



8 ottobre 2020
16.30-19.00



L'affaire Covid19 ed il suo impatto sullo screening mammografico

sessione 2 *durante l'affaire*

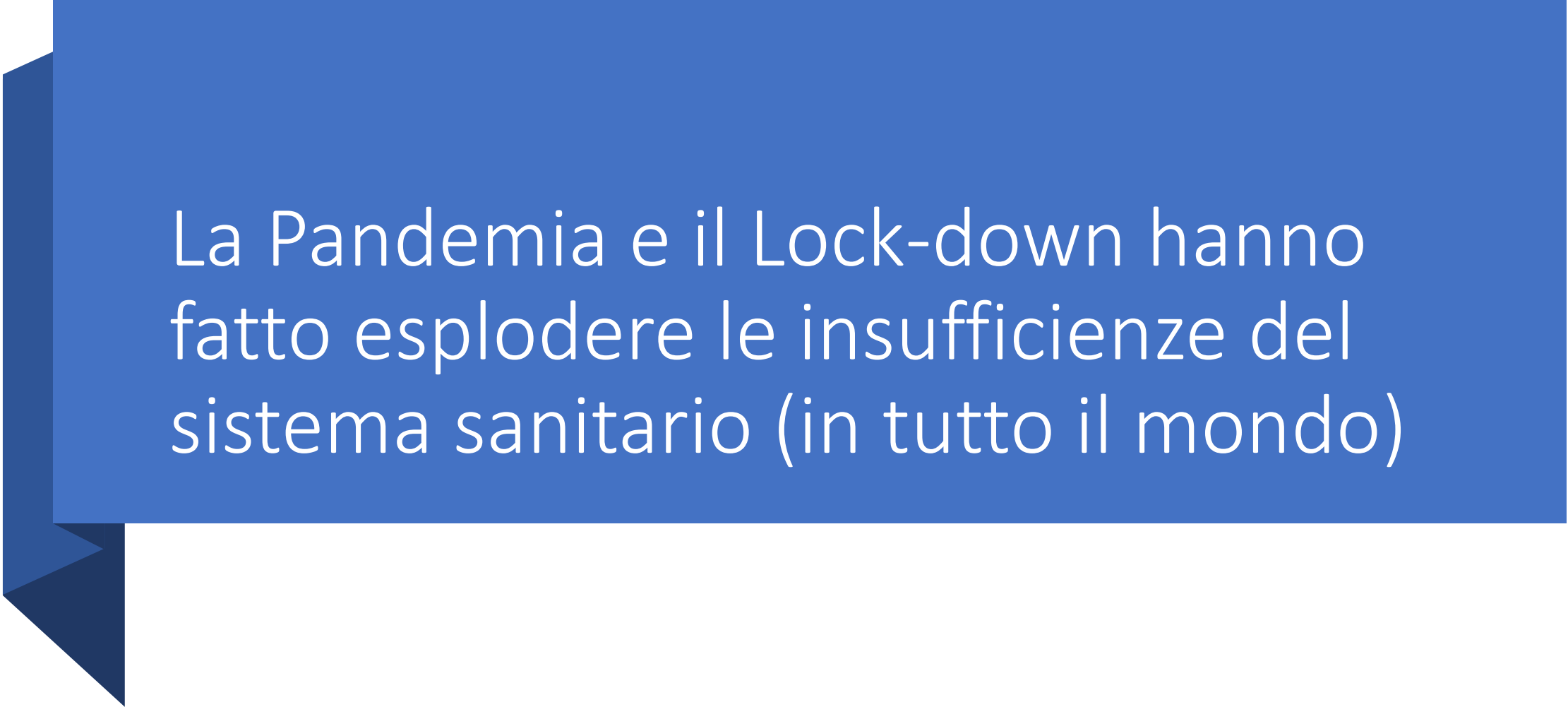
Introduzione *L. Giordano, C. Angiolini*

Lezioni di una pandemia: note per la ripartenza e il cambiamento *E. Paci*

È anche una questione di comunicazione e di relazione...?

