



Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007
Relazione sullo stato di avanzamento al 31 dicembre 2006

SCREENING

Titolo del progetto: Consolidamento dei programmi di screening **mammografico** mediante la messa a punto di un sistema gestionale web, la messa a disposizione gratuita per le ASL con squilibri organizzativi ed il recupero dei dati delle ASL

Referente: dott.ssa Alessandra Barca

Descrizione sintetica delle attività svolte e/o in corso di svolgimento:

A seguito della DGR 4236/97 che istituiva i programmi di screening del cancro della mammella e delle cervice uterina, ogni ASL ha provveduto alla individuazione e, alcune volte alla realizzazione in proprio, di un software gestionale. Ogni software deve garantire al programma di screening la gestione di tutte le fasi del percorso e di rispondere al debito informativo nei confronti dell'ASP attraverso un flusso di dati trimestrali per alimentare gli archivi di record individuali contenenti le informazioni relative al percorso delle donne coinvolte dallo screening.

La forte disomogeneità dei prodotti informatici ha creato enormi difficoltà sia alle ASL, non sempre in grado utilizzare software molto spesso non accreditati, sia all'ASP poiché non in grado di effettuare una valutazione puntuale delle attività dei programmi per mancanza di informazioni. Per superare tali difficoltà si è pensato di sviluppare un software di gestione in grado di centralizzare alcune funzioni e avere un database unico, aggiornato in tempo reale da tutti gli operatori del sistema.



Secondo quanto previsto dalla prima fase del cronoprogramma, si è proceduto anzitutto ad effettuare un'analisi delle criticità del flusso di dati, basati sul tracciato record standard, che, con periodicità trimestrale, le ASL sono obbligate ad inviare all'ASP.

E' stata condotta un'indagine fra le singole ASL coinvolte, sui diversi software utilizzati. Sono emersi sette gestionali creati e aggiornati da altrettante figure di produzione applicativi (che comprendono case di produzione esterne e sviluppatori interni).

Ciascuna figura ha interpretato in modo leggermente diverso dalle altre le specifiche tecniche inerenti il tracciato record dei dati, creando così dei continui ed onerosi contrattamenti nella regolare gestione delle informazioni ricevute.

Inoltre, l'esistenza di un tracciato record prestabilito ha sfavorito possibili miglioramenti, perché ogni modifica avrebbe richiesto nuovo lavoro da parte di tutti gli sviluppatori e, nel caso delle ditte esterne, nuove risorse finanziarie.

Come strumenti di transizione verso il sistema centralizzato sono stati adottati due software applicativi: uno sviluppato in collaborazione con una casa di produzione esterna e un altro prodotto internamente.

Il primo consente di lanciare interrogazioni preimpostate sulla banca dati di uno dei gestionali screening, mostrando a video i risultati in tempo reale. E' stato sperimentato con successo presso una ASL, permettendo così di conoscere le informazioni necessarie all'ASP senza attendere l'invio trimestrale dei dati.

Il secondo realizza il trasbordo dei dati presenti nel tracciato record verso la banca dati di S.Q.T.M., la scheda computerizzata relativa al III livello, evitando così agli operatori di dover reinserire alcune informazioni già presenti nella banca dati del proprio gestionale, in particolare i dati anagrafici e le informazioni relative al percorso di screening.

Sulla base dell'esperienza acquisita dalla ASP Laziosanità attraverso lo sviluppo di un gestionale web per lo screening del cancro del colon retto si sta procedendo ad una analisi sia del software che delle modalità di connessione per migliorarne le sue potenzialità e procedere allo sviluppo di moduli integrativi.



Alla luce di quanto rilevato è stata avviata la fase di definizione degli elementi distintivi del nuovo sistema informativo centralizzato che, messo a disposizione delle ASL, permetterà di superare le inefficienze attuali.

Allo scopo di predisporre l'architettura software per un'eventuale e futura inclusione di ulteriori programmi di screening, è stato pensato di adottare un sistema a più moduli:

- un modulo principale, per la gestione comune dell'anagrafica, del sistema degli inviti, la refertazione;
- più moduli aggiuntivi, ciascuno dedicato a uno specifico programma di screening, per la gestione del 1° e del 2° livello.

Sono attualmente in fase di discussione con l'Area Informatica dell'ASP le specifiche tecniche del suddetto sistema; al momento le soluzioni proposte sono:

- Architettura web esistente prodotta da Eurosoft per la gestione dello screening del cancro del colon retto; in questo caso verrebbero mantenuti i moduli esistenti integrandoli con il nuovo modulo aggiuntivo dello screening mammografico;
- Architettura client/server, dove la banca dati risiede sul server centrale, mentre l'applicativo è un software tradizionale che interroga il server tramite connessioni Internet. La gestione degli aggiornamenti e della manutenzione viene effettuata centralmente, facendo sì che l'applicativo ASL si aggiorni automaticamente tramite la Rete;
- Architettura web ex-novo per lo screening mammografico da affiancare all'architettura web esistente per la gestione dello screening del cancro del colon retto.



Specificazione delle attività non avviate o non completate entro le date di fine previste dal cronoprogramma e relative motivazioni:

A causa del ritardo nell'erogazione dei fondi previsti (erogati dalla Regione Lazio all'ASP in data dicembre 2006) tutte le attività risultano ritardate rispetto alla scadenza del cronoprogramma. In particolare:

- Perfezionamento commessa del software gestionale dello screening della mammella mediante l'integrazione di nuovi moduli informatici, Realizzazione dei moduli web → è stata avviata l'analisi delle criticità del modulo web CCR terminata la quale si procederà alla realizzazione dei restanti moduli.
- Stipula accordi ASL → è stata effettuata una stipula con la Roma B nell'ambito dello sviluppo degli strumenti di transizione verso il sistema centralizzato per accedere ai database dell'azienda
- Formazione del personale coinvolto → la formazione è stata fatta per il solo CCR nei confronti degli operatori coinvolti; verrà completata per i restanti operatori dopo la realizzazione del modulo web per lo screening mammografico
- Offerta ASL del prodotto realizzato e recupero dei dati delle ASL già immagazzinati nei rispettivi software gestionali e adattamento al nuovo software → Si è provveduto ad una analisi degli archivi per individuare la qualità ed il disallineamento dei dati; inoltre è stata sviluppata una procedura che sta permettendo il recupero dei dati (ad oggi terminato per 3 ASL); questa ha ottimizzato la qualità complessiva degli archivi, ora si è in attesa della realizzazione del modulo web per lo screening mammografico per completare l'adattamento dei dati al nuovo software.



