

REGIONE PUGLIA

PIANO REGIONALE DELLA
PREVENZIONE

2005-2007

PROGETTO DI SCREENING DEL CARCINOMA

MAMMARIO: progetto esecutivo

SCREENING ONCOLOGICI

PREMESSA

L'intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 ha stabilito che entro il 30 giugno 2005 ogni Regione proceda all'adozione, con riferimento al triennio 2005-2007, di un Piano regionale per la realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale della prevenzione, coerentemente con il vigente Piano Sanitario Nazionale.

Gli ambiti del Piano Nazionale della prevenzione sono:

la prevenzione della patologia cardiovascolare, a sua volta suddivisa in:

- diffusione della carta del rischio
- prevenzione dell'obesità
- prevenzione delle complicanze del diabete
- prevenzione delle recidive

lo screening dei tumori

la prevenzione degli incidenti

il piano delle vaccinazioni.

Con DGR n 824 del 28 giugno 2005 la Regione Puglia ha provveduto ad adottare il proprio Piano Regionale della Prevenzione per il triennio 2005-2007 che, con particolare riferimento alla linea progettuale degli screening oncologici, ha individuato l'implementazione di tre programmi relativi ai seguenti ambiti disciplinari:

Screening del Carcinoma della Cervice Uterina

Screening del Carcinoma mammario

Screening del tumore colonrettale.

Il presente progetto esecutivo, redatto coerentemente alle indicazioni ed alle linee operative predisposte dal CCM, deve, dunque, intendersi quale adempimento successivo e necessario alla concreta attuazione degli interventi programmati secondo l'allegato cronoprogramma delle azioni e rispondente ai seguenti principi:

rispondere ai seguenti principi:

- Trasparenza e condivisione
- Competenza
- Discrezionalità
- Flessibilità
- Coerenza

Ciò premesso, qui di seguito si procede alla rielaborazione del Piano Regionale di Prevenzione in conformità alle indicazioni/osservazioni fornite dall'ONS nella fase istruttoria, in particolare individuando le azioni e le metodologie operative che si intende intraprendere ai fini di una compiuta attuazione dei suddetti programmi di screening.

PROGETTO DI ATTIVAZIONE DI UN PROGRAMMA DI SCREENING MAMMOGRAFICO DELLA REGIONE PUGLIA

(ai sensi della L. 138/2004 e dell'Intesa Stato-Regioni e Province Autonome del 23 Marzo 2005)

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

La Regione Puglia ha predisposto un programma di screening del carcinoma mammario che, alla luce della classificazione tipologica di cui al decreto del Ministero della Salute d'Intesa con le Regioni del 2 dicembre 2004, può sicuramente annoverarsi tra i **Progetti di Attivazione** e che risulta essere articolato in due sottoprogetti, così come di seguito descritti:

1.1 Sottoprogetto A

Si è ritenuto importante garantire continuità al progetto in corso "*Diagnosi Precoce del Carcinoma Mammario*", approvato dal Ministero della sanità, recepito con Delibera di Giunta Regionale n. 1509 del 19.11.1999 e finalizzato, in attuazione delle raccomandazioni contenute nelle linee guida elaborate dalla Commissione Oncologica Nazionale, alla attivazione di una rete di *Unità di Senologia Diagnostica, prima definite funzionali, (USD)* per la copertura diagnostica del territorio regionale. La rete è collegata al *Centro di Riferimento Regionale* con compiti di coordinamento e monitoraggio del programma, raccolta dati e verifica risultati, nonché di formazione ed aggiornamento continuativo del personale medico e paramedico coinvolto nel programma.

Questo programma prevede l'anticipazione diagnostica riservata alle donne nella fascia di età 40-49, con accesso spontaneo, erogazione di un pacchetto di prestazioni completo (visita senologica, ecografia e mammografia) ed immediata consegna del referto.

1.2. Sottoprogetto B

Nell'ottica di potenziare le azioni già in corso, la Regione Puglia prevede di attivare un programma di screening, nel rispetto delle linee guida elaborate dal CCM.