E. Benelli, M. Bortul, E. Sestini

Conclusioni e domande



La Pandemia e il Lock-down hanno fatto esplodere le insufficienze del sistema sanitario (in tutto il mondo)

Medicine and Public Issues

Every Body Counts: Measuring Mortality From the COVID-19 Pandemic

Mathew V. Kiang, ScD, MPH, Rafael A. Irizarry, PhD, Caroline O. Buckee, DPhil, ... [See More +](#)[Author, Article and Disclosure Information](#)<https://doi.org/10.7326/M20-3100>

L'epidemiologia COVID19 nella comunità

- Le **morti per COVID19** (COVID19 p.d. e “involving” COVID19)
- **L'epidemia nascosta**, l'eccesso in larga parte RSA e a domicilio (circa 40% dell'eccesso, possibili COVID19 non riconosciute con tampone)
- Le **morti Indirette**, che esprimono la crisi del sistema sanitario e sociale.
- I **tumori** mancati o non trattati, lo screening, il danno cardiovascolare e altro , tutto quindi il portato di sofferenza e danno causato dalla crisi del Sistema Sanitario, non è ancora quantificato.

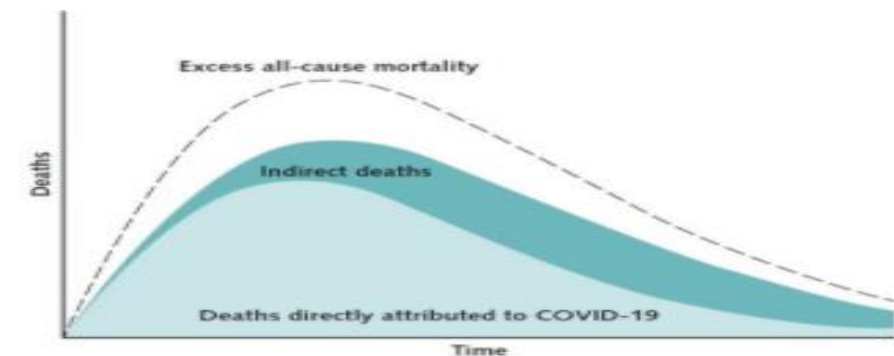


Figure. Schematic representation of deaths due to the COVID-19 pandemic.

Early in the pandemic, deaths not directly attributed to COVID-19 included unrecognized deaths from severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (*white band*) because of evolving case definitions and inadequate testing. As the pandemic continues, it is likely that they will include a greater proportion of indirect deaths (*dark green band*) from disruptions to society and health systems caused by the pandemic. COVID-19 = coronavirus disease 2019.

L'affaire COVID19 e i limiti della nostra risposta di comunità. Perché il nostro sistema non poteva essere preparato.

- il limite storico della sanità extra ma anche ospedaliera in Italia è stato reso evidente dalla pandemia, anche se in modo differenziato tra le singole regioni
 - La **mancaza di piani di emergenza**, in generale, è una costante nel nostro paese e particolarmente grave nel caso della patologia infettiva.
 - **L'invisibilità e la triste disfatta dei sistemi di welfare per anziani e fragili, come le RSA.** Ancora senza risposta.
 - La **debolezza strutturale e la solitudine**(anche con sacrificio di molti) dei Medicina di Medicina Generale, l'insufficienza e burocratizzazione dei **Dipartimenti di Prevenzione e dei servizi ambulatoriali distrettuali**, che hanno riscoperto nuova energia nella pratica attiva dell'epidemiologia di popolazione (Contact Tracing)
 - Gli Ospedali, che nei luoghi della crisi hanno risposto con grande forza umana, hanno reso manifesta la loro insufficienza di fronte alla **emergenza della patologia infettiva**, una questione antica in Italia. Un fenomeno che ha riguardato molte realtà nel mondo occidentale.