Specificazione delle attività e/o traguardi eliminati o modificati rispetto a quelli indicati nel cronoprogramma iniziale e relative motivazioni:

Si chiede la rimodulazione dei tempi previsti piuttosto che delle attività da svolgere.

Punti di forza e criticità nella realizzazione del piano:

Il progetto è realizzabile e permetterà di uniformare la situazione disomogenea dovuta alle diverse tipologie di software in uso presso le aziende.

Provvederà a recuperare tutte le informazioni che non sono state mai inviate per problemi di estrazione dai gestionali aziendali e quindi completare gli archivi che risiedono all'ASP permettendo di effettuare valutazioni più appropriate e puntuali.

Il sistema permetterà agli operatori di inserire le informazioni relative al percorso delle donne coinvolte attraverso una maschera di inserimento che arricchirà in tempo reale un unico database centralizzato.

E' in studio la possibilità di integrare il sistema informativo degli screening con altri sistemi informativi che risiedono all'ASP (Sistema Informativo Ospedaliero, Sistema Assistenza Specialistica)



Titolo del progetto: Consolidamento dei programmi di screening **citologico** mediante la messa a punto di un sistema gestionale web, la messa a disposizione gratuita per le ASL con squilibri organizzativi ed il recupero dei dati delle ASL

Referente: dott.sa Alessandra Barca

Descrizione sintetica delle attività svolte e/o in corso di svolgimento:

A seguito della DGR 4236/97 che istituiva i programmi di screening del cancro della mammella e delle cervice uterina, ogni ASL ha provveduto alla individuazione e alcune volte, alla realizzazione in proprio, di un software gestionale. Ogni software deve garantire al programma di screening la gestione di tutte le fasi del percorso e di rispondere al debito informativo nei confronti dell'ASP attraverso un flusso di dati trimestrali per alimentare gli archivi di record individuali contenenti le informazioni relative al percorso delle donne coinvolte dallo screening.

La forte disomogeneità dei prodotti informatici ha creato enormi difficoltà sia alle ASL, non sempre in grado utilizzare software molto spesso non accreditati, sia all'ASP poiché non in grado di effettuare una valutazione puntuale delle attività dei programmi per mancanza di informazioni. Per superare tali difficoltà si è pensato di sviluppare un software di gestione in grado di centralizzare alcune funzioni e avere un database unico, aggiornato in tempo reale da tutti gli operatori del sistema.

Secondo quanto previsto dalla prima fase del cronoprogramma, si è proceduto anzitutto ad effettuare un'analisi delle criticità del flusso di dati, basati sul tracciato record standard, che, con periodicità trimestrale, le ASL sono obbligate ad inviare all'ASP.

E' stata condotta un'indagine fra le singole ASL coinvolte sui diversi software utilizzati. Sono emersi sette gestionali creati e aggiornati da altrettante figure di produzione applicativi (che comprendono case di produzione esterne e sviluppatori interni). Ciascuna figura ha interpretato in modo leggermente diverso dalle altre le specifiche tecniche inerenti il tracciato record dei dati, creando così dei continui ed onerosi contrattempi nella regolare gestione delle informazioni ricevute.



Inoltre, l'esistenza di un tracciato record prestabilito ha sfavorito possibili miglioramenti, perché ogni modifica avrebbe richiesto nuovo lavoro da parte di tutti gli sviluppatori e, nel caso delle ditte esterne, nuove risorse finanziarie.

Sulla base dell'esperienza acquisita dalla ASP Laziosanità attraverso lo sviluppo di un gestionale web per lo screening del cancro del colon retto si sta procedendo ad una analisi sia del software che delle modalità di connessione per migliorarne le sue potenzialità e procedere allo sviluppo di moduli integrativi.

Alla luce di quanto rilevato è stata avviata la fase di definizione degli elementi distintivi del nuovo sistema informativo centralizzato che, messo a disposizione delle ASL, permetterà di superare le inefficienze attuali.

Allo scopo di predisporre l'architettura software per un'eventuale e futura inclusione di ulteriori programmi di screening, è stato pensato di adottare un sistema a più moduli:

- un modulo principale, per la gestione comune dell'anagrafica, del sistema degli inviti, la refertazione;
- più moduli aggiuntivi, ciascuno dedicato a uno specifico programma di screening, per la gestione del 1° e del 2° livello.

Sono attualmente in fase di discussione con l'Area Informatica dell'ASP le specifiche tecniche del suddetto sistema; al momento le soluzioni proposte sono:

- Architettura web esistente prodotta da una ditta esterna per la gestione dello screening del cancro del colon retto; in questo caso verrebbero mantenuti i moduli esistenti integrandoli con il nuovo modulo aggiuntivo dello screening citologico;
- Architettura client/server, dove la banca dati risiede sul server centrale, mentre l'applicativo è un software tradizionale che interroga il server tramite connessioni Internet. La gestione degli aggiornamenti e della manutenzione viene effettuata centralmente, facendo sì che l'applicativo ASL si aggiorni automaticamente tramite la Rete;



- Architettura web ex-novo per lo screening citologico da affiancare all'architettura web esistente per la gestione dello screening del cancro del colon retto.

Specificazione delle attività non avviate o non completate entro le date di fine previste dal cronoprogramma e relative motivazioni:

A causa del ritardo nell'erogazione dei fondi previsti (erogati dalla Regione Lazio all'ASP in data dicembre 2006) tutte le attività risultano ritardate rispetto alla scadenza del cronoprogramma. In particolare:

- Perfezionamento commessa del software gestionale dello screening della mammella mediante l'integrazione di nuovi moduli informatici, Realizzazione dei moduli web → è stata avviata l'analisi delle criticità del modulo web CCR terminata la quale si procederà alla realizzazione dei restanti moduli.
- Stipula accordi ASL → è stata effettuata una stipula con una ASL romana nell'ambito dello sviluppo degli strumenti di transizione verso il sistema centralizzato per accedere ai database dell'azienda
- Formazione del personale coinvolto → la formazione è stata fatta per il solo CCR nei confronti degli operatori coinvolti; verrà completata per i restanti operatori dopo la realizzazione del modulo web per lo screening citologico
- Offerta ASL del prodotto realizzato e recupero dei dati delle ASL già immagazzinati nei rispettivi software gestionali e adattamento al nuovo software → Si è provveduto ad una analisi degli archivi per individuare la qualità ed il disallineamento dei dati; inoltre è stata sviluppata una procedura che sta permettendo il recupero dei dati (ad oggi terminato per 3 ASL); questa ha ottimizzato la qualità complessiva degli archivi, ora si è in attesa della realizzazione del modulo web per lo screening citologico per completare l'adattamento dei dati al nuovo software.



