

Prevenzione oncologica durante la pandemia di covid-19 negli USA

Fedewa SA, Star J, Bandi P et al

Changes in cancer screening in the US during the covid-19 pandemic

JAMA Network Open 2022; 5 (6): e2215490

Spencer JC, Pignone MP

Facilitating equitable, high-quality cancer screening in the post-covid-19 era

JAMA Network Open 2022; 5 (6):e2215496

L'indagine condotta da Fedewa e colleghi ha analizzato la prevalenza dello screening per il carcinoma alla mammella, al collo dell'utero e al colon-retto, confrontando i dati raccolti dal Behavioral Risk Factor Surveillance System (un sistema di indagini sanitarie telefoniche, istituito nel 1984 dai Centres for Diseases Control and Prevention per raccogliere informazioni sui comportamenti a rischio per la salute, sulle pratiche cliniche preventive e l'accesso ai servizi sanitari negli Stati Uniti) nel 2020 rispetto agli anni precedenti, con l'obiettivo di comprendere se le disuguaglianze nell'accesso agli screening legate all'appartenenza etnica e allo stato socioeconomico fossero peggiorate durante la pandemia.

I DATI EMERSI DALLO STUDIO

In totale 479.248 individui sono stati inclusi nelle analisi dello screening per carcinoma alla mammella, 301.453 per lo screening

e schizofrenia) hanno evidenziato come la presenza di una condizione specifica (nella fattispecie, l'obesità) determini fenomeni di "oscuramento" delle altre condizioni cliniche del paziente, portando a un processo diagnostico insoddisfacente, con esiti potenzialmente gravi⁶.

L'IMPORTANZA DEL CONTESTO

Per comprendere appieno le disuguaglianze presenti nel processo diagnostico bisogna considerare anche gli aspetti esterni all'ambito medico.

Se il processo inizia all'interno del sistema sanitario, gran parte di ciò che accade prima che la persona diventi ufficialmente un paziente potrebbe non essere rilevata, compresi i primi sintomi di una patologia, le preoccupazioni e l'influenza che il contesto familiare può aver avuto sulle scelte sanitarie di una persona. Potrebbero anche non essere prese in considerazione le intuizioni dei membri delle comunità storicamente emarginate, che invece offrono il loro contributo alla creazione di una idea di eccellenza diagnostica che includa anche l'apprendimento dalle esperienze vissute e l'attivazione delle reti sociali nel corso del processo diagnostico stesso.

L'eccellenza diagnostica potrebbe, quindi, trarre giovamento se il sistema della pratica diagnostica non si limitasse a una 'lente'

del carcinoma al collo dell'utero e 854.210 per quello al carcinoma del colon-retto. Nel 2020, tra gli intervistati di età compresa tra 50 e 75 anni, l'11,4% era rappresentato da neri, il 12,6% da ispanici e il 67,3% da bianchi. Il 30% aveva un alto livello di istruzione. In termini di accesso e utilizzo dell'assistenza sanitaria, il 10,5% degli intervistati non anziani non risultava assicurato e la maggior parte degli intervistati ha riferito di aver ricevuto almeno una visita da parte di un medico di base e di aver usufruito di una normale assistenza, in modo sovrapponibile a quanto accaduto nel 2018.

Il trend dei dati degli ultimi anni evidenzia che, tra il 2018 e il 2020, il ricorso allo screening per carcinoma alla mammella è diminuito del 6% rispetto ai 4 anni precedenti (2014-2018), mentre il ricorso a quello per carcinoma al collo dell'utero è diminuito dell'11%, sempre rispetto al trend registrato tra il 2014 e il 2018. Per quanto riguarda lo screening per il carcinoma del colon-retto, tra il 2018 e il 2020 la prevalenza della colonscopia è diminuita del 16%, mentre la prevalenza del test delle feci è aumentata del 7%, dimostrando la capacità di questo test di mantenere costanti i tassi di screening a livello di popolazione, anche durante una grave emergenza sanitaria. In base alle variabili sociodemografiche e socioeconomiche analizzate, i tassi di prevalenza dello screening per carcinoma alla mammella e al collo dell'utero degli ultimi anni sono risultati inferiori nelle donne con un basso livello di istruzione rispetto a quelle con titoli di studio universitari (carcinoma della mammella: 50,3% vs 62,2%; carcinoma del colon-retto: 43,6% vs 55,7%). Nonostante anche il ricorso complessivo allo screening per il carcinoma del colon-retto sia risultato inferiore nelle persone con un più basso livello di istruzione, bisogna osservare che tra il 2018 e il 2020 si è verificato un aumento sorprendente (39%) del ricorso al test per la ricerca del sangue occulto nella popolazione più disagiata.