Pertanto, si avvia un percorso classico di screening per le donne della fascia di età tra i 50-69 anni, reclutate con invito diretto e sottoposte a esame mammografico in doppia proiezione con refertazione differita e richiamo per approfondimenti in caso di esito positivo.

In tale ottica, si predispone un sistema di arruolamento della popolazione bersaglio per chiamata individuale diretta, a garanzia della massima adesione possibile al programma di screening, che si ipotizza possa attestarsi sul 55% di risposta attiva (media derivante dalla compliance riportata dalle pubblicazioni dell'osservatorio epidemiologico e dalla GISM).

Calcolando la popolazione bersaglio pari a 462.724, nei tre anni si prevede l'arruolamento di circa 154.000 donne per anno. In considerazione della media di compliance che si registra attraverso la metodologia dell'invito diretto, che, si attesta intorno al 55% della popolazione chiamata, si ipotizza un afflusso per USD pari ad

85.000 donne, nel corso del primo e del secondo anno, ed un afflusso raddoppiato (170.000) nell'ultimo anno, in relazione alla esigenza di richiamare le donne già invitate nel corso del primo anno, considerata la cadenza biennale del test di controllo.

I carichi di lavoro, così definiti, tengono conto di una prima fase di avviamento, durante la quale che consentirà il terzo anno di sviluppare la piena capacità erogativa delle USD periferiche.

1.3. Struttura organizzativa territoriale

Per l'attuazione del programma di screening mammografico, così come articolato nei due sottoprogetti di cui sopra, è stata individuata una unica struttura organizzativa regionale articolata su molteplici e differenti livelli territoriali di intervento, come di seguito esplicitati:

- ⇒ a livello regionale, il Comitato Tecnico-Scientifico di Coordinamento svolge la funzione di centro di coordinamento regionale con compiti di monitoraggio del programma, raccolta dati e verifica risultati, nonché formazione ed aggiornamento continuativo del personale medico e paramedico coinvolto nel programma;
- ⇒ a livello aziendale, le Unità Aziendali di Progetto (UAP) hanno il compito di assicurare le attività previste nei progetti attuativi, sulla scorta delle indicazioni regionali, coordinando e sovrintendendo alle attività delle singole USD;
- ⇒ Sul territorio, si calcola di impegnare circa 45 strutture di senologia diagnostica (USD) che garantiscono, oltre alle attività di screening (mammografia in doppia proiezione), gli approfondimenti relativi alla visita senologica, alla ecografia ed alla citologia (I° e II° livello di approfondimento diagnostico). Di queste 45 strutture, 5 sono in grado di garantire prestazioni di III° livello di approfondimento diagnostico e, in considerazione della realtà organizzativa esclusivamente dedicata alla attività di diagnosi senologica, costituiscono riferimento per le altre unità relativamente a tutte le prestazioni che non fossero in grado di erogare negli standard qualitativi previsti.

Le 5 USD sono: Servizio Autonomo di Radiologia ad Indirizzo Senologico (SARIS) c/o AO Policlinico Bari, IRCCS Oncologico di Bari e le USD site presso l'Ospedale Vito Fazzi - **Lecce**, l'Ospedale Perrino - **Brindisi** ed Ospedale San Paolo - **Bari**.

La ripartizione dei carichi di lavoro avverrà con le seguenti modalità:

- Le USD di I° e II° livello di approfondimento diagnostico, impegnano il 70% della propria attività per la realizzazione del programma di screening mammografico di cui al sottoprogetto B e rivolto alle donne di età compresa tra i 50-69; il 30% è destinato al compimento delle attività diagnostiche di cui al sottoprogetto A, rivolto alle donne di età compresa 40-49;
- Le 5 USD di III° livello di approfondimento diagnostico impegnano il 50% della propria attività all'implementazione del programma di screening mammografico (sottoprogetto B), il 30% alla anticipazione diagnostica di cui al sottoprogetto A ed il 20% agli approfondimenti diagnostici specifici per le strutture di III° livello.