Specificazione delle attività e/o traguardi eliminati o modificati rispetto a quelli indicati nel cronoprogramma iniziale e relative motivazioni:

Si chiede la rimodulazione dei tempi previsti piuttosto che delle attività da svolgere.

Punti di forza e criticità nella realizzazione del piano:

Il progetto è realizzabile e permetterà di uniformare la situazione disomogenea dovuta alle diverse tipologie di software in uso presso le aziende.

Provvederà a recuperare tutte le informazioni che non sono state mai inviate per problemi di estrazione dai gestionali aziendali e quindi completare gli archivi che risiedono all'ASP permettendo di effettuare valutazioni più appropriate e puntuali.

Il sistema permetterà agli operatori di inserire le informazioni relative al percorso delle donne coinvolte attraverso una maschera di inserimento che arricchirà in tempo reale un unico database centralizzato.

E' in studio la possibilità di integrare il sistema informativo degli screening con altri sistemi informativi che risiedono all'ASP (Sistema Informativo Ospedaliero, Sistema Assistenza Specialistica).



Titolo del progetto: Consolidamento e riequilibrio dei programmi di screening mediante un programma di formazione / sensibilizzazione dei professionisti e della società civile (formazione dei formatori MMG, retraining degli specialisti, empowerment e partnership con le associazioni)

Referente: dott.sa Alessandra Barca

Descrizione sintetica delle attività svolte e/o in corso di svolgimento:

Sottoprogetto "Empowerment e partnership con le associazioni":

E' stata attivata una collaborazione con il CEREF - Centro Ricerca e Formazione di Padova con il quale sono state sviluppate le fasi di:

- Analisi bibliografica e ricognizione delle esperienze svolte a livello locale.
- Identificazione delle fasi del profilo assistenziale complesso che implicano l'empowerment dei vari stakeholder, ed in particolare delle associazioni.
- Individuazione delle variabili personali e di comunità/contesto che incidono sull'“empowerment” relativamente alle varie fasi ed ai vari stakeholder.
- Identificazioni delle implicazioni della comunicazione.
- Identificazione delle caratteristiche dei processi di comunicazione da considerare/utilizzare rispetto ai contenuti ed alle finalità comunicative per i diversi stakeholder.
- Identificazione di metodologie e dei relativi strumenti.
- Costruzione di una griglia di finalità, impatto, vantaggi e svantaggi dei diversi metodi e strumenti.

A seguito della fase analitica del Progetto, sono stati prodotti alcuni strumenti da mettere a disposizione dei professionisti al fine di promuovere l'empowerment e la partnership con le associazioni.



- Carta dei Rapporti tra gli stakeholders (Istituzioni sanitarie, Organizzazioni di rappresentanza dei cittadini, Associazioni di volontariato, Cittadini fruitori dei servizi sanitari)
- Indagine presso i Coordinatori dei programmi di screening sulle attività svolte ed i programmi in atto rispetto all'empowerment
- Questionario per l'indagine presso le Associazioni
- Questionario per gli utenti
- Questionario per gli operatori
- Glossario

Sottoprogetto "Formazione di animatori di formazione (formatori) dei MMG".

Sono state realizzate tutte le fasi del sottoprogetto:

1. è stato costituito un board scientifico, in collaborazione con la Scuola di formazione FIMMG, per la programmazione degli interventi formativi degli Animatori di formazione;
2. è stato strutturato il Piano di formazione finalizzato principalmente a fornire ai discenti gli strumenti culturali relativi ai Programmi di Screening, utili a costituire il background formativo necessario per la formazione dei MMG sul territorio del Lazio.

I contenuti del corso: conoscere i principi, gli obiettivi, gli aspetti organizzativi di un PS; il PS Mammografico nella Regione Lazio; il PS Citologico nella Regione Lazio; il PS Cancro del Colon-Retto nella Regione Lazio; la definizione del ruolo del MMG all'interno della organizzazione di un PS; aspetti psicologici di un PS e la comunicazione al paziente.

3. è stato realizzato un corso di formazione in tre edizioni, che ha permesso la formazione di 73 Animatori.

Sottoprogetto "Retraining dei professionisti":

L'ASP, in funzione di coordinamento dei programmi di screening della Regione Lazio, ha stipulato un accordo con la Società Italiana di Endoscopia Digestiva, il St. Mark's Hospital di Londra e con l'Università Cattolica del Sacro Cuore, per la realizzazione di un corso di formazione di training-retraining di equipe endoscopiche specifico per gli operatori impegnati nel programma di screening del Cancro del Colon Retto ritenendo strategica



l'attuazione di un curriculum formativo di alto livello che concorra a garantire la massima qualità professionale, l'integrazione tra le professionalità coinvolte, la sicurezza dei soggetti destinatari e degli operatori.

Sono state realizzate due edizioni del corso della durata di due giorni: a ciascuna edizione hanno partecipato 10 equipe composte da un endoscopista ed un tecnico/infermiere appartenenti ad un medesimo centro di endoscopia.

Il corso è stato preceduto dalla prima fase di una Survey delle performances colonscopiche:

Il primo giorno di autoassessment si è svolto con il seguente programma: Letture (Principi e metodi dei programmi di screening; Tecniche per l'esecuzione delle colonscopie; Tecniche di sedazione; Workshop sul follow-up e sulla sorveglianza: stato di adesione alle linee-guida); esecuzione didattica di colonscopia e discussione tra pari; prove pratiche su modelli animali-organi isolati con supervisore.

Il secondo giorno è stato dedicato all'effettuazione da parte di ciascuna delle equipe partecipanti, di sedute endoscopiche ambulatoriali diagnostico-terapeutiche con la supervisione esterna degli altri partecipanti e dei docenti. Ad ogni seduta è seguita la valutazione critica del caso. Nel corso della giornata Letture brevi su: Principi e metodi dei programmi di screening; Tecniche per l'esecuzione delle colonscopie. Workshop sulle tecniche (pulizia, sedazione, endoscopia, polipectomia). E' stato somministrato un Questionario per infermieri di endoscopia su sedazione e preparazione.

Più in generale gli argomenti affrontati sono stati i seguenti: dolore al pz e sospensione esame / disponibilità anestesista; trattamento Polipi (fino a 10 mm / semplici: asportare con ansa a freddo / più grandi: day hospital con esami sangue ed ECG); le complicanze: sorveglianza post-polipectomia / (in)utilità DH; sorveglianza complicanze e fattore distanza pz – ospedale in provincia; trattamento soggetti che fanno uso di anticoagulanti (sospenderli altrimenti non si può fare polipectomia); possibilità studio sulla polipectomia ambulatoriale con dati delle complicanze; intervallo analisi sangue / colonscopia; raccolta anamnesi: uso anticoagulanti, cardiopatico, ecc.; comunicare o meno le LG da seguire al pz; incontri con gli oncologi per concordare la sorveglianza; ruolo dell'infermiere, rapporto medico infermiere; programma di risk management.

