



Centro nazionale per la prevenzione  
e il controllo delle malattie

Network per la prevenzione e la sanità pubblica



# Le barriere all'implementazione dei programmi di screening: un progetto CCM

---

Paolo Giorgi Rossi

## *Sequenza istituzionale:*

- all'interno delle azioni centrali del CCM per l'anno 2012 è stata individuata una linea di attività denominata **"Sostegno a progetti speciali"**
- in questa linea di attività è stato proposto un programma di implementazione dei programmi di screening
- coinvolgimento AGENAS per la realizzazione del progetto finanziato dal Ministero
- accordo di collaborazione firmato nel gennaio 2013

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

L'accordo di  
collaborazione

Il progetto CCM ha come finalità principali:

---

- analizzare le barriere e gli eventuali fattori facilitanti l'implementazione dei programmi di screening in Italia (in particolare nel Sud)
- identificare quali sono più e quali sono meno o per nulla modificabili.

*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

Unità operative

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

*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**

Il questionario sulla stewardship, specificamente sviluppato e somministrato a tutte le regioni – prende in considerazione le capacità di:

- esercitare influenza sugli interlocutori mediante azioni di indirizzo
- stabilire e mantenere collaborazioni e partnership
- garantire la realizzazione delle politiche fornendo strumenti per l'attuazione della programmazione
- garantire la responsabilità (accountability)
- gestione basata sulla conoscenza

Rispondenza: 17/20 regioni (85%) (mancano: Valle d'Aosta, PA Bolzano, Campania, Puglia)

# Analisi dei dati delle survey

---

Periodo 1999-2011

Difficoltà nell'individuazione della continuità dei programmi (molti accorpamenti negli anni)

169 programmi, 1156 anni\*programma

- 653 NORD
- 302 CENTRO
- 219 SUD

Discontinuità estensione

- Nord 10%
- Centro 15%
- Sud 32%

# Determinanti dell'estensione

adjR2 = 0.21

determinante	Coefficiente di regressione	Intervallo confidenza 95%
Macroarea		
Centro	Rif.	
Nord	0.02	-0.02 to 0.08
Sud	-0.20	-0.26 to -0.13
Volume		
<25000	Rif.	
25000-50000	-0.05	-0.10to 0.0
>50000	-0.09	-0.14 to -0.04
Anzianità		
I round	Rif.	
II round	0.21	0.11 to 0.30
III round	0.19	0.10 to 0.28
IV round e oltre	0.22	0.13to 0.31
Tasso di richiami	-0.45	-0.88 to -0.03
Anno di calendario	0.02	0.01 to 0.03
Copertura Passi spontanea	-0.01	-0.02 to 0.01



# Determinanti dell'adesione

adjR2 = 0.51

determinante	Coefficiente di regressione	Intervallo confidenza 95%
Macroarea		
Centro	Rif.	
Nord	0.02	0.00 to 0.04
Sud	-0.21	-0.23 to -0.18
Volume		
<25000	Rif.	
25000-50000	-0.07	-0.09to 0.05
>50000	-0.07	-0.09 to -0.05
Anzianità		
I round	Rif.	
II round	0.14	0.11 to 0.18
III round	0.16	0.13 to 0.20
IV round e oltre	0.22	0.18to 0.25
Diff. Estensione round prec.	-0.05	-0.06 to -0.03
Anno di calendario	-0.003	0.006 to 0.000
Copertura Passi spontanea	-0.003	-0.004 to 0.002

# Copertura PASSI Mammografico

AdjR-squared = 0.90

determinante	Coefficiente di regressione	Intervallo confidenza 95%
Macroarea		
Centro	Rif.	
Nord	2.0	-0.2to 4.2
Sud	-22.0	-25.2to -18.8
Estensione screening organizzati		
	7.4	4.2to 10.7
Adesione screening organizzati		
	12.0	4.3 to 18.8
Copertura PASSI spontanea		
	-0.03	-0.17 to 0.11

Macroarea		95% CI	
Centro	Rif		
Nord	0.04	0.03	0.06
Sud	-0.14	-0.17	-0.11

Adesione  
Mammografico

Macroarea		95% CI	
Centro	Rif		
Nord	0.09	0.07	0.10
Sud	-0.11	-0.13	-0.09

Adesione  
Cervice

Le differenze fra Centro e Sud ci sono solo per i due screening dove esiste un'attività spontanea.

Macroarea		95% CI	
Centro	Rif		
Nord	0.09	0.04	0.13
Sud	-0.03	-0.10	0.04

Adesione  
Colonretto

# Associazione fra variabili organizzative e implementazione programmi

	<b>Estensione aggiustata biennale 2009-2010. (50-69)</b>	<b>ADESIONE (ADJUSTED%) per Regione, età 50-69. Anno 2010.</b>	<b>Copertura di poolazione da PASSI (2008-13)</b>
1) Sono previsti strumenti di rendicontazione	-	-	-
2) Funzione organizzativa	-	↓	-
3) Media GINI over .27	-	↓	-
4) Centro coordinamento regionale	-	-	-
5) La Regione promuove un proprio sistema di qualità per le attività legate al PRP	-	↓	-
6) Tavolo confronto	-	-	-
7) Sud isole	-	↓	↑
8) Capitale sociale over006	-	↑	-
9) Procedure/rilevazione/risultati_	-	↑	-
10) PIL pro capite over26000	-	-	-

Il modello più completo e flessibile e completo in questo campo è risultato il PRECEDE-PROCEED

(Green & Kreuter, 2005).

Tale strumento renderà possibile inserire i fattori di contesto, barriere ed elementi facilitanti, e le azioni che possono essere messe in atto in un modello interpretativo e allo stesso tempo pragmatico.

