta Diabetol* 2014; 51(2):287-94.
2. Bruno G, Novelli G, Panero F, *et al.* The incidence of type 1 diabetes is in-

creasing in both children and young adults in Northern Italy: 1984-2004 temporal trends. *Diabetologia* 2009; 52(12):2531-5.

3. Piffer S, Antolini M, Moser M, Bianchi L (Ed.). L'incidenza del diabete mellito di tipo 1 (insulino-dipendente) in Provincia di Trento. Rapporto Analitico Registro RIDI. Trend 2003-2007 (www.apss.tn.it/public/allegati/DOC_644933_0.pdf).
4. Piffer S, Antolini N, Moser M (Ed.). L'incidenza del diabete mellito di tipo 1 nell'infanzia e nei giovani adulti in Provincia di Trento. Rapporto Analitico Registro RIDI. Trend 2008-2010 (www.apss.tn.it/Public/allegati/DOC_654971_0.pdf).
5. Bizzarri C, Benevento D, Ciampalini P, *et al.* Clinical presentation and autoimmune characteristics of very young children at the onset of type 1 diabetes mellitus. *Pediatr Endocrinol Metab* 2010; 23(11):1151-7.
6. Bruno G, Maule M, Biggeri A, *et al.* More than 20 years of registration of type 1 diabetes in Sardinian children: temporal variations of incidence with age, period of diagnosis, and year of birth. *Diabetes* 2013; 62(10):3542-6.

Comitato scientifico

Chiara Donfrancesco, Lucia Galluzzo, Ilaria Lega, Marina Maggini, Luigi Palmieri, Alberto Perra, Francesco Rosmini, Paola Luzi
 Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS

Comitato editoriale

Paola De Castro, Carla Faralli, Alberto Perra, Stefania Salmaso
 e-mail: ben@iss.it