Nel mese successivo il corso, è stata completata la Survey delle performances colonscopiche con la raccolta dei dati relativi a 15 colonscopie consecutive eseguite dai medici endoscopisti che hanno partecipato al corso. E' stato poi somministrato, a distanza di 3 mesi dal corso, un



questionario di autovalutazione dell'impatto del corso con lo scopo di raccogliere la valutazione soggettiva sull'impatto del corso.

Specificazione delle attività non avviate o non completate entro le date di fine previste dal cronoprogramma e relative motivazioni:

Nessuna

Specificazione delle attività e/o traguardi eliminati o modificati rispetto a quelli indicati nel cronoprogramma iniziale e relative motivazioni:

Piano di formazione

Per l'anno 2007 si prevede la realizzazione di una nuova serie di Corsi di Aggiornamento, destinati al personale coinvolto nei PS e dedicato all'approfondimento di tematiche cliniche inerenti l'attività di screening. Tale programma si propone il perseguimento degli obiettivi formativi di cui alla DG.R. 2039 del 2001 di assicurazione del conseguimento e il mantenimento di un'adeguata capacità tecnica specifica e di garantire il miglioramento continuo di qualità delle prestazioni prodotte dal PS.

1. corso sui tumori intervallo
2. recepimento del sistema Bethesda 2001
3. Seminario sull' introduzione al test HPV

Progetto di comunicazione e sensibilizzazione

Con l'obiettivo di incrementare l'estensione d'invito ai PS mammografico e citologico, di sensibilizzare gli operatori verso l'importanza dei programmi organizzati, e di favorire un processo di fidelizzazione delle donne ed un accesso consapevole ed informato al PS, è stata attivata una collaborazione tra l'ASP ed alcune associazioni che si occupano di tutela delle donne, in particolare la Casa Internazionale delle Donne che raccoglie nel direttivo numerose associazioni che si occupano della tutela, assistenza ed aiuto della donna. Sono state inoltre contattate le rappresentanze sindacali per la realizzazione di progetti volti al raggiungimento delle donne nei luoghi di lavoro e per l'attivazione di campagne di sensibilizzazione rivolte ai cittadini.

Verranno costituiti gruppi di lavoro che definiranno strategie di sensibilizzazione e comunicazione.



Punti di forza e criticità nella realizzazione del piano:

Importanza degli obiettivi formativi in funzione del miglioramento della qualità dei PS, e conseguente buona risposta da parte degli operatori chiamati a partecipare.

Un punto di criticità per la realizzazione dei progetti, è determinata dalla disponibilità di fondi insufficienti che determina la necessità di ricorrere alle risorse interne, con grave pregiudizio per la realizzazione di tutte le attività programmate.



Titolo del progetto: Correzione degli squilibri territoriali mediante attuazione di un sistema centralizzato di lettura del pap-test.

Referente: dott.ssa Alessandra Barca

Descrizione sintetica delle attività svolte e/o in corso di svolgimento:

La mancata ottimizzazione delle risorse impiegate per la lettura del pap-test di screening ha contribuito a ostacolare l'incremento dei volumi di attività derivanti dalla copertura totale della popolazione target. Coerentemente con gli obiettivi del piano per il miglioramento dei programmi di screening del cancro della cervice uterina e al fine di razionalizzare le attività di lettura è stato studiato un progetto che prevede l'invio dei prelievi citologici da parte di più centri di screening presso un numero di laboratori regionali limitato.

Mediante un'analisi del fabbisogno di attrezzature necessarie a supportare un ipotetico carico di lavoro, è stato possibile identificare il numero di centri utile ad assorbire tutte le letture di screening assicurando al tempo stesso la massima qualità della lettura del preparato citologico.

Per l'analisi sono state formulate diverse considerazioni:

- identificazione dei centri di lettura a modalità convenzionale e automatizzata su tutto il territorio laziale;
- identificazione delle ASL autosufficienti nella lettura;
- numero minimo di vetrini fissato per i centri in lettura manuale e automatizzata;
- 40% di adesione della popolazione al test di screening.

I risultati mostrano chiaramente che il numero di centri di lettura tradizionali e automatizzati dislocati nella regione Lazio risulta essere più che sufficiente a soddisfare il reale fabbisogno regionale; non si ravvisa quindi la necessità di ulteriori centri di lettura.

Nell'ambito di un *Progetto Sperimentale di Centralizzazione della lettura Citodiagnostica dei PAP-TEST di Screening* è stato svolto uno studio che intende confrontare la lettura automatizzata per la citologia cervicale tramite lo strumento FocalPointGS, centralizzata per



più ASL, e la metodica convenzionale di lettura dei vetrini per il PAP-TEST, decentrata per più ASL.

Per il confronto tra le due diverse modalità di lettura sono stati calcolati:

- tasso di inadeguati tecnici;
- tasso delle ripetizioni;
- tempi medi di refertazione.

Dall' analisi emerge che:

- la quota di inadeguati tecnici sul totale dei vetrini letti si riduce passando dalla lettura convenzionale a quella automatizzata;
- con la lettura automatizzata aumenta invece la quota dei referti con indicazione a ripetere la citologia sui pap test totali.

Pur non essendo ancora formalmente identificate come centri regionali di riferimento, sono già state stipulate delle convenzioni con alcune ASL che presso questi centri inviano i propri preparati in lettura.

Specifici corsi di formazione sono stati attivati per il personale dei due centri dotati di lettura automatizzata ed è stata promossa la partecipazione agli eventi formativi del GISCi per quanto riguarda la lettura citologica.

Specificazione delle attività non avviate o non completate entro le date di fine previste dal cronoprogramma e relative motivazioni:

L'integrazione tra il software di gestione dei dati relativi alle refertazioni con FocalPointGS (lettura automatizzata) e quello dello screening è stata subordinata alla realizzazione del nuovo software gestionale web-based, il tutto è stato però rallentato dalla indisponibilità dei fondi che sono stati erogati all'ASP solo nel dicembre 2006.



Per identificare i criteri per la distribuzione del carico di letture per ogni centro regionale deve essere creato un apposito tavolo tecnico e, quindi, promossa la stipula di nuove convenzioni con tutte le ASL.