Con riferimento all'osservazione fatta in sede di istruttoria dal CCM si precisa che: Il Piano, tenendo conto della realtà di diagnostica senologica della Puglia, nella quale oltre allo screening classico si attua anche un programma di anticipazione diagnostica sulle donne in fascia di età compresa tra 40-49 anni, contempla carichi di lavoro diversi da quelli suggeriti dalla letteratura. Pertanto il numero di centri impegnati nell'attività di screening e nel programma di anticipazione diagnostica, risulta essere congruo rispetto agli obiettivi del programma regionale.

Al centro SARIS viene affidato il compito di predisporre ed attuare il programma formativo regionale.

1.4. Popolazione bersaglio

La popolazione bersaglio è quella ricompresa nella fascia di età 50-69 anni, pari a 462.724 unità. Tale numero complessivo è suddiviso in tre quote annuali da invitarsi attivamente nei tre anni del Piano di Prevenzione.

Inoltre a tutte le donne ricomprese nella fascia di età 40-49 anni, che possono accedere spontaneamente, è offerto il pacchetto di prestazioni previsto dal progetto regionale "Diagnosi Precoce del Carcinoma Mammario".

Sottoprogetto B: Screening del Carcinoma Mammario

1) DESCRIZIONE DEL PIANO DI IMPLEMENTAZIONE TRIENNALE DEL PROGRAMMA

Si fa presente che si è proceduto alla descrizione unitaria del piano di implementazione triennale del programma sul presupposto che l'andamento temporale delle azioni da porre in essere nei tre anni debba essere valida per entrambi i sottoprogetti, fermo restando la esclusione di quei punti che risultano incompatibili con l'attuazione di ciascun singolo sottoprogetto.

1.1. Definizione della struttura organizzativa dedicata alla implementazione del programma di screening mammografico.

1.1.1. Comitato Tecnico-Scientifico di Coordinamento

1.1.2. Unità Aziendale di progetto

1.1.3. Unità di Senologia Diagnostica

1.1.4. Messa in rete delle Unità

1.2. Censimento delle risorse strumentali e di personale delle strutture deputate all'erogazione delle prestazioni previste dal programma.

1.3. Definizione dei carichi di lavoro in relazione alla complessità della struttura

1.3.1 Definizione del piano attuativo aziendale

1.4. Definizione del piano di formazione del personale

(il piano di formazione del personale è stato già definito dal SARIS nell'ambito del precedente progetto approvato dal Ministero della Salute. Si provvederà all'aggiornamento e integrazione del su citato piano)

1.5. Realizzazione del piano di formazione del personale

(Il piano di Formazione è stato già realizzato dal SARIS con riferimento ai Tecnici di Radiologia e medici specialisti radiologi che operano nelle USD di I° e II° livello. Sarà prevista una riedizione del piano di formazione rivolto agli operatori reclutati per la prima volta nonché l'aggiornamento degli operatori già formati.)