Il punto è come ogni punto di una rete agisce per l'obiettivo comunità/individuo

- **Il Servizio di sanità pubblica deve essere ripensato in funzione di obiettivi di salute per la comunità e gli individui, da valutare con indicatori di popolazione, di performance e impatto degli interventi e valutazione.**
- **Quindi non ospedale, prevenzione o medicina generale o specialistica contrapposti, ma una rete finalizzata ad obiettivi della comunità.**
- **E' necessario riconsiderare il percorso di sanità pubblica e connetterlo al governo clinico dei percorsi per le malattie croniche.**

Lo screening organizzato.

Comunità/individuo:

dagli anni settanta una prospettiva diversa nella sanità pubblica in GB ed Europa.

Comunità/
Individuo

- Inviti di popolazione
 - Residenti, domiciliati , popolazioni immigrate
 - Informazione e comunicazione, scelta informata
 - Valutazione di adesione

Individuo/
Comunità

- Test
 - Postazioni fisse o mobili
 - Assessment diagnostico
- Valutazione di performance

Individuo/Comunità

- Trattamento
- Follow-up
- Valutazione di impatto

- **In tutto il sistema pubblico la questione LAVORO è prioritaria, non solo come numero.**
- MMG, gli infermieri e tutte le attività di territorio e sanità pubblica (incluso i servizi di screening) non hanno contratti/convenzioni omogenee, sistemi di crescita professionale adeguati né spesso un riconoscimento di una specifica professionalità e cultura che sia orientata al servizio pubblico.
- Nelle strutture **extra-ospedaliere** il lavoro è il primo problema, qui opera il personale **«visibile» e quello «invisibile».**
- La nascita di un **sistema di rete è condizionato dal rapporto pubblico privato** e dalla stessa struttura aziendale spesso lontana dal bisogno di comunità.
- La questione **della multi- professionalità**, dei rapporti tra le diverse figure e l'innesto di nuove professionalità, come quelle informatiche è ostacolata dallo stesso contratto di lavoro.
- Il sistema **della privacy** è paralizzante e burocratico.
- Il **sistema di governance della sanità pubblica** è confuso sia nel rapporto stato- regioni, sia per la presenza di istituzioni spesso in contraddizione tra loro



1.
Alla base c'è il lavoro e il sistema organizzativo e di governance.

Il problema forse centrale del SSN è il lavoro e la sua professionalità di sanità pubblica.

- **Il sistema informativo è' una antica priorità!**
- E' solo in parte una questione di finanziamento, la vera questione è la funzionalità agli obiettivi, gestionali e valutativi
- . Il problema è l'**integrazione** tra competenze informatiche e di sanità pubblica, organizzative e cliniche. Gli attori essenziali come i MMG e i Dipartimenti di Prevenzione devono finalizzare ad **obiettivi di salute della comunità e al monitoraggio individuale.**
- Il **fascicolo sanitario elettronico** è oggi uno strumento molto poco disponibile e richiede una sostanziale revisione per un suo uso di comunità, per la pratica e la ricerca applicata.
- I **Servizi di Screening** hanno grande esperienza sia di gestione che di valutazione di performance e di esito. Può diventare un patrimonio comune.

2. Il sistema informativo per la gestione dei rapporti con la popolazione e tra gli attori del sistema

- L'offerta di lettere di invito, strumenti informativi e altri decisionali per favorire la scelta informata delle persone è essenziale per poter passare **da un servizio come servizio di massa a uno di sanità pubblica moderno**, che consideri gli individui e i loro diritti.
- Forme di **prevenzione o di screening personalizzata** per il bisogno di salute individuale, per esempio basate sul rischio o su condizioni specifiche socio-economiche devono promuovere scelte informata.
- **E' necessario aprirsi**, in un'ottica di sanità pubblica, alle tante forze che oggi comunicano sul tema del cancro, della prevenzione e diagnosi precoce per facilitare scelte di policy e individuali.