Per quanto riguarda le procedure per la gestione dei preparati citologici esiste già un protocollo condiviso fra i centri che utilizzano lettura automatica.

E' prevista una revisione che permetta di recepire il TBS2001 e la possibilità di utilizzare l'HPV per il triage dei border-line. Inoltre è necessario rivedere il protocollo per quanto riguarda il comportamento dei "no further review", attualmente sottoposti a rapid review.

Specificazione delle attività e/o traguardi eliminati o modificati rispetto a quelli indicati nel cronoprogramma iniziale e relative motivazioni:

Il progetto non è stato modificato nelle azioni ma nei tempi di realizzazione per il ritardo dell'erogazione dei fondi.

Punti di forza e criticità nella realizzazione del piano:

Il progetto permetterà di:

Ottenere un collegamento informatizzato tra i sw di gestione dei programmi di screening e quello di gestione dell'apparecchiatura per la lettura, che faciliti la qualità e l'efficienza di tale integrazione e per migliorare un'attività di monitoraggio e valutazione.

Ottenere una standardizzazione delle procedure di gestione come requisito della qualità della stessa.

I punti critici rappresentati dall'indisponibilità dei fondi erogati nei tempi previsti; nella disomogeneità dei Sistemi Informatici gestionali delle ASL e la difficoltà organizzativa delle ASL nel passaggio da un sistema a gestione locale a quello centralizzato, focalizzato su pochi centri.



Titolo del progetto: Integrazione dello screening spontaneo tramite colonscopia nel programma di screening organizzato per la prevenzione del cancro del colon-retto.

Referente: dott.sa Alessandra Barca

Descrizione sintetica delle attività svolte e/o in corso di svolgimento:

Il progetto inizialmente era intitolato “fattibilità colonscopia in rischio generico” e prevedeva l’invito di 10.000 soggetti in età compresa fra i 50 e i 70 anni ad effettuare una colonscopia come test di primo livello dello screening. È stato costituito un gruppo di lavoro composto da clinici, epidemiologi e esperti di sanità pubblica presso l’ASP. Il gruppo di lavoro ha prodotto un disegno dello studio e in seguito un protocollo operativo.

Specificazione delle attività non avviate o non completate entro le date di fine previste dal cronoprogramma e relative motivazioni:

La concomitante esperienza dello studio pilota dello screening con test del sangue occulto fecale ha messo in evidenza però enormi carenze organizzative dei centri di secondo livello, che non hanno messo a disposizione dello screening sufficiente tempo/struttura per assorbire il carico di lavoro generato dai FOBT positivi (i problemi organizzativi sono emersi per alcuni centri già prima dell’attivazione degli inviti e comunque per altri dopo l’invito di una minima parte della popolazione target). Considerando che l’invito di 10.000 soggetti ad effettuare la colonscopia come test di primo livello avrebbe generato un volume di attività endoscopica di molto superiore a quella generata dai 20.000 inviti ad effettuare il test FOBT invitati fino ad oggi, è stata valutata non fattibile la sperimentazione.

Si è deciso dunque di rimodulare il progetto e di sottoporlo nuovamente al Ministero.



Specificazione delle attività e/o traguardi eliminati o modificati rispetto a quelli indicati nel cronoprogramma iniziale e relative motivazioni:

Il progetto proposto attualmente si intitola “Integrazione dello screening spontaneo tramite colonscopia nel programma di screening organizzato per la prevenzione del cancro del colon-retto”

Razionale: l’esperienza precedente dei programmi mammografico e citologico ha insegnato come sia poco efficiente in termini di spesa ed equità ignorare l’esistenza dello screening spontaneo. Nella nostra regione è stimato che circa il 17% della popolazione target dello screening del colon retto sia coperta spontaneamente, la quasi totalità per aver effettuato una colonscopia di prevenzione nei dieci anni precedenti.

Nella nostra regione esiste un sistema informativo che raccoglie record nominativi individuali per tutte le prestazioni specialistiche effettuate da tutte le strutture sanitarie del Lazio pubbliche e private.

Obiettivi: integrare lo screening spontaneo tramite colonscopia nel programma di screening della regione.

Metodi: costituzione di un gruppo interdisciplinare per definire la gestione del richiamo successivo a colonscopia negativa e del follow up in seguito a colonscopia positiva. Record linkage fra gli archivi delle prestazioni specialistiche e le anagrafiche del programma di screening. Verranno identificati tutti i soggetti target che hanno effettuato una colonscopia nei centri partecipanti al programma regionale dal 2000 (anno da cui è disponibile l’archivio della specialistica) ad oggi. Per questi soggetti verranno raccolte le informazioni relative al motivo della colonscopia all’esito e all’istologia dagli archivi dei centri. In base alle informazioni raccolte i soggetti saranno instradati in un percorso di screening appropriato come definito dal gruppo interdisciplinare.

Risultati attesi: (ricognizione SIAS) ci aspettiamo che almeno un 10% della popolazione target risulti già screenato in base alle informazioni degli archivi. I pazienti con esiti positivi



di colonscopia e/o istologia potranno usufruire di un sistema automatico per la gestione degli inviti del follow up.

Output: il progetto produrrà un database integrato basato sull'anagrafica della popolazione target e che includerà le colonscopie di prevenzione effettuate spontaneamente e i test di screening effettuati su invito.

Il progetto produrrà inoltre una procedura che permetterà di iterare periodicamente l'integrazione degli archivi.

Punti di forza e criticità nella realizzazione del piano:

- Il progetto è fattibile.
- Libera risorse del Servizio Sanitario, limitando sprechi e iniquità di accesso e garantendo appropriatezza.
- Si può portare a termine in tempi relativamente brevi.
- L'inclusione solo dei centri partecipanti al programma garantisce simile qualità nell'esecuzione dei test per chi aderirà all'invito e per chi lo ha effettuato spontaneamente.
- Il progetto garantirà un follow up gestito centralmente e garantito per protocollo anche ai soggetti che hanno ricevuto una diagnosi fuori dal programma.

Ogni altro elemento utile all'analisi e interpretazione dello stato dell'arte del piano:

Il progetto così rimodulato viene sottoposto al giudizio del Ministero.



Titolo del progetto: Progetto di screening mammografico nelle zone a bassa adesione.

Referente: dott.sa Alessandra Barca

Descrizione sintetica delle attività svolte e/o in corso di svolgimento:

Il progetto prevede di colmare gli squilibri territoriali in alcune zone della regione Lazio che non hanno raggiunto adeguate estensioni e adesioni della popolazione target.