1.6. Campagna informativa

1.6.1. Definizione del piano di comunicazione

1.6.2. Lettera ai MMG

1.6.3. Diffusione divulgazione della cultura della prevenzione

1.6.4. Opuscoli informativi negli studi medici, consultori, Dipartimenti di Prevenzione

1.6.5. Attivazione dell'Unità di mammografia mobile

1.7. Acquisizione di software dedicato alla gestione informatizzata del programma di screening

1.7.1. Predisposizione del software

1.7.2. Confronto con altre realtà

1.7.3. Adempimenti amministrativi relativi all'acquisizione del software

1.8. Pianificazione informatizzata dell'attività di reclutamento

1.8.1. Reclutamento

1.9. Informatizzazione degli strumenti di gestione dell'accettazione delle pazienti in adesione volontaria.

1.10. Definizione degli indicatori accesso, processo e risultato i del programma di screening

1.10.1. Indicatori 1° anno

1.10.2. Indicatori 2° anno

1.10.3. Indicatori 3° anno

1.11. Controllo, valutazione e monitoraggio delle attività di screening

1.11.1. Analisi degli indicatori di accesso

1.11.2. Analisi degli indicatori di processo

1.11.3. Analisi degli indicatori di risultato

1.12. Definizione degli indicatori accesso, processo e risultato del programma di diagnosi precoce .

1.12.1. Indicatori 1°anno

1.12.2. Indicatori 2°anno

1.12.3. Indicatori 3°anno

1.13. Controllo, valutazione e monitoraggio delle attività del programma di diagnosi precoce.

1.13.1. Analisi degli indicatori di accesso

1.13.2. Analisi degli indicatori di processo

1.13.3. Analisi degli indicatori di risultato

1.14. Studio Pilota

L'attivazione del programma di screening mammario ha inizio con l'avvio di uno studio pilota da condurre sul territorio della Azienda UsI Ba/5, al fine di testare le pianificate strategie di intervento che saranno, successivamente, estese a tutto il territorio regionale.

2) IDENTIFICAZIONE DEL CENTRO DI COORDINAMENTO DEL PROGETTO REGIONALE:

2.1. COSTITUZIONE DEL COORDINAMENTO REGIONALE: La Regione, con determinazione dirigenziale, provvede alla nomina dei membri del Comitato Tecnico-Scientifico di Coordinamento individuando quali componenti effettivi:

- 1- Un rappresentante dell'Assessorato;
- 2- Un rappresentante dell'ARES;
- 3- Un rappresentante dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale;
- 4- Il Prof. Enzo Lattanzio – Responsabile del SARIS (Servizio autonomo di Radiologia ad Indirizzo Senologico), con funzioni di coordinamento;
- 5- 1 rappresentante della Società scientifica SIRM (Società Italiana di Radiologia Medica);
- 6- Il direttore del dipartimento di diagnostica per immagini o dirigente responsabile del Servizio di diagnostica per immagini di ciascuna Azienda UsI del territorio regionale;
- 7- Un anatomo-patologo

3) DEFINIZIONE E DESCRIZIONE DELL'ORGANIZZAZIONE TERRITORIALE DEL PROGRAMMA DI SCREENING:

3.1. COSTITUZIONE A LIVELLO PERIFERICO DELLE UNITÀ AZIENDALI DI PROGETTO (UAP): Ogni Azienda USL provvede, con proprio atto deliberativo, alla costituzione, nell'ambito del proprio territorio di competenza (nella Regione Puglia sono definiti 12 ambiti territoriali), dell'Unità Aziendale di Progetto (UAP), formata dal Direttore del Dipartimento di Prevenzione, un medico in rappresentanza dei distretti, e il direttore del dipartimento di diagnostica per immagini o il dirigente responsabile del Servizio di diagnostica per immagini.

3.2. COSTITUZIONE A LIVELLO PERIFERICO DELLE UNITÀ DI SENOLOGIA DIAGNOSTICA (USD): la rete regionale è costituita da 45 strutture pubbliche senologiche (USD) in grado di erogare prestazioni di diagnostica senologica di diversa complessità in base al livello di approfondimento diagnostico

3.3. ATTIVAZIONE DEL COLLEGAMENTO IN RETE CON IL COMITATO TECNICO-SCIENTIFICO REGIONALE: le Unità Aziendali di Progetto (UAP) e le USD devono mettersi in rete, dandone formalizzazione in apposito documento di intenti, con il Comitato Tecnico-Scientifico di Coordinamento Regionale, al fine di garantire il trasferimento delle informazioni necessarie per la valutazione/monitoraggio del programma di screening.

3.4. FUNZIONAMENTO: Il Comitato Tecnico-Scientifico di Coordinamento Regionale, in rete con le Unità Aziendali di Progetto (UAP) coordina e verifica l'attuazione delle attività del programma;

3.4.1. RELAZIONE SULL'ANDAMENTO DELLE ATTIVITÀ : Trimestralmente le Unità Aziendali di Progetto (UAP) inviano al Comitato Tecnico-Scientifico di Coordinamento Regionale una relazione sull'andamento delle attività espletate nell'ambito dei rispettivi territori distrettuali, secondo un set di indicatori di processo fissati dal Comitato Tecnico-Scientifico di Coordinamento, al fine di assicurare l'operatività del programma di screening mammografico regionale.

