



PREVENZIONE SERENA

L'andamento dello screening colorettaie ai tempi del Coronavirus: la survey ONS

Dott.ssa Paola Armaroli
S.S.D. Epidemiologia Screening – CPO
AOU Città della Salute e della Scienza di Torino
Via Cavour, 31, 10123 Torino, Italy

**Workshop Anno 2021
Torino 17 dicembre 2021**

L'emergenza COVID19 ha comportato l'adozione di **misure straordinarie** per garantire la tenuta del SSN. Tra queste la **sospensione e riorganizzazione** di molte attività sanitarie, comprese quelle degli **screening oncologici**

Le prestazioni di screening di **primo livello**, per definizione rivolte a una popolazione clinicamente asintomatica, hanno subito un'improvvisa interruzione.

Le prestazioni di **secondo livello** sono state invece oggetto di una nota di chiarimento da parte del Ministero, che ne ha puntualizzato l'indifferibilità.

La sospensione delle prestazioni di screening di primo livello in Italia si è verificata nei mesi di **marzo e aprile 2020**, su tutto il territorio nazionale, ancorché in modo non omogeneo tra le diverse Regioni.

A partire da **maggio 2020** i programmi di screening sono stati **riattivati**, ma con tempistiche, intensità e modalità diverse fra le Regioni e all'interno della stessa Regione

L'Osservatorio Nazionale Screening (ONS), network di centri regionali ed organo tecnico di riferimento a supporto di Regioni e Ministero per il monitoraggio dei programmi di screening, per il miglioramento continuo della qualità e per la formazione specifica, ha **monitorato e accompagnato** questo processo con varie azioni:

- a) **incontri periodici** con tutti i referenti regionali di screening
- b) stesura di un **documento di indirizzo** sul riavvio dei programmi di screening
- c) promozione di un dibattito su **modalità organizzative nuove** da implementare a seguito della emergenza sanitaria

- d) produzione di **materiali e informazioni** utili alla ripartenza
- e) conduzione di una **survey** ad hoc per conoscere le modalità organizzative della ripartenza in ogni Regione (survey “**qualitativa**”)
- f) conduzione di 3 survey per misurare quantitativamente il ritardo accumulato e la velocità di ripartenza (survey “**quantitativa**”).

La **survey “quantitativa”** è stata condotta mediante invio di una scheda ad hoc a tutti i coordinamenti regionali dei programmi di screening oncologici.

La **prima survey** quantitativa ha analizzato il periodo **Gennaio Maggio 2020** e lo ha confrontato con l’analogo periodo del 2019.

La **seconda survey** si è estesa fino alla fine del **settembre 2020**

Una **terza survey** è stata ripetuta nel **gennaio 2021**

Sono stati stimati:

per il periodo gennaio-maggio 2020, giugno-settembre, ottobre-dicembre e complessivamente gennaio-dicembre rispetto allo stesso periodo del 2019 in ogni Regione per ciascuno dei tre screening

- 1) il **ritardo cumulato** (in numeri assoluti e in %) nel **numero di inviti/contatti**;

Mentre nel 2019 il contatto è avvenuto solo tramite invito, nel 2020, specialmente nella prima fase post picco pandemico, il contatto è avvenuto anche o solo tramite chiamata telefonica o sms. È stato chiesto che i programmi segnalassero il numero delle persone contattate indipendentemente dalla modalità utilizzata

- 2) il **ritardo cumulato** (in numeri assoluti e in %) nel **numero di esami**;

3) il ritardo cumulato in mesi standard

ovvero il numero di mesi di attività che sarebbero necessari per recuperare il ritardo accumulato se i programmi mantenessero le stesse modalità organizzative e realizzassero gli stessi volumi di attività del periodo pre-pandemico

Ottenuto moltiplicando la proporzione di test in meno, in un certo intervallo di tempo, per il numero di mesi che compongono il periodo.

