

Non sprechiamo una crisi

Gli screening oncologici rientrano tra i livelli essenziali di assistenza e rimangono un diritto delle persone, pur in un periodo critico come quello che collettivamente stiamo vivendo in cui hanno purtroppo subito una preoccupante battuta d'arresto

di CARLO SENORE, PAOLA MANTELLINI

Nel periodo del lockdown nazionale, l'attività è stata quasi ovunque sospesa, assicurando solo gli approfondimenti diagnostici per i soggetti positivi al test e gli esami di follow-up, e anche nella fase di ripresa si è registrata una riduzione delle risorse disponibili che continua tuttora. Le misure atte a contrastare il rischio infettivo per gli utenti e gli operatori hanno determinato una nuova scansione degli appuntamenti, dilatando il tempo necessario per l'erogazione di ogni prestazione, con conseguente riduzione del volume di attività a parità di orario. Gli spazi disponibili si sono ulteriormente ridotti per la chiusura di punti di erogazione, collocati in strutture convertite in presidi Covid, e per l'assegnazione a funzioni legate alla gestione dell'emergenza pandemica (contact tracing o supporto per la gestione clinica dei pazienti Sars-CoV-2) di personale originariamente dedicato allo screening, solo in parte riallocate alla loro attività nelle fasi di minor pressione della pandemia. L'impatto delle scelte operate per la gestione dell'emergenza sull'attività e sugli esiti dei programmi di screening è documentato dal sistema di monitoraggio nazionale dell'Ons. I dati più recenti indicano che non vi è stato un recupero del ritardo accumulato nella prima fase, che si è anzi, in alcuni casi, accentuato. Complessivamente si osserva una riduzione di oltre due milioni di esami rispetto all'attività registrata nell'analogo periodo del 2019, con una stima di lesioni neoplastiche non individuate pari a 2.793 carcinomi mammari e 1.168 carcinomi colo-rettali, cui si aggiungono oltre 6.600 adenomi avanzati del colon retto e 2.300 lesioni Cin2+ della cervice uterina. Dal punto di vista clinico gli effetti negativi più importanti sono potenzialmente a carico dello screening mammografico e di quello colo-rettale, con un peggioramento dello stadio alla diagnosi dei carcinomi diagnosticati in ritardo e conseguente aumento dei costi sia per i

pazienti, che dovranno affrontare interventi più invasivi per una malattia più avanzata, che per il Ssn, che dovrà sostenere spese più elevate per garantire i trattamenti di questi casi.

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 a offerte di prevenzione individuale di tipo privatistico, in assenza di un'offerta nel pubblico.

Questi dati evidenziano come contrazioni dell'attività, mantenute nel tempo, possano rapidamente determinare una diminuzione dell'effetto protettivo dello screening e come sia quindi **necessaria una**

“ RIDUZIONE DI OLTRE DUE MILIONI DI ESAMI RISPETTO ALL'ANALOGO PERIODO DEL 2019 ”

tempestiva pianificazione della ripartenza, che deve prevedere una corretta, efficiente e stabile allocazione delle risorse

(comprese quelle infrastrutturali come i sistemi informativi e le relative integrazioni con le nuove tecnologie), davvero commisurata alle necessità.

Valutazioni di appropriatezza e costo efficacia, anche nell'ottica di una mirata de-intensificazione dell'offerta (ad esempio posticipando a 30 anni l'invito allo screening cervicale per le ragazze di 25 anni vaccinate a 12 anni), dovrebbero guidare le scelte di priorità d'uso delle risorse da dedicare all'attività di screening e alle prestazioni cliniche e alla selezione delle prestazioni differibili.

Sarebbe inoltre auspicabile avviare una parallela rivalutazione dei protocolli adottati nella pratica clinica extra-screening, con riferimento, ad esempio, all'utilizzo di esami di diagnosi precoce in contesti ambulatoriali, o alla gestione dei soggetti inseriti in percorsi di sorveglianza e follow-up.

Ma questa situazione di crisi potrebbe anche offrire l'opportunità di ac-

celerare il trasferimento nella pratica delle evidenze accumulate negli ultimi anni, riguardo la costo-efficacia di protocolli modulati in base al livello di rischio (definito, ad esempio, sulla base della storia di screening) di diversi sottogruppi della popolazione bersaglio, che potrebbero supportare l'adozione di criteri di priorità per la programmazione degli inviti e contribuire quindi, in questa fase, a mitigare gli effetti negativi del ritardo.

L'implementazione di questi approcci pone sfide organizzative, ma anche di comunicazione. Occorre evitare il rischio che l'introduzione di strategie meno intensive, giustificate nell'ottica di migliorare il rapporto costo-benefici per i soggetti invitati, venga percepita come una misura di razionamento, dettata dalla contingente carenza di risorse. Sperimentare modalità nuove di approccio e di comunicazione con i cittadini è peraltro necessario, anche a fronte della minore propensione alla partecipazione registrata per tutti i programmi di screening.