3.4.2 FLUSSO INFORMATIVO : le USD, quotidianamente, immettono i dati nel Sistema informativo secondo i campi richiesti dal programma software di gestione rendendo così, tali informazioni, immediatamente fruibili, in rete, da parte sia della UAP che del Comitato Tecnico-Scientifico di Coordinamento.

4) * IDENTIFICAZIONE DELLE STRUTTURE DOVE VENGONO ESEGUITI I TEST DI SCREENING E DEI CRITERI UTILIZZATI PER L'ESECUZIONE DEL TEST.

4.1. CENSIMENTO DELLE STRUTTURE IDONEE: il Comitato Tecnico-Scientifico di Coordinamento Regionale provvede ad effettuare il censimento delle strutture idonee, per risorse umane e strumentali, alla realizzazione del programma.

4.2. CONFORMITÀ AI CRITERI INDICATI PER L'ESECUZIONE DEL TEST: il Comitato Tecnico-Scientifico di Coordinamento Regionale garantisce, altresì, che le attività poste in essere dalle strutture diagnostiche individuate per l'esecuzione dei test siano conformi ai seguenti criteri:

- a) Effettuazione di esame mammografico in due proiezioni (obliqua e cranio caudale). L'esame viene effettuato in una o due proiezioni ai passaggi successivi, a giudizio del radiologo, tenendo conto anche della densità radiologica del seno.
- b) Lettura effettuata in doppio da due radiologi al primo passaggio.
- c) Richiamo per approfondimento, presso lo stesso Centro di lettura, di tutti i casi nelle seguenti condizioni:
 - I. presenza di una anomalia mammografica con dubbio o sospetto per carcinoma mammario;
 - II. presenza di sintomi riferiti dalla paziente per esame mammografico, quali tumefazione, secrezione ematica o siero ematica, alterazione della cute o del capezzolo;
 - III. esame non riuscito per motivi tecnici.
- d) controlli fisico-radiologici e di performance medico radiologica previsti dal protocollo europeo.

Al fine di garantire quanto sopra descritto, il Comitato Tecnico-Scientifico di Coordinamento Regionale provvede alla:

4.2.1. REDAZIONE DI LINEE GUIDA per la gestione dei processi applicabili da ogni singola USD

4.2.2. COMUNICAZIONE E CONDIVISIONE, con le UAP , in fase di implementazione del progetto, delle modalità individuate nelle stesse linee guida attraverso una formale consensus.

4.3. COINVOLGIMENTO DEI CENTRI NON TERRITORIALI: al fine di garantire la funzionalità del programma di prevenzione del carcinoma mammario, come risultante dall'attuazione del sottoprogetto A e sottoprogetto B, la UAP afferente l'Azienda Usl BA/4 e quella afferente l'Azienda USL FG/3 provvedono a definire protocolli di intesa con i centri ospedalieri, situati sul proprio territorio di competenza,

***NOTA BENE: Le 45 strutture della regione Puglia svolgono tutte le medesime funzioni di cui ai punti 4 e 5.**

5) *IDENTIFICAZIONE DELLE STRUTTURE DOVE VENGONO ESEGUITI GLI APPROFONDIMENTI DIAGNOSTICI E DEI CRITERI UTILIZZATI PER L'ESECUZIONE DEGLI APPROFONDIMENTI DIAGNOSTICI.

5.1. CENSIMENTO DELLE STRUTTURE IDONEE: il Comitato Tecnico-Scientifico di Coordinamento Regionale provvede ad effettuare il censimento delle strutture idonee, per risorse umane e strumentali, alla effettuazione degli approfondimenti diagnostici previsti dallo screening.