Ad esempio, se nei primi 5 mesi si sono fatti il 40% di esami in meno, il numero di mesi standard è uguale a $0,40 \times 5 = 2$

Questa misura fornisce il ritardo diagnostico medio delle lesioni che verranno diagnosticate allo screening, assumendo che non vi siano salti nell'ordine del reinvio e che non subentrino ritardi ulteriori

- 4) la stima del numero presunto di **lesioni diagnosticate in meno** nel 2020, rispetto al 2019, ottenuta applicando al numero di soggetti esaminati in meno nel 2020 la Detection Rate media 2016-2018, specifica per Regione di adenomi avanzati e carcinomi coloretali di lesioni con relativo intervallo di confidenza al 95%, dai dati della survey nazionale
- 5) una **stima della** minore (o maggiore) **partecipazione** utilizzando il rapporto fra la percentuale degli inviti e quella di esami effettuati, per avere una indicazione sulla propensione a partecipare avendo ricevuto un invito

Risultati

Hanno risposto tutte le **21** Regioni o Province Autonome con la Basilicata che ha fornito solo il dato complessivo gennaio-dicembre. In alcune specifiche situazioni (Calabria) i dati fanno riferimento solo ad una parte delle Aziende USL coinvolte.

Regione	Periodo			
	gennaio - maggio	giugno - settembre	ottobre - dicembre	gennaio-dicembre (%)
Abruzzo	-11.630	-6.241	24.221	6.350 (4,0%)
Basilicata [§]				-51.993 (-70,5%)
PA Bolzano	-5.462	15.769	13.151	23.458 (54,9%)
Campania	-71.619	-69.431	-35.209	-176.259 (-65,5%)
Calabria ^	-9.252	-358	-1.738	-11.348 (-64,8%)
Emilia Romagna	-119.548	51.981	36.669	-30.898 (-5,2%)
FVG	-33.553	-8.315	1.643	-40.225 (-24,0%)
Lazio	-161.500	-100.638	113.382	-148.756 (-19,4%)
Liguria	-52.582	-54.098	8.594	-98.086 (-43,2%)
Lombardia	-378.491	-364.673	-95.015	-838.179 (-64,5%)
Marche	-45.500	23.350	6.913	-15.237 (-7,6%)
Molise	-4.151	-14.618	0	-18.769 (-60,6%)
Piemonte FIT	-24.377	-3.839	7.664	-20.552 (-20,3%)
Piemonte FS	-23.608	-17.648	883	-40.373 (-59,0%)
Puglia*	50.132	-3.610	-29.156	17.366 (21,2%)
Sardegna	-17.608	-23.412	-23.966	-64.986 (-57,2%)
Sicilia	-137.787	10.732	-74.222	-201.277 (-38,1%)
PA Trento	-12.201	-346	3.649	-8.898 (-13,3%)
Toscana	-94.404	-24.182	20.834	-97.752 (-19,4%)
Umbria [°]	-16.867	6.757	19.110	9.000 (6,8%)
Valle d'Aosta	-3.698	-2.174	-3.674	-9.546 (-56,8%)
Veneto	-89.851	-28.449	5.730	-112.570 (-18,5%)
ITALIA	-1.263.557 (-47,0%)	-613.443 (-32,9%)	-537 (0,0%)	-1.929.530 (-31,8%)

Confronto per periodo 2020-2019: differenza in numero assoluto degli utenti **invitati/contattati** (fascia 50-70 anni)

[§] per la Basilicata è noto solo il periodo complessivo gennaio-dicembre

[^] dati relativi a 3 Aziende USL su 5

^{*} La regione Puglia ha avviato lo screening colorettrale nel secondo semestre del 2019

[°] dati riferiti alla fascia 50-74

Nel 2020 osserviamo una riduzione di quasi 2.000.000 di inviti (**1.929.530**) rispetto all'anno precedente, pari al **31,8%** (range da +54,9 della PA Bolzano al -70,5% della Basilicata).