L'obiettivo principale del PRECEDE-PROCEED è individuare le barriere che ostacolano un'azione protettiva della salute; queste sono principalmente di tre tipi:

## ■ **barriere individuali dell'operatore sanitario**

(mancanza di motivazione, mancanza di preparazione specifica, stress sul luogo di lavoro sentimento percepito di impossibilità di comunicazione con le dirigenze sanitarie, etc.)

---

## ■ **barriere organizzative**

(mancanza di strumenti tecnici, tempi di convocazione lunghi, strutture sanitarie territorialmente non accessibili da tutti, etc.)

## ■ **barriere individuali dell'utente**

(mancanza di informazione, non fiducia nella struttura sanitaria e nei suoi operatori, paura e distress causati dall'esame clinico che dovrebbero intraprendere, etc.).

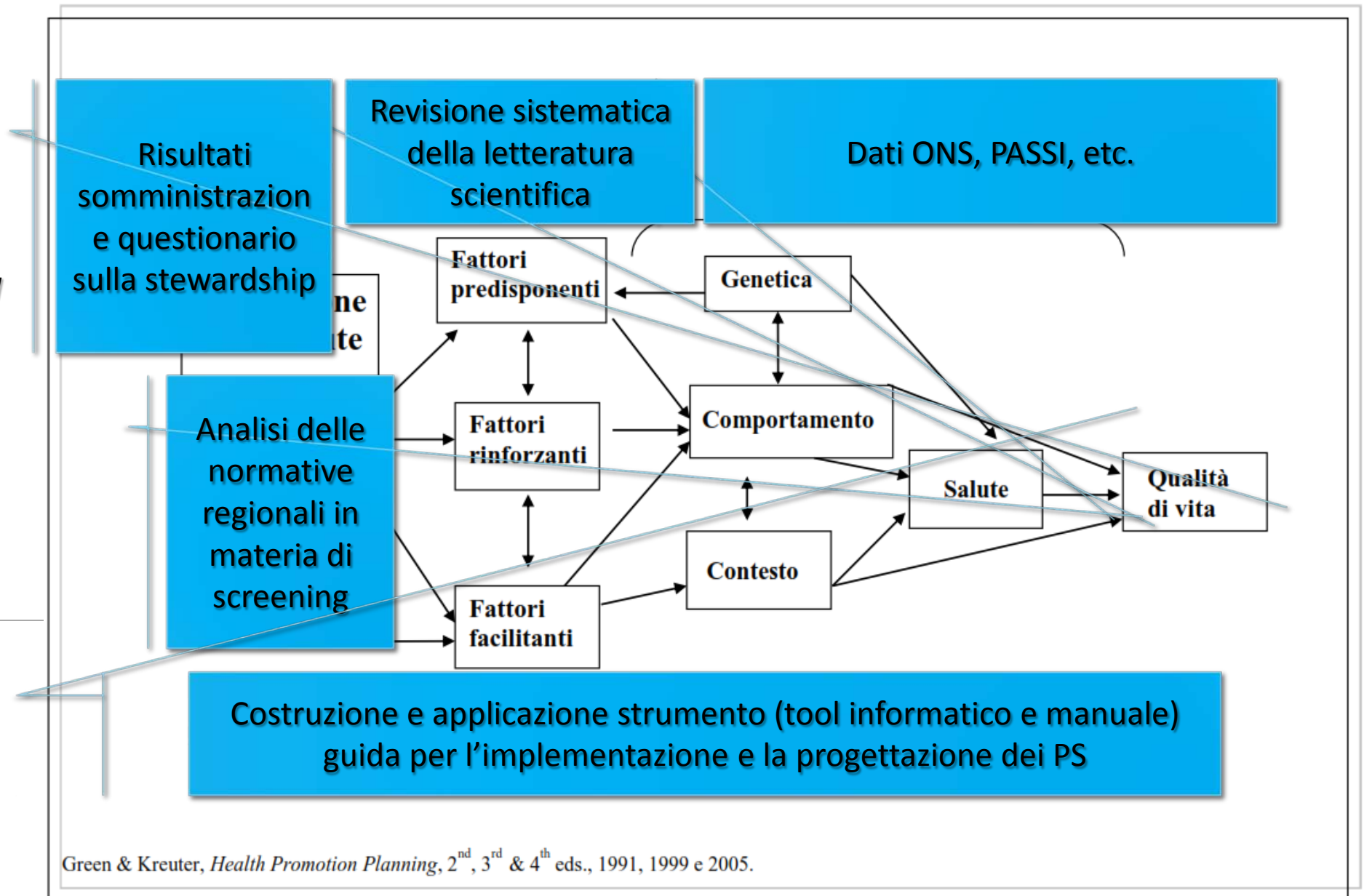
---

Il modello PROCEED è stato successivamente aggiunto allo scopo di programmare ed implementare interventi per promuovere il cambiamento dei comportamenti non salutari (programmazione) (Green & Kreuter, 2005).

Il modello ha una struttura multidimensionale basata su discipline diverse (marketing sociale, epidemiologia, psicologia generale, del lavoro e della salute, sociologia medica, economia, scienze dell'educazione, igiene, etc.).

IMPLEMENTAZIONE DEI PROGRAMMI DI SCREENING: ANALISI DELLE BARRIERE E DEI FATTORI FACILITANTI, MODIFICABILI E NON.

LA STRUTTURA





## *Prossimi passi*

- Luglio: predisposizione dell'executive summary e delle schede regionali
- Settembre: incontro con i referenti regionali per presentazione dei risultati e condivisione degli strumenti
- Ottobre/Novembre: uso del modello per la predisposizione dei piani regionali
- Dicembre: presentazione dei Piani Regionali di Prevenzione

Paolo.giorgirossi@ausl.re.it

---