5.2. CONFORMITÀ AI CRITERI INDICATI PER L'ESECUZIONE DEL TEST: il Comitato Tecnico-Scientifico di Coordinamento Regionale garantisce, altresì, che le attività poste in essere dalle strutture diagnostiche individuate per l'esecuzione dei test siano conformi ai seguenti criteri:

- capacità di effettuare tutte le indagini necessarie durante la stessa seduta di richiamo (esame clinico eventuali mammogrammi integrativi, ecografia, eventuale prelievo con ago sottile, sotto guida manuale e ecografia);
- eventuale prelievo con ago sotto guida stereotassica, anche in seduta differita;
- comunicazione delle conclusioni diagnostiche alla donna con risposta scritta, in copia per il medico curante, con riferimento agli approfondimenti effettuati;
- registrazione su apposita scheda degli approfondimenti effettuati con la diagnosi per ciascun esame codificata in categorie diagnostiche (negativo, benigno, dubbio, sospetto, positivo, non valutabile) e le conclusioni finali: controllo a due anni, biopsia chirurgica, altro.

Al fine di garantire quanto sopra descritto, il Comitato Tecnico-Scientifico di Coordinamento Regionale provvede alla:

5.2.1. REDAZIONE DI LINEE GUIDA per gestione dei processi applicabili da ogni singola USD

5.2.2. COMUNICAZIONE E CONDIVISIONE, , con le UAP, in fase di implementazione del progetto, delle modalità individuate nelle stesse linee guida attraverso una formale consensus.

5.3. COINVOLGIMENTO DEI CENTRI NON TERRITORIALI: al fine di garantire la funzionalità del programma di prevenzione del carcinoma mammario, come risultante dall'attuazione del sottoprogetto A e sottoprogetto B, la UAP afferente l'Azienda Usl BA/4 e quella

affidente l'Azienda USL FG/3 provvedono a definire protocolli di intesa con i centri ospedalieri, situati sul proprio territorio di competenza,

***NOTA BENE : Le 45 strutture della regione Puglia svolgono tutte le medesime funzioni di cui ai punti 4 e 5.**

6) DEFINIZIONE DEL PIANO DI FORMAZIONE DEL PERSONALE

Il Comitato Tecnico-Scientifico di Coordinamento regionale redige il piano di formazione del personale coerentemente con l'obiettivo di garantire omogeneità di performance professionali e quindi comparabilità dei dati.

In particolare è previsto:

6.1. PIANO FORMATIVO: per ogni figura professionale, un corso generale sullo screening mammografico e sull'utilizzo del software di gestione;

6.1.1 FORMAZIONE TEORICA MEDICI RADIOLOGI 80 ORE: mirata a fornire idonee basi di anatomia, fisiologia e patologia dell'organo mammario oltrechè di epidemiologia, fisica e densitometria. Tale programma di formazione sarà accreditato come evento ECM.

6.1.2 FORMAZIONE PRATICA MEDICI RADIOLOGI: dedicata alla diagnostica integrata alle procedure interventistiche ed alle problematiche di gestione; di durata variabile in considerazione delle diverse esigenze formative.

6.1.3 FORMAZIONE CONTINUATIVA MEDICI RADIOLOGI: almeno 20 ore l'anno in mammografia e diagnostica senologica

6.1.4 FORMAZIONE TEORICA TECNICI DI RADIOLOGIA MEDICA: almeno 20 ore, mirata a fornire idonee basi di anatomia, fisica e densitometria.

6.1.5 FORMAZIONE PRATICA TECNICI DI RADIOLOGIA MEDICA: affiancamento e tutoraggio presso il Centro di Riferimento Regionale (SARIS).

6.1.6 FORMAZIONE CONTINUATIVA TECNICI DI RADIOLOGIA MEDICA: almeno 20 ore l'anno in mammografia e diagnostica senologica

6.1.7 FORMAZIONE TEORICA INFERMIERI almeno 10 ore mirata a fornire idonee basi di anatomia, fisiologia e patologia dell'organo mammario.