La **variabilità fra le Regioni è ampia** e le Regioni che riescono a contenere la perdita degli inviti inferiore al **20%** sono Abruzzo, PA Bolzano, Emilia Romagna, Lazio, Marche, Piemonte-FIT, PA Trentino, Toscana, Umbria, Veneto.

Emerge una **differenza nei tre periodi** presi in considerazione (-47% nel primo periodo, -32,9% nel secondo e 0% nel terzo), dimostrando che un **tentativo di recupero**, nonostante l'incremento degli inviti nell'ultimo periodo, è risultato **molto parziale**.

Regione	Periodo			
	gennaio- maggio	giugno-settembre	ottobre-dicembre	gennaio-dicembre
Abruzzo	-5.264 (-39,6%)	-251 (-1,5%)	-2.313 (-21,2%)	-7.828 (-19,3%)
Basilicata ²				-16.017 (-67,9%)
PA Bolzano	-2.761 (-53,5%)	-2.954 (-23,3%)	629 (14,2%)	-5.086 (-22,8%)
Campania	-15.622 (-54,1%)	-22.202 (-90,6%)	-22.571 (-96,3%)	-60.395 (-78,6%)
Calabria ¹	-1.224 (-88,8%)	-1.156 (-99,9%)	-1.477 (-78,0%)	-3.857 (-87,1%)
Emilia Romagna	-71.363 (-53,1%)	12.308 (16,7%)	21.514 (31,1%)	-37.541 (-13,5%)
FVG	-15.584 (-38,6%)	-7.282 (-24,0%)	-998 (-3,7%)	-23.864 (-24,5%)
Lazio	-64.367 (-72,0%)	-46.914 (-62,4%)	-17.387 (-39,7%)	-128.668 (-61,7%)
Liguria	-18.995 (-61,1%)	-20.157 (-84,2%)	-11.108 (-64,0%)	-50.260 (-69,4%)
Lombardia	-181.441 (-68,6%)	-190.358 (-91,3%)	-64.210 (-54,8%)	-436.009 (-73,9%)
Marche	-16.200 (-55,5%)	4.285 (22,7%)	-2.215 (-11,2%)	-14.130 (-20,8%)
Molise	1.381 (66,1%)	-6.517 (-100,0%)	0 (0%)	-5.136 (-59,7%)
Piemonte FIT	-15.954 (-53,7%)	-13.566 (-57,4%)	-4.367 (-24,0%)	-33.887 (-47,4%)
Piemonte FS	-4.624 (-60,8%)	-4.646 (-77,9%)	-2.488 (-75,7%)	-11.758 (-69,8%)
Puglia ³	7.700 (nv)	-188 (-19,1%)	-7.344 (-49,0%)	168 (1,1%)
Sardegna	-7.308 (-56,0%)	-9.177 (-80,1%)	-6.647 (-71,0%)	-23.132 (-67,6%)
Sicilia	-6.982 (-43,3%)	-20.342 (-52,1%)	-26.452 (-80,1%)	-53.776 (-61,0%)
PA Trento	-6.716 (-45,7%)	1.277 (24,9%)	-1743 (-12,1%)	-7.182 (-21,0%)
Toscana	-66.393 (-57,6%)	-16.921 (-27,5%)	-993 (-1,8%)	-84.307 (-36,2%)
Umbria ⁵	-6.689 (-32,6%)	-3.581 (-16,4%)	10.170 (69,6%)	-100 (-0,2%)
Valle d'Aosta	-2.240 (-43,4%)	-3.617 (-100,0%)	-2.839 (-100,0%)	-8.696 (-74,8%)
Veneto	-100.018 (-55,1%)	-836 (-0,7%)	1.901 (2,1%)	-98.953 (-25,6%)
ITALIA	-600.664 (57,6%)	-352.795 (-45,3%)	-140.938 (-23,8%)	-1.110.414 (-45,5%)

Confronto per
periodi 2020-
2019: differenza
in **numero**
assoluto e in
percentuale
degli **esami**
effettuati

Sono superiori al milione in meno (**1.110.414**), le persone che hanno eseguito il test di screening (FIT o Sigmoidoscopia) nel 2020 rispetto al 2019, con una riduzione del **45,5%**.