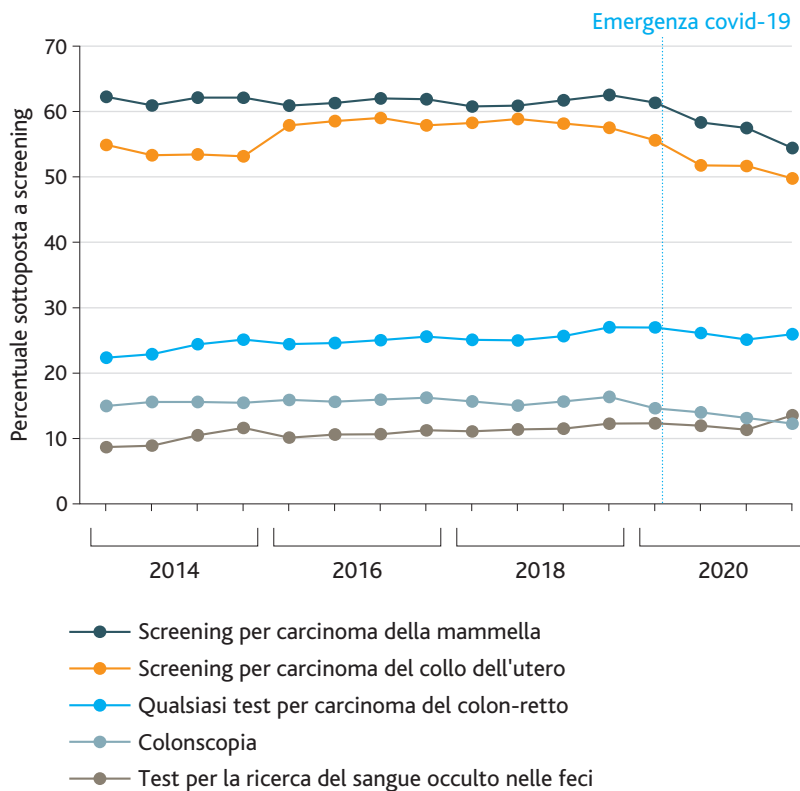
medica, ma cominciasse a utilizzare anche una 'lente' sociologica complementare, in grado di porre attenzione agli aspetti sociali che giocano un ruolo importante nel percorso di cura del paziente^{7,8}.

Eliana Ferroni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri, Azienda Zero Regione del Veneto

BIBLIOGRAFIA

1. Centor RM, Geha R, Manesh R. The pursuit of diagnostic excellence. JAMA Netw Open 2019; 2 (12): e1918040.
2. Committee on Diagnostic Error in Health Care, Board on Health Care Services, Institute of Medicine et al. Improving diagnosis in health care. Washington, DC: National Academies Press, 2015.
3. Graber ML. The IOM report on improving diagnosis: new concepts. Diagnosis (Berl) 2015; 2 (4): 201-203.
4. Hughes HK, Hasselfeld BW, Cooper LA, Thornton RL, Commodore-Mensah Y. A process for developing a telehealth equity dashboard at a large academic health system serving diverse populations. J Health Care Poor Underserved 2021; 32 (2): 198-210.
5. National healthcare quality and disparities report. Agency for Healthcare Quality and Research 2022. <https://www.ahrq.gov/research/findings/nhqdr/index.html>.
6. Shefer G, Henderson C, Howard LM, Murray J, Thornicroft G. Diagnostic overshadowing and other challenges involved in the diagnostic process of patients with mental illness who present in emergency departments with physical symptoms - a qualitative study. PLoS One 2014; 9 (11): e111682.
7. Jutel A, Dew K. Social issues in diagnosis: an introduction for students and clinicians. Johns Hopkins University Press, 2014.
8. Lyles CR, Wachter RM, Sarkar U. Focusing on digital health equity. JAMA 2021; 326 (18): 1795-1796.