3. Informazione
e
comunicazione
per una scelta
informata.
Oggi è un
obbligo etico.



PER SAPERE
quanto basta

- Chi siamo
- Glossario
- Come funziona
- Mappa del sito
- Disclaimer
- Per saperne di più
- Licenza
- Contatti

mi sono informata
quanto basta

pronta a scegliere



qb. PER SAPERE
quanto basta | SCREENING MAMMOGRAFICO

[mappa del sito](#)



www.donnainformata-mammografia.it

Carissima, grazie per navigare su questo sito.

Questo strumento decisionale è stato messo a punto all'interno di un progetto di ricerca mirato a fornire maggiori informazioni sulla [mammografia](#) all'interno di un [Programma di screening organizzato](#) e ad aumentare conoscenze e consapevolezza.

Secondo le raccomandazioni del Ministero della Salute, basate sugli studi scientifici disponibili, l'utilizzo di questo test all'interno dei programmi di screening organizzato può ridurre la mortalità per [tumore al seno](#) nelle donne della tua fascia di età.

Ovviamente, la decisione se accettare o no l'invito della tua Azienda Sanitaria a partecipare allo screening è tua.

Qui puoi trovare alcune informazioni aggiornate sulla mammografia di screening e sui suoi [pro e contro](#), compresi gli aspetti controversi e le [differenze](#) tra gli esperti.

Sappiamo che la tua scelta non si baserà solo su queste informazioni ma altri aspetti condizioneranno la decisione: la tua esperienza di vita, la tua percezione del rischio di sviluppare questa malattia, i tuoi valori. Sono aspetti molto importanti che guidano molte delle nostre scelte: per questo verranno richiamati all'fine del percorso nel momento in cui dovrai prendere la tua decisione finale.

Prima di decidere, ti invitiamo a esplorare queste pagine nell'ordine, nella forma, con la profondità e con i tempi che preferisci:

- E' necessario costruire nuovi strumenti e modalità di **confronto e di collaborazione** tra le diverse componenti tecniche e non che partecipano al percorso, stakeholder e terzo settore.
- Oggi prevale una **visione corporativa**, chiusa tra professionisti. La partecipazione riesce a vivere solo se al centro dell'azione ci sono i comuni obiettivi di salute per la comunità. Questa è la sfida maggiore per il rilancio del servizio sanitario nazionale .

4. Partecipazione

- Le **Raccomandazioni** basate sulle evidenze sono lo strumento con cui deve operare la Sanità Pubblica. Questo richiede un profondo cambiamento culturale anche di chi le propone, come l'esperienza della ricerca in epoca COVID19 ci ha mostrato.
- **I LEA** , cioè obiettivi da raggiungere da parte delle Regioni e delle Aziende. Devono essere strumenti di governo della salute delle comunità basati su evidenza scientifica.
- La **ricerca pragmatica**, cioè realizzata in ambito di servizio, va finanziata per innovare le pratiche nel percorso di screening.

La Pandemia COVID19, è stata un test duro per il SSN , anche sul fronte della ricerca e di pratiche basate sull'evidenza.

Un punto da tenere fermo.
Le pratiche si devono basare sulle evidenze scientifiche e sulle valutazioni di impatto/costo

- MES e EU- Next Generation funds , di cui oggi si disegnano obiettivi e progetti, devono essere utilizzati per ricostruire la **rete della sanità pubblica del post COVID**.
- La gestione dei **percorsi di sanità pubblica** e di **governo clinico** po' avere un grande impatto sugli effetti collaterali della pandemia.

La questione non è il rapporto ospedale/ territorio, che forse non è mai esistito.

Un modello di sanità pubblica non è mai nato.

