

10 | 2021

# Covid-19 in Piemonte: la parola all'epidemiologo

# **Covid-19 in Piemonte: la parola all'epidemiologo**



In un momento storico caratterizzato da una sovrabbondanza comunicativa, risulta difficile se non impossibile distinguere tra informazioni scientificamente corrette e basate sull'evidenza e misinformazioni o addirittura bufale inerenti l'epidemia di Covid-19.

L'intento del presente lavoro è di contribuire al processo di contrasto all'infodemia con la pubblicazione dei risultati degli studi e delle ricerche scientifiche dell'Osservatorio Covid-19 piemontese, utilizzando un format snello, accessibile e comprensibile anche ad un pubblico di "non addetti ai lavori".

Attraverso alcune domande all'autore, si rendono disponibili obiettivi, risultati e ricadute nella pratica degli studi epidemiologici piemontesi sul tema.

# **Ritardi maturati dai programmi di screening oncologici ai tempi del COVID-19 in Italia, velocità e ripartenza e stima dei possibili ritardi diagnostici**

A cura di **Paola Armaroli** e **Carlo Senore**, 2021

SSD epidemiologia e screening, Centro di prevenzione oncologica, Azienda ospedaliero-universitaria città della salute e della scienza di Torino

## **Qual è l'argomento dello studio e perché è importante occuparsene?**

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, sono state interrotte nei mesi di marzo e aprile 2020, su tutto il territorio nazionale, ancorché in modo non omogeneo tra le diverse Regioni.

Le prestazioni di secondo livello (esami di approfondimento per soggetti positivi al test di screening, esami di sorveglianza o follow-up post-trattamento) sono state invece oggetto di una nota di chiarimento da parte del Ministero, che ne ha puntualizzato l'indifferibilità.

A partire da maggio 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

seguito 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 survey periodiche per misurare il ritardo accumulato e la velocità di ripartenza (survey "quantitativa"), mediante invio di una scheda ad hoc a tutti i coordinamenti regionali dei programmi di screening oncologici.

Sono state finora condotte 3 survey "quantitative": 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, la terza è stata ripetuta nel gennaio 2021, per raccogliere il dato complessivo relativo al 2020.

Lo studio fornisce elementi per valutare l'impatto della pandemia sui livelli di offerta del LEA relativo agli screening oncologici nelle diverse regioni, confrontare gli effetti delle diverse politiche adottate per farvi fronte e evidenziare le criticità da risolvere.

## Quali sono gli obiettivi dello studio?

Lo studio fa riferimento ai risultati della seconda survey e ha l'obiettivo di stimare:

- il ritardo cumulato (in numeri assoluti e in %) nel numero di inviti/contatti ed esami nel periodo gennaio-maggio 2020, giugno-settembre e complessivamente gennaio-settembre rispetto allo stesso periodo del 2019 in ogni Regione;
- 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.
- il numero presunto di lesioni diagnosticate in meno a fine settembre, rispetto al 2019,
- le variazioni nella 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

## **Quali sono i risultati dello studio e quali implicazioni hanno per le politiche?**

Per lo screening del tumore della cervice si registra una riduzione rispetto all'anno precedente di 1.162.842 inviti pari al 40,5%. Il numero di test cervicali eseguiti in meno rispetto al 2019 è complessivamente 540.705, con una riduzione del 48,8%.

Per lo screening del tumore della mammella si registra una riduzione rispetto all'anno precedente di 947.322 inviti pari al 34,5%. Il numero di mammografie eseguite in meno rispetto al 2019 è complessivamente 610803, con una riduzione del 43,5%.

Per lo screening del tumore del colon-retto si registra una riduzione rispetto all'anno precedente di 1.907.789 inviti pari al 42,0%. Il numero di esami eseguiti in meno rispetto al 2019 è complessivamente 967.465, con una riduzione del 52,7%.

Per tutti i programmi si osserva una ampia variabilità tra le diverse regioni.

Il ritardo diagnostico medio accumulato era ancora a Settembre abbastanza limitato, ma si stava allungando ed era pari a 4,4 mesi per lo screening dei tumori della cervice uterina, 3,9 per lo screening del tumore della mammella e di 4,7 mesi per lo screening dei tumori colo retтали.

La stima di lesioni neoplastiche non individuate pari a 2.793 carcinomi mammari e 1.168 carcinomi colo-retтали, cui si aggiungono oltre 6.600 adenomi avanzati del colon retto e 2.400 lesioni CIN2+ della cervice uterina.

Dal punto di vista clinico (considerati anche gli intervalli di screening dei singoli programmi) le conseguenze cliniche maggiori sono potenzialmente a carico dello screening mammografico e di quello colorettales. Per conseguenze cliniche si intende il possibile avanzamento dello stadio alla diagnosi per parte dei carcinomi mammari e colorettales e la presentazione di qualche caso di carcinoma della cervice invece delle lesioni CIN 2-3 o carcinoma del colon retto rispetto all'adenoma avanzato.

Un ulteriore motivo di preoccupazione è legato alla possibilità che il ritardo accumulato possa acuire diseguaglianze geografiche e sociali. Già in epoca pre-Covid si registrava un livello di copertura della popolazione bersaglio più basso nelle regioni del sud e questo gradiente si è ampliato negli ultimi mesi.

La mancata offerta di prestazioni di screening potrebbe avere un impatto negativo maggiore sulle fasce più svantaggiate della popolazione che, al di fuori dei programmi organizzati, hanno un accesso alle prestazioni di diagnosi precoce più limitato rispetto alle fasce più abbienti, che ricorrono ad offerte di prevenzione individuale di tipo privatistico, in assenza di un'offerta nel pubblico. 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.

Un ruolo cruciale in questa fase della ripartenza è quello dei decisori ai diversi livelli istituzionali (Ministero, Regioni/PA, Direzioni Aziendali), che dovrebbero sostenere azioni mirate a riattivare il livello di attività necessario per garantire questo LEA, attraverso un'allocazione di risorse (orari più ampi e risorse aggiuntive) adeguata a colmare il ritardo 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 (ad esempio, con l'introduzione di una tecnologia di provata efficacia come il dispositivo per l'autoprelievo per il test HPV per lo screening cervicale, utilizzando sia modalità di distribuzione alternative all'invio postale, quali le farmacie).

**Link all'articolo: [https://www.ep.epiprev.it/articoli\\_scientifici/ritardi-maturati-dai-programmi-di-screening-oncologici-ai-tempi-del-covid-19-in-italia-velocita-della-ripartenza-e-stima-dei-possibili-ritardi-diagnostici](https://www.ep.epiprev.it/articoli_scientifici/ritardi-maturati-dai-programmi-di-screening-oncologici-ai-tempi-del-covid-19-in-italia-velocita-della-ripartenza-e-stima-dei-possibili-ritardi-diagnostici)**