E' stata effettuata un'analisi per conoscere le zone che non sono state mai raggiunte dal programma di screening e il censimento delle strutture di I livello per verificarne l'accessibilità. Inoltre si è effettuata un'analisi riguardo all'eventuale fabbisogno di mammografi per sopportare un'ipotetico carico di lavoro prodotto sotto le ipotesi di adesione al 40 e al 60% .

E' stato preparato un questionario somministrato ai coordinamenti dei programmi aziendali per conoscere la situazione aggiornata circa il personale coinvolto e il tempo dedicato allo screening.

E' in corso di svolgimento uno studio che riguarda alcune ASL sulla correlazione tra adesione e livello socio economico.

Si sta procedendo ad una analisi del materiale informativo prodotto dalle ASL per organizzare una campagna di informazione regionale.

E' in via di costituzione un Osservatorio per la salute delle Donne che ha come obiettivo di aumentare l'adesione delle donne, in particolare appartenenti a fasce deboli della popolazione, ai programmi di screening citologico e mammografico.

Per raggiungere l'obiettivo dell'aumento della partecipazione ai programmi di screening delle donne che non hanno mai avuto accesso a questo servizio, è stata attivata una collaborazione tra l'ASP ed alcune associazioni che si occupano di tutela delle donne. In particolare è stata avviata una collaborazione con la Casa Internazionale delle Donne che raccoglie nel direttivo numerose associazioni che si occupano della tutela, assistenza ed aiuto. Verranno costituiti gruppi di lavoro che definiranno strategie di sensibilizzazione, comunicazione e fidelizzazione.

Sono state contattate le principali associazioni femminili e rappresentanze sindacali, che hanno espresso interesse per l'iniziativa; in particolare, le associazioni che hanno come



finalità la tutela di donne immigrate, che hanno subito abusi o violenze nonché socialmente svantaggiate.

Nello specifico, si sta avviando una collaborazione con i centri antiviolenza che offrono assistenza a circa 1500 donne l'anno. Una seconda collaborazione viene attivata con l'associazione "Vita di Donna" che si rivolge ad un gruppo di donne residenti in un'area degradata di Roma.

Altre collaborazioni verranno portate avanti.

L'esperienza maturata fin qui dimostra che le associazioni sono disponibili per attivare campagne di sensibilizzazione e comunicazione. Per il genere di attività che svolgono ed il contatto diretto con le utenti possono essere uno strumento efficace di avvicinamento delle donne, in particolare le più svantaggiate.

È stato messo a punto un sistema di personalizzazione delle lettere d'invito. È stata messa a punto una strategia di empowerment: questionario utenti, questionario operatori, prototipo carta dei rapporti con le associazioni, glossario per agire in partnership (come riportato fra le attività del progetto "Consolidamento e riequilibrio dei programmi di screening mediante un programma di formazione / sensibilizzazione dei professionisti e della società civile").

Specificazione delle attività non avviate o non completate entro le date di fine previste dal cronoprogramma e relative motivazioni:

Il progetto iniziale prevedeva l'acquisto da parte dell'ASP di tecnologie quali unità mobili per raggiungere alcune zone a bassa copertura della popolazione target. Questo ha compromesso l'avanzare delle attività per indisponibilità dei fondi.

I dati raccolti attraverso le indagini preliminari hanno evidenziato che la bassa adesione non è solamente determinata dalla carenza di strutture di I livello ma anche da inefficaci campagne informative, da scarsa attenzione nelle strategie comunicative, scarsa conoscenza dell'eterogeneità della popolazione target e dei suoi bisogni di salute e, in particolare per la città di Roma, dalla concorrenza dello screening opportunistico. Pertanto rispetto al cronoprogramma presentato si propone di rimodulare il piano secondo quanto segue.



Specificazione delle attività e/o traguardi eliminati o modificati rispetto a quelli indicati nel cronoprogramma iniziale e relative motivazioni:

- Istituzione di un gruppo di esperti (ASP, ASL, ONS) per individuazione delle ASL carenti di strutture e quindi non in grado di aumentare il ritmo degli inviti necessario a garantire una ipotetica adesione in media con il tasso nazionale.
- Promuovere un'associazione (consorzio) tra ASL per l'acquisto di Unità Mobili da poter utilizzare per raggiungere zone a bassa copertura. Le unità mobili potranno essere di tipo analogico e digitale in base a considerazioni fatte dal gruppo tecnico.
- Promuovere strategie per conoscere i determinanti della non adesione e modificare alcune componenti organizzative per aumentare l'adesione, tenendo conto che nella città di Roma l'adesione da cui si parte è più bassa che nel resto della regione.
- Realizzazione delle campagne informative per sensibilizzare le donne alla partecipazione.

Punti di forza e criticità nella realizzazione del piano:

I punti di forza sono:

- Coinvolgimento attivo delle ASL nella stesura dei piani attuativi secondo cronoprogrammi ben definiti negli obiettivi da raggiungere (completa estensione del programma sul territorio e aumento dell'adesione della popolazione target);
- Modulazione del progetto rispetto ai determinanti della non adesione al programma di screening (carenza di strutture, mancata comunicazione, scarsa conoscenza dei bisogni di salute della popolazione target).

I punti critici sono:

- La disponibilità dei fondi per l'acquisto del mezzo mobile, in accordo tra più ASL.



Titolo del progetto: Miglioramento della qualità e dell'efficienza dello screening citologico mediante la realizzazione di una rete di collegamento con il sistema centralizzato di lettura del pap-test e un'azione di retraining e informatizzazione del secondo livello colposcopico

Referente: dott.sa Alessandra Barca

Descrizione sintetica delle attività svolte e/o in corso di svolgimento:

Azione A

La situazione della citologia non è particolarmente frammentata, sebbene esista per alcune ASL una difficoltà nel coprire il volume di attività. Le risorse presenti sul territorio sarebbero in grado di sostenere gli screening e correttamente utilizzate.

E' stata condotta un'analisi sulle risorse strumentali necessarie a coprire un'ipotetica domanda.

In particolare, sottraendo dalla popolazione bersaglio regionale triennale la quota di popolazione relativa alle ASL autosufficienti e ipotizzando un'adesione al pap-test di screening del 40% dovrebbero essere letti circa 550.000 vetrini nel round temporale (triennio).

I tre strumenti FocalPointGS riuscirebbero, a pieno regime, a leggere circa 450.000 vetrini in tre anni (50.000 l'anno per ogni FocalPoint). Tenendo conto dei parametri minimi fissati per ogni centro di lettura (convenzionale o automatizzato), i rimanenti 100.000 vetrini potenzialmente prodotti nel round temporale non giustificano l'acquisto di un'ulteriore macchina, che lavorerebbe con carichi sub-ottimali.