- Il GISMA può avere un ruolo importante in quanto società multi-professionale a cui collaborano diversi protagonisti del percorso di sanità pubblica e clinico
- I primi partner in questa azione sono i Centri di Senologia, ma lo devono essere anche il Terzo settore, associazioni, società scientifiche coinvolte nei percorsi di sanità pubblica-governo clinico.

Le società scientifiche dello screening come il GISMA possono contribuire a quella che oggi potrebbe essere la (ri)costruzione del Sistema Sanitario Nazionale.

- il percorso di sanità pubblica e di governo clinico deve essere condiviso e valutato in funzione di obiettivi di qualità e di comunità.
- Il Servizio di Screening e Centri Senologia/oncologia devono lavorare insieme, consapevoli che ogni fase del percorso ha la sua importanza e specificità, sia essa rivolta alla comunità sia alla persona.

La base per la riorganizzazione.

Il difficile rapporto servizio di screening – Centri di Senologia

GISMA, Catania, 2019: Follow-up quanto ne abbiamo scritto e parlato anche con i Centri di Senologia? E' il momento di proporre un approccio di sanità pubblica per le donne a rischio intermedio /alto?



Una emergenza che nasce anche dal nostro successo. Le donne a rischio che lo screening organizzato non segue.

Tipo di neoplasia	Persone			Variazione 2010-2017 (%)		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Tutti i tipi*	1.517.713	1.786.935	3.304.648	26%	23%	24%
Tumore della mammella (F) 43% di tutti i tipi di neoplasia						
Mammella femminile		766.957	766.957		26%	26%

Mammella : **Meno di 5 anni dalla diagnosi (44%) :** 260.765 * **MENOPAUSA**
Più di 5 anni dalla diagnosi (66%) : 506.190 * **PRE POST**
Più di 10 anni dalla diagnosi (40%) : 337.461



Radiol med
DOI 10.1007/s11547-016-0676-8



BREAST RADIOLOGY

Recommendations for breast imaging follow-up of women with a previous history of breast cancer: position paper from the Italian Group for Mammography Screening (GISMa) and the Italian College of Breast Radiologists (ICBR) by SIRM

Lauro Bucchi¹ · Paolo Belli² · Eva Benelli³ · Daniela Bernardi⁴ · Beniamino Brancato⁵ · Massimo Calabrese⁶ · Luca A. Carbonaro⁷ · Francesca Caumo⁸ · Beatrice Cavallo-Marincola⁹ · Paola Clauser^{10,11} · Chiara Fedato¹² · Alfonso Frigerio¹³ · Vania Galli¹⁴ · Livia Giordano¹⁵ · Paola Golinelli¹⁶ · Giovanna Mariscotti¹⁷ · Laura Martincich¹⁸ · Stefania Montemezzi¹⁹ · Doralba Morrone⁵ · Carlo Naldoni²⁰ · Adriana Paduos¹⁵ · Pietro Panizza²¹ · Federica Pediconi⁹ · Fiammetta Querci²² · Antonio Rizzo²³ · Gianni Saguatti²⁴ · Alberto Tagliafico²⁵ · Rubina M. Trimboli⁷ · Chiara Zuiani¹¹ · Francesco Sardanelli^{7,26}

Received: 13 June 2016 / Accepted: 16 August 2016
© The Author(s) 2016. This article is published with open access at Springerlink.com

- Il ruolo che lo screening oncologico può avere nel rifondare la sanità pubblica in Italia è importante e oggi l'opportunità offerta dai progetti di finanziamento Europei non va persa.
- Il primo contributo da dare è alla progettazione di come costruire percorsi di prevenzione e cura in un sistema a rete, cui partecipino servizi organizzativi e gestionali di sanità pubblica, clinici e di valutazione epidemiologica.
- Sperimentazioni di questo tipo dovrebbero essere progettate nei nuovi progetti di riorganizzazione della sanità pubblica post-Covid, superando i limiti che hanno favorito la nostra debolezza di risposta, specialmente extra-ospedaliera.

Conclusione