Andamento dello screening per carcinoma della mammella, del collo dell'utero e del colon-retto sulla base delle interviste condotte nell'ambito del Behavioral Risk Factor Surveillance System, anni 2014-2020.

IL COMMENTO DEI RISULTATI

Secondo Spencer e Pignone, dei Dipartimenti di Medicina interna e Medicina della salute della popolazione della Dell Medical School dell'Università del Texas, questi risultati sollevano alcune preoccupazioni sul fatto che gli effetti combinati della pandemia di covid-19 (ossia i rischi diretti associati all'incidenza e alla mortalità di covid-19 e i rischi indiretti associati al differimento delle cure per altre condizioni di malattia) potrebbero indurre un aumento della mortalità per tutte le cause e un peggioramento delle disparità di salute.

A differenza di quanto accaduto per lo screening per il carcinoma della mammella e del collo dell'utero, il ricorso allo screening per il carcinoma del colon-retto non è diminuito in modo significativo, poiché la riduzione dell'impiego della colonscopia è stata controbilanciata da un maggiore ricorso al test per la ricerca del sangue occulto eseguito a domicilio. L'aumento del ricorso a questo test è stato maggiore nelle persone con livelli di istruzione inferiore, suggerendo ai commentatori dell'indagine condotta da Fedewa e colleghi l'ipotesi che gli sforzi compiuti per aumentare la diffusione di questo test stanno raggiungendo l'obiettivo di coinvolgere i soggetti a più alto rischio di non essere sottoposti a screening, fattore questo che potrebbe ridurre le disuguaglianze future.

Letizia Orzella

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Farmaci e Dispositivi, Regione Lazio

Checklist per la sicurezza in sala operatoria: una revisione degli studi disponibili lascia aperti molti interrogativi

Armstrong BA, Dutescu IA, Lemoy L
Effect of the surgical safety checklist on provider and patient outcomes: a systematic review
BMJ Qual Saf 2022; 31: 463-478

Prevenire possibili errori e assicurare adeguati livelli di qualità e sicurezza in chirurgia sono alcuni degli obiettivi che hanno contribuito negli ultimi decenni alla formulazione di checklist via via più perfezionate. L'uso della Checklist per la sicurezza in sala operatoria è stato attivamente promosso anche in Italia, dove nel 2010 il Ministero della Salute ha pubblicato e diffuso uno strumento derivato da quello proposto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), adattato al contesto del nostro paese. Successivamente, l'applicazione e l'uso di questa checklist sono stati regolarmente monitorati con l'obiettivo principale di ridurre al minimo le complicanze e la mortalità post-operatorie.

CARATTERISTICHE DELLA CHECKLIST ITALIANA

La checklist in uso in Italia si compone abitualmente di 3 fasi per complessivi 20 item, con i controlli da effettuare nel corso dell'intervento chirurgico e le relative caselle da contrassegnare dopo l'avvenuto controllo. La prima fase, denominata *Sign in*, viene effettuata prima dell'induzione dell'anestesia, mentre la seconda, definita *Time out*, è un breve momento di "pausa chirurgica", che si svolge dopo l'induzione dell'anestesia e prima dell'incisione cutanea. Entrambe le fasi richiedono ovviamente il coinvolgimento di tutti i componenti dell'équipe. L'obiettivo della terza fase, il *Sign out*, è quello di facilitare l'appropriato trasferimento delle informazioni al personale responsabile dell'assistenza al paziente dopo l'intervento. Il *Sign out* dovrebbe essere effettuato prima che il paziente abbandoni il reparto operatorio, può anche coincidere con la chiusura della ferita chirurgica e comunque dovrebbe essere completato prima che il chirurgo abbia lasciato la sala.

L'articolazione in tre fasi serve essenzialmente a creare l'opportunità di discutere gli aspetti critici del caso, chiarire i ruoli di ciascun componente il team ed anticipare eventuali rischi o problemi di varia natura.

Per migliorare l'implementazione della checklist è consigliabile la designazione di un coordinatore tra i membri dell'équipe operatoria, il quale sarà responsabile della verifica dei controlli da parte dei rispettivi componenti della squadra e, soltanto dopo aver accertato l'avvenuto controllo, si farà carico di contrassegnare la casella del relativo item. È previsto che la maggioranza dei controlli venga effettuata verbalmente. La checklist compilata può essere inserita nella documentazione clinica del paziente o archiviata per la valutazione della qualità degli interventi.