Ben diversa è la situazione attuale nella regione Lazio, in cui sono presenti in tutto il territorio regionale 3 strumenti FocalPointGS e 6 centri di lettura convenzionale e dove a fronte di un'adesione regionale al primo passaggio di screening del 23% e di un'estensione del 50% vengono letti 170.000 vetrini nel round temporale (triennio). Dei 3 centri uno non lavora per i programmi di screening, gli altri due leggono un numero di vetrini ridotto. Altri centri di lettura con grandi volumi di attività sono presenti nella regione ma non partecipano ai programmi di screening.

I risultati ottenuti dai trial sull'utilizzo dell'HPV come test di screening primario, hanno portato a pianificare uno studio pilota per la sua introduzione. Gli stessi risultati hanno



evidenziato i limitati benefici della citologia in fase liquida, la cui introduzione deve essere motivata da forti necessità organizzative.

3 delle 6 ASL non autosufficienti hanno attivato convenzioni per la lettura centralizzata.

3 hanno cambiato il sistema informativo gestionale durante il 2006 in attuazione del PPA, portando a 7 su 12 il numero delle ASL con SI adeguato.

Sono state effettuate attività formative per l'introduzione del test HPV nello studio pilota e come triage.

Azione B

Sono state analizzate le criticità del flusso informativo e sono state effettuate site-visit da parte dell'ASP in ogni ASL per individuare i gli ostacoli nel flusso informativo e proporre soluzioni. Il secondo livello e l'istologia sono risultati i punti più difficili da inserire nel sistema gestionale informativo in modo corretto.

È emersa la necessità di recepire le modifiche alle linee guida dello screening citologico per quanto riguarda il triage con HPV e la nuova refertazione TBS2001. Per stabilire un protocollo condiviso sono stati attivati contatti con le società scientifiche.

Sono state individuate le possibili modifiche al sistema informativo per adottare il TBS2001 e per il triage con HPV.

Specificazione delle attività non avviate o non completate entro le date di fine previste dal cronoprogramma e relative motivazioni:

Azione A

Delle 6 ASL, 3 hanno centralizzato le letture, in 1 è in corso di riattivazione lo screening partito in via sperimentale, 1 ha un bassa estensione del programma e 1 ASL non ha mai attivato il programma di screening citologico. Questa attività è dunque in ritardo, ma implica un forte impegno di spesa da parte delle ASL e questo è un forte ostacolo.



Specificazione delle attività e/o traguardi eliminati o modificati rispetto a quelli indicati nel cronoprogramma iniziale e relative motivazioni:

Azione A

I recenti sviluppi sulla possibilità di utilizzare l'HPV nello screening, come triade dell'ASCUS, e delle LSIL oltre 35 anni, e in via sperimentale come test primario seguito da citologia come test di triade, hanno imposto una modifica nelle attività previste: la possibilità di introdurre nuove tecnologie non si limita alla lettura automatica ma anche all'utilizzo del molecolare.

I limitati benefici della citologia in fase liquida emersi dallo studio NTCC hanno portato a un approccio più prudente nella sua introduzione.

L'automazione della lettura è considerata equivalente, non superiore, a quella manuale, ma riduce i tempi. Dunque la Regione ha deciso di procedere verso l'automazione solo nella misura in cui sia necessario per supplire alla carenza di lettori.

L'analisi della situazione ha chiaramente messo in evidenza che non esiste un bisogno di nuove attrezzature nel breve periodo né di macchinari per la lettura automatica né di macchine per la lettura dei test HPV.

Azione B

Le modifiche al software gestionale centralizzato web potranno essere inserite ab origine visto il ritardo della sua messa a punto, non sarà fortunatamente più necessario rivedere la commessa. Per alcune ASL sarà comunque necessario apportare modifiche al loro software gestionale se non decidono di utilizzare quello web.

La formazione del personale non potrà più essere incentrata solo sugli operatori di II livello, dato che molte delle modifiche al protocollo coinvolgono in particolare l'organizzazione, le modalità di prelievo e la lettura citologica.

Il monitoraggio della performance dei colposcopisti verrà effettuato tramite la survey sul secondo livello GISCi, dunque l'attività viene inclusa nel monitoraggio del progetto.



Punti di forza e criticità nella realizzazione del piano:

Azione A

La principale carenza strutturale in quasi tutte le ASL attive è il sistema informativo e gestionale del programma. Punto di forza e possibile criticità del piano è la sua sinergia con il progetto del SI web, che potrebbe risolvere in parte questa carenza strutturale.

La nuova articolazione del piano permetterà alle ASL e alla regione di governare l'introduzione delle nuove tecnologie nello screening citologico. Le pressioni economiche da parte delle aziende produttrici e del mercato da una parte e le difficoltà di cassa delle ASL dall'altro rappresentano criticità.

Azione B

Il progetto permetterà di standardizzare il protocollo regionale secondo quanto detta le nuove linee guida nazionali ed europee.



Titolo del progetto: Attuazione dello screening per il cancro del colon retto con il test del sangue occulto fecale su popolazione a rischio generico.

Referente: dott.sa Alessandra Barca

Descrizione sintetica delle attività svolte e/o in corso di svolgimento:

Nell'ambito dell'attività di consolidamento del Progetto di Fattibilità dello screening rivolto a 300,000 cittadini (cfr. DGR 1740), sono stati attivati 9 centri di screening dislocati sul territorio di 8 delle 12 ASL del Lazio. Il coinvolgimento degli studi di Medicina Generale è stato avviato con successo in tutte e quattro le ASL fuori Roma.

Sono stati avviati molteplici interventi di formazione rivolti ai medici di medicina generale e agli operatori coinvolti nel programma di screening con lo scopo di illustrare il programma stesso e gli aspetti tecnici legati alla lettura del test di primo livello e all'utilizzo del software del sistema informativo.

Il programma è stato monitorato costantemente e sono stati prodotti dei report sui volumi di attività con periodicità trimestrale.

Le incongruenze nei dati inseriti nel sistema informativo e le difformità rispetto ai protocolli sono state segnalate e corrette.

Al fine di valutare la qualità del programma è stata costruita una griglia di valutazione per i centri di screening attivi e sono state effettuate delle site visit per comprendere meglio le difficoltà organizzative specifiche per ciascuna realtà. E' attualmente in fase di ultimazione il protocollo per l'avvio del II round di screening per i soggetti invitati da oltre 24 mesi.