Ci sono **ampie oscillazioni** fra le Regioni (Umbria -0,2%, Calabria -87,1%).

Prendendo in esame i diversi periodi temporali, si può notare come la diminuzione proporzionale degli esami eseguiti sia rallentata:

si è passati dal -57,6% del primo periodo al -45,3% del secondo e al -23,8% del terzo.

continua ad accumularsi ritardo, anche se a velocità minore.

Regione	Mesi standard ritardo			
	gennaio - maggio	giugno - settembre	ottobre - dicembre	gennaio - dicembre
Abruzzo	-1,6	-0,1	-0,7	-2,3
Basilicata [†]				-8,1
PA Bolzano	-1,5	-1,6	0,3	-2,7
Campania	-2,4	-3,5	-3,5	-9,4
Calabria [^]	-3,3	-3,1	-4,0	-10,5
Emilia Romagna	-3,1	0,5	0,9	-1,6
FVG	-1,9	-0,9	-0,1	-2,9
Lazio	-3,7	-2,7	-1,0	-7,4
Liguria	-3,1	-3,3	-1,8	-8,3
Lombardia	-3,7	-3,9	-1,3	-8,9
Marche	-2,9	0,8	-0,4	-2,5
Molise	1,9	-9,1	0,0	-7,2
Piemonte FIT	-2,7	-2,3	-0,7	-5,7
Piemonte FS	-3,3	-3,3	-1,8	-8,4
Puglia [*]	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Sardegna	-2,6	-3,2	-2,3	-8,1
Sicilia	-0,9	-2,8	-3,6	-7,3
PA Trento	-2,4	0,4	-0,6	-2,5
Toscana	-3,4	-0,9	-0,1	-4,3
Umbria [°]	-1,4	-0,8	2,1	0,0
Valle d'Aosta	-2,3	-3,7	-2,9	-9,0
Veneto	-3,1	0,0	0,1	-3,1
ITALIA	-3,0	-1,8	-0,7	-5,5

Confronto per periodi 2020-2019: differenza in **mesi standard** di ritardo (mesi necessari per recuperare il ritardo con le performance del 2019 di ciascuna Regione)

Alla fine di dicembre si è giunti a **5,5** mesi standard di cui 3 mesi imputabili al primo periodo, 1,8 mesi al secondo e 0,7 mesi al terzo.

Complessivamente nel 2020 solo **tre Regioni** (Abruzzo, Emilia-Romagna, Umbria) hanno recuperato parte del ritardo precedente attestandosi al di **sotto del 20%** di esaminati in meno.

Nell'ultimo trimestre anche il Veneto mostra un leggero recupero rispetto all'anno precedente.

Il rapporto fra le percentuali di **variazione degli invitati e degli esami** fatti fra il 2020 e il 2019 ci dà una indicazione sulla propensione a partecipare avendo ricevuto un invito. Questo rapporto risulta pari a $54,5\%/68,2\% = 0,80$.

Questo significa che, rispetto al 2019, nel 2020 la propensione alla partecipazione si è **ridotta relativamente del 20%**.

