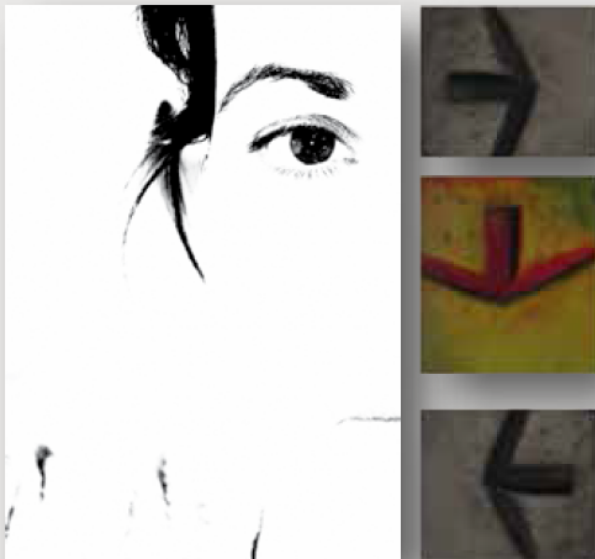


Salerno

25 giugno 2014

Salone dei Marmi - Palazzo di Città



WORKSHOP CONGIUNTO **GISMA-ONS**

La comunicazione
nello screening
mammografico:
da dove partiamo
e dove vorremmo
arrivare

Commenti

Lauro Bucchi

*Registro tumori della Romagna, IRST
Meldola, Forlì*

①

- **102** programmi hanno risposto, pari al **77%** dei programmi censiti nel 2010 (**n=132**)*
- La survey ha un'elevata rappresentatività

* Fonte

**Osservatorio Nazionale
Screening**

Decimo Rapporto

Epidemiol Prev 2012; 36 (6) Suppl.1: 1-96

②

- La comunicazione è una **materia periferica** alla medicina clinica. Lo screening ha portato nel servizio sanitario diffuso un'altra materia simile: **l'epidemiologia**.
- Questo precedente sconsiglia gli atteggiamenti di preclusione e sottovalutazione.

③

- Vi sono stati grandi miglioramenti nella completezza dei contenuti. Probabilmente perché, in precedenza, non si era prestata **alcuna attenzione** al problema della comunicazione.
- Questo riflette **un paradigma generale**: molti programmi di screening iniziano in modo affrettato e senza adeguata preparazione (liste, gestione informatica, formazione, etc.) e migliorano “sul campo”.

④

- I materiali esaminati sono quanto mai eterogenei. Non è un'eterogeneità solo espressiva: essa rivela delle peculiarità nell'organizzazione e nei protocolli.
- Questo conferma che L'ASL è la vera unità di screening in Italia.
- Si conosce bene l'eterogeneità delle ASL per i risultati dello screening, non la loro eterogeneità organizzativa e metodologica.
- Le difficoltà di budget agiscono da moltiplicatore di questa eterogeneità.

⑤

- L'**analisi qualitativa** dei materiali raccolti è importante anche per questo: può contribuire alla conoscenza delle caratteristiche dell'organizzazione e dei protocolli dei programmi.

⑥

- Nei materiali esaminati, il **gradiente di qualità nord-sud** non esiste o non è oggettivo.
- Questo è un indizio che lo scrupolo degli operatori responsabili è lo stesso che nel nord del Paese, e che i problemi dello screening nel sud vanno cercati fuori dei programmi.

7

- Almeno indirettamente (invito all'autosorveglianza durante l'intervallo), i difetti di sensibilità sono spesso puntualizzati.
- Viceversa, la **puntualizzazione dei difetti di specificità** (eccesso di richiami, biopsie inutili, overdiagnosi) è tuttora rarissima. Ipotesi:
 - ✓ i difetti di specificità sono professionalmente più difficile da ammettere,
 - ✓ è una materia difficile da semplificare,
 - ✓ è un'informazione che i responsabili dei programmi **rifiutano** in quanto controproducente e **in contrasto con il loro ruolo**.

⑧

- Le informazioni sull'**autosorveglianza durante l'intervallo** dovrebbero avere un interesse primario anche per i radiologi, perché possono ridurre il rischio di cancro d'intervallo in stadio avanzato.

⑨

- Nelle contorsioni verbali dei referti negativi, il **retropensiero difensivo (medico-legale)** è evidente.
- La questione medico-legale attraversa lo screening e ne condiziona i risultati, ma le dimensioni del problema sono ancora poco note.

10

- Gli epidemiologi sono particolarmente favorevoli alla comunicazione del *balance sheet* nel momento dell'invito.
- Per dare un contributo fattivo, potrebbero sviluppare una tecnica per ... **aggiustare il tasso di partecipazione** della popolazione per la quota di donne che sono state scoraggiate a partecipare dalle informazioni sugli effetti avversi dello screening