Specificazione delle attività non avviate o non completate entro le date di fine previste dal cronoprogramma e relative motivazioni:

Il progetto iniziale prevedeva il raggiungimento del 50% di estensione dello screening a partire dal 20% della popolazione regionale già raggiunta con il progetto regionale denominato “Studio di Fattibilità del Programma di Screening del Cancro del Colon-Retto”. In realtà lo studio di fattibilità non è riuscito a coinvolgere la popolazione target prevista (300.000 persone) per diversi ordini di motivi:

1. Motivi organizzativi legati al mancato trasferimento dei finanziamenti previsti hanno contribuito a determinare un forte rallentamento nell'avvio di detto Studio di Fattibilità: non è stato, infatti, possibile procedere al cosiddetto adeguamento delle strutture (acquisizione di attrezzature e personale per le realtà più carenti) né garantire adeguata assistenza sugli analizzatori del test di I livello, sulla postalizzazione delle lettere di invito ed esito e sul software gestionale (tutte attività demandate al coordinamento regionale, cioè all'ASP).
2. La difficoltà nel coinvolgere i MMG nella modalità prevista dal PS.
3. La prevenzione non rientra negli obiettivi delle Aziende Ospedaliere e ciò ha reso difficile il trasferimento di responsabilità dalla ASL ai centri di gastroenterologia.
4. In alcuni casi le ASL, non avendo il compito di gestire gli inviti e avendo delegato la presa in carico del cittadino al centro di gastroenterologia, non hanno partecipato alla costruzione del programma.

Non avendo completato lo Studio di Fattibilità non si è ancora proceduto all'ampliamento dello screening.

Per lo studio di fattibilità la regione aveva stanziato fondi ad hoc atti a coprire attrezzature, test, inviti remunerazioni (MMG, centri di endoscopia, centri di chirurgia, coordinamento ASL). Sebbene l'erogazione dei fondi sia stata parziale e non abbia rispettato i tempi previsti, ha comunque incentivato l'attivazione dei centri. La prossima fase di implementazioni dei programmi non prevede fondi aggiuntivi ma, essendo LEA tale screening dovrebbe essere garantito con i fondi della quota capitolina. Il passaggio dal finanziamento aggiuntivo alla quota capitolina rappresenta una criticità che dovrà essere affrontata nei prossimi mesi.



Specificazione delle attività e/o traguardi eliminati o modificati rispetto a quelli indicati nel cronoprogramma iniziale e relative motivazioni:

Alcune realtà hanno completato l'arruolamento del target loro assegnato nell'ambito dello studio di fattibilità che altrove non è stato ancora avviato. Nell'evidente opportunità di non interrompere programmi di screening faticosamente avviati per attendere che ogni centro completi lo studio di fattibilità, si ritiene di dover procedere contemporaneamente all'estensione del programma per quei centri che hanno terminato lo studio e all'avvio e completamento dello studio per tutti gli altri.

Dei 21 centri individuati come parte del programma, soltanto 10 hanno completato le procedure di attivazione mentre dei medici di medicina generale solo il 10% ha iniziato ad arruolare i propri assistiti .

Date le premesse del paragrafo precedente e visto il mancato raggiungimento, nei tempi previsti, degli obiettivi dello Studio di Fattibilità, si manifesta l'esigenza di rivedere il modello organizzativo vigente in alcuni dei suoi elementi originari intervenendo, di conseguenza, sul cronoprogramma e sugli obiettivi del progetto di ampliamento.

Nell'ambito dello studio di fattibilità, coerentemente con quanto emerso dalla valutazione dei volumi di attività e dei dati raccolti direttamente presso i centri, potranno essere apportate alcune variazioni del protocollo iniziale, quelle già individuate sono:

- ☞ il trasferimento delle attività di lettura dei test di primo livello presso laboratori a analisi,
- ☞ l'inserimento di altri attori quali distretti e poliambulatori come soggetti adibiti alla distribuzione e alla raccolta dei test,
- ☞ diversi livelli di partecipazione dei MMG (e conseguente diversa remunerazione), dalla sola firma delle lettere di invito (senza distribuzione e ritiro), alla distribuzione dei test, al trasporto dei test presso il centro di lettura. In alcuni casi la refertazione potrà passare sotto la responsabilità dell'ASP.



Per quanto riguarda il Progetto di ampliamento (PPA) si procederà ad una parziale rimodulazione del Piano regionale al fine di garantire una migliore integrazione tra Aziende USL e Coordinamento.

In particolare è ipotizzabile una ridefinizione degli obiettivi e delle modalità di raggiungimento degli stessi che tenga conto di una maggiore autonomia delle singole Aziende USL (in particolar modo sugli impegni di spesa) e che preveda una indicazione più dettagliata del contributo di ogni Azienda al Piano Regionale.

Per l'anno 2007 si prevede il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

Attivazione di almeno 1 centro di Screening in ognuna delle 10 ASL della fase di fattibilità.

Definizione del protocollo operativo e attivazione in almeno una delle due ASL escluse dalla fase pilota.

Raggiungimento del 20% della popolazione target annuale 50-74 anni per 3 ASL con programma di screening già ora attivo.

Punti di forza e criticità nella realizzazione del piano:

Per il conseguimento degli obiettivi del piano è da considerarsi di fondamentale importanza la piena integrazione della medicina generale nel programma di screening dal momento che, come dimostrano tutte le esperienze condotte finora, solo l'arruolamento del soggetto target tramite il proprio medico di base garantisce un'elevata adesione. Il coordinamento dei MMG aderenti e centri di lettura dei test di screening, però, necessita un impegno costante della ASL, per la remunerazione dei MMG, per la raccolta dei test eseguiti, per garantire un inserimento costante dei dati attraverso il sistema informativo via web. Inoltre molti medici hanno dimostrato scarso interesse per il programma. Date queste criticità il nuovo modello organizzativo dovrà prevedere una maggiore elasticità nelle modalità e nei tempi di coinvolgimento dei MMG da parte delle ASL.

Il programma di screening a pieno regime comporterà un aumento di circa il 50% del numero di colonscopie effettuate prima dell'inizio dello screening nel Lazio. E' necessario dunque prevedere il coinvolgimento di tutte le migliori risorse di endoscopia digestiva della regione. Tali risorse si trovano negli Ospedali e per Roma soprattutto nelle Aziende



LAZIOSANITÀ - AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA



Regione Lazio

Ospedaliere, IRCCS, e policlinici Universitari. Questo comporta che le ASL devono stipulare accordi e prevedere protocolli condivisi con tali strutture.

Come sottolineato in precedenza, inoltre, saranno a carico delle singole ASL tutti gli oneri derivanti dal programma di screening.

Ogni altro elemento utile all'analisi e interpretazione dello stato dell'arte del piano:

Il progetto così rimodulato viene sottoposto al giudizio del Ministero.