Regione	Numero esami in meno gennaio - dicembre	Tassi attesi cancro x 1000 esaminati	Carcinomi diagnosticati in meno (stima in numero assoluto)***	Tassi attesi di adenoma avanzato x 1000	Adenomi avanzati diagnosticati in meno ***
Abruzzo	-7.828	3,0	-23	11,8	-92
Basilicata	-16.017	1,1	-18	1,2	-19
PA Bolzano	-5.086	1,1	-6	4,3	-22
Campania	-60.395	1,6	-97	4,5	-272
Calabria^	-3.857	3,1	-12	3,4	-13
Emilia Romagna	-37.541	0,9	-34	7,6	-285
FVG	-23.864	1,0	-24	4,2	-100
Lazio	-128.668	1,9	-244	10,4	-1.338
Liguria	-50.260	0,8	-40	4,4	-221
Lombardia	-436.009	0,9	-392	4,9	-2.136
Marche	-14.130	1,1	-16	6,8	-96
Molise	-5.136	1,7	-9	5,6	-29
Piemonte FIT	-33.887	1,7	-58	12,2	-413
Piemonte FS	-11.758	2,8	-33	46,1	-542
Puglia*	nv	nv	nv	nv	nv
Sardegna	-23.132	2,1	-49	6,0	-139
Sicilia	-53.776	1,1	-59	5,7	-307
PA Trento	-7.182	1,0	-7	7,4	-53
Toscana	-84.307	0,9	-76	5,6	-472
Umbria^	-100	0,6	0	5,8	-1
Valle d'Aosta	-8.696	0,5	-4	6,0	-52
Veneto	-98.953	1,0	-99	8,8	-871
ITALIA	-1.110.582	1,1	-1.299	6,7	-7.474

Confronto per periodi 2020-2019: ritardo diagnostico in termini di **numero di casi diagnosticati (cancri e adenomi avanzati) in meno** sulla base degli esami effettuati e dei tassi attesi relativi agli anni 2016-2018

*dati relativi a 3 Azienda USL su 5

Si tratta di 1.299 carcinomi e di 7.474 adenomi avanzati

Per gli adenomi avanzati il ritardo diagnostico accumulato finora non causa verosimilmente un peggioramento della prognosi o comunque una maggiore morbilità se non tramite un passaggio da lesione pre-invasiva a lesione invasiva.

Considerazioni

E' opportuno sottolineare che trattandosi di una comparazione tra lo stesso periodo di due anni consecutivi, non si è in alcun modo tenuto conto della situazione di contesto del 2019, relativa all'obiettivo di estensione e al suo reale raggiungimento

La differenza fra il 2020 ed il 2019 rende conto della differenza rispetto alla **'normalità' precedente**

La **riduzione del numero dei test eseguiti** dipende

- dalla **riduzione** del numero degli **inviti**,
- ma anche dalla **tendenziale minore partecipazione** nella fase immediatamente precedente il lock down e successivamente alla riapertura. Tale ridotta partecipazione riduzione è dovuta, alla elevata percezione del rischio infettivo da parte degli utenti, che può scoraggiarli dal recarsi in strutture di tipo sanitario.

Dalle valutazioni riportate è emersa una **riduzione della propensione alla partecipazione** più elevata per lo screening colorettaie (-20%).

È opportuno inoltre precisare che alcune Regioni, nel tentativo di recuperare i ritardi nella erogazione dei test, si sono maggiormente concentrate **nell'invito ai già aderenti** e pertanto la propensione alla partecipazione potrebbe risentire di questo genere di approccio.

Non vi è stato un recupero rispetto al ritardo accumulato precedentemente, ma anzi **il ritardo si è accentuato.**

Il ritardo che si sta accumulando è imponente: complessivamente per i tre programmi si osserva una riduzione di oltre **due milioni e mezzo** di test di screening (precisamente 2.532.035) di cui 1.110.414 di esami di screening coloretta

Tradotto in mesi standard, il ritardo diagnostico medio accumulato si sta allungando ed è pari a **5,5** mesi standard per le lesioni coloretali

Alcune motivazioni del peggioramento:

- adozione delle **misure di sicurezza**: distanziamento fisico e l'intensificazione delle procedure di sanificazione richiedono una maggior disponibilità di sedute di erogazione dei servizi
- necessità di una **maggior disponibilità di spazi fisici e tecnologie** (es. maggior carico di lavoro dei laboratori in parte o del tutto riconvertiti a supporto delle diagnosi dell'infezione) difficilmente garantita
- **disponibilità del personale fortemente limitata**: molti programmi segnalano che il personale dello screening, che durante la prima ondata epidemica era stato riconvertito a supporto dell'emergenza, non è stato ancora riallocato allo screening, di fatto minando la capacità di ripresa dei programmi

L'indagine qualitativa dell'ONS ha evidenziato che la frequenza con cui sono stati attribuiti gli inviti/appuntamenti di primo e di secondo livello è stata **ridotta del 30-50%**.

Riduzioni del volume di attività, mantenute nel tempo, possano rapidamente determinare ritardi che potrebbero **ridurre l'effetto protettivo dello screening**, e come sia quindi necessario riavviare al più presto i programmi su tutto il territorio nazionale.

Ruolo cruciale dei **decisori** a diversi livelli istituzionali (Ministero, Regioni/PA, Direzioni Aziendali) che dovrebbe consolidarsi in adeguate **azioni mirate** a riattivare il livello di attività necessario per **garantire questo LEA** attraverso una **adeguata allocazione di risorse** (orari più ampi e risorse aggiuntive), affinché il ritardo sia colmato nel più breve tempo possibile

Un contributo alla decisione su come recuperare i ritardi dovrà inoltre essere garantito dagli stessi programmi di screening che dovranno cogliere questa emergenza sanitaria come una opportunità di rinnovamento per quanto riguarda l'introduzione di nuove modalità organizzative e di tecnologie evidence-based

Il rischio che il ritardo accumulato e la mancanza di una adeguata strategia di recupero del medesimo può avere **un impatto negativo sull'equità**. Le persone con maggiori risorse possono ricorrere alle prestazioni del privato (convenzionato e non) che continua ad operare. L'impatto negativo del ritardo è quindi probabilmente più importante per le persone già più fragili

Potrebbe essere in questo senso interessante uno specifico approfondimento ad esempio mediante una survey ad hoc o una valutazione dei flussi di prestazioni ambulatoriali

La **partecipazione** della popolazione, che in tutti e tre i programmi di screening sembra essersi ridotta in maniera sensibile.

Sarà necessario adottare un **approccio sistematico e strutturato di comunicazione efficace** che nasca da una forte **sinergia** tra programmi di screening, istituzioni locali e regionali, società scientifiche di settore e associazioni dei cittadini e dei malati.

Se da un lato i programmi di screening e le istituzioni dovranno essere in grado di garantire l'erogazione dei servizi in piena sicurezza, è altresì necessario capire più in profondità le motivazioni dei cittadini.

E' verosimile che l'analisi di queste motivazioni induca i servizi sanitari ad adottare **modalità organizzative differenti e più in linea con i fabbisogni della popolazione**, ma già fin d'ora è necessario adoperarsi per colmare il divario esistente relativo **all'innovazione digitale**: anche se la modalità di contatto postale rimarrà senz'altro una modalità di contatto valida, è evidente che sistemi di comunicazione differenti, più veloci e più capillari potranno aiutare i cittadini ad essere più confidenti rispetto a questi interventi di sanità pubblica.

Le possibili soluzioni suggerite che spaziavano da una **maggiore e migliore allocazione delle risorse** (tecnologiche, digitali, di personale), alla adozione di **strategie** di screening maggiormente **orientate ad interventi di personalizzazione del rischio** così come al ricorso ad **approcci comunicativi adeguati** allo specifico momento **non sembrano aver trovato finora la sintesi e la pianificazione necessarie**, ma in alcuni casi hanno generato risposte, anche al di fuori dei contesti dello screening organizzato, **non appropriate né sul piano prettamente prescrittivo né dal punto di vista dell'equità**

Grazie per l'attenzione!