6.1.8 FORMAZIONE PRATICA INFERMIERI: affiancamento e tutoraggio presso il Centro di Riferimento Regionale (SARIS).

6.1.9 FORMAZIONE CONTINUATIVA INFERMIERI : almeno 5 ore all'anno in mammografia e diagnostica senologica

6.1.10 SEMINARI MONOTEMATICI, INCONTRI CON I MMG, ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO PER MEDICI TECNICI ED INFERMIERI:

6.1.11 FORMAZIONE PER MEDICI, TECNICI ED INFERMIERI (SOFTWARE): Corso pratico all'utilizzo del software gestionale SENOLAB.

7) ATTIVITÀ DI DIVULGAZIONE DELL'INIZIATIVA A CARATTERE INFORMATIVO

Il presente intervento troverà attuazione concreta mediante differenti modalità operative, da portare avanti congiuntamente e comunque in modo particolare durante le fasi iniziali della realizzazione del progetto.

7.1. PREDISPOSIZIONE DEL MATERIALE INFORMATIVO PER IL MEDICO DI MMG: il Comitato Tecnico-Scientifico di Coordinamento regionale predispone il modello di lettera da inviare, a cura delle singole UAP, ai medici di MMG (primo referente delle pazienti partecipanti al progetto), al fine di consentire a questi ultimi di svolgere funzione di anello di congiunzione tra donna e servizi di diagnostica sul territorio. La lettera dovrà chiaramente illustrare il protocollo di screening, le metodologie di reclutamento ed i livelli di approfondimento delle indagini nonché gli elementi distintivi rispetto al programma di anticipazione diagnostica riservato alle donne 40-49 del quale, pure, verrà data dettagliata informazione .

7.2. INFORMATIVA PER L'UTENTE: il Comitato Tecnico-Scientifico di Coordinamento regionale predispone un piano di comunicazione, da attuare attraverso l'utilizzo dei tradizionali canali divulgativi (stampa, televisione, radio) ed il coinvolgimento delle associazioni di volontariato; tale piano evidenzierà, in relazione all'attivazione di un programma di screening tradizionale che si discosta dalla metodologia di anticipazione diagnostica attuata nella Regione, i vantaggi della gratuità del servizio offerto e della estensione della copertura diagnostica garantita, sottolineando il passaggio da un metodo di accesso spontaneo ad un sistema di invito personalizzato da ricevere al proprio domicilio.

7.3. CAMPAGNA DI DIFFUSIONE E DI PROMOZIONE DELLA CULTURA DI PREVENZIONE: il Comitato Tecnico-Scientifico di Coordinamento regionale provvede alla predisposizione di materiale informativo destinato agli ambulatori dei MMG, ai Consultori ed ai Dipartimenti di Prevenzione, al fine della diffusione promozione della cultura della prevenzione del carcinoma mammario, e, appena confermata la messa a disposizione di risorse , procede alla attivazione dell'unità mobile di mammografia

8) DEFINIZIONE DELLE MODALITÀ DI SELEZIONE E DI INVITO DELLA POPOLAZIONE BERSAGLIO.

LA UAP procede a selezionare le donne da invitare tenendo conto dello storico esistente in questa regione. Pertanto, deve effettuare le seguenti azioni:

8.1. DEFINIZIONE DELLA POPOLAZIONE BERSAGLIO: la UAP elabora gli elenchi delle donne da invitare estrapolando dall'anagrafica il numero complessivo di quelle della fascia di età 50-69.

8.2. DEFINIZIONE DELLA MODALITÀ DI RECLUTAMENTO: la UAP, in relazione al numero complessivo di donne così come definite al punto 8.1, procede ad inoltrare l'invito a tutte le donne asintomatiche suddividendo il campione in 10 classi d'età individuate con passo a due a partire dalle donne di 50 anni (50;52;54.....64;66;68), includendo - solamente per il primo reclutamento - le donne di 69 anni che altrimenti rimarrebbero escluse, in modo da coprire tutto l'intervallo previsto dallo screening (50-69).

8.3. PIANIFICAZIONE DEL RECLUTAMENTO: Nell'ambito delle procedure, così come definite al punto 8.2., la UAP procede alla calendarizzazione degli inviti in ordine alfabetico,

definisce tempi e modalità di recupero delle non rispondenti (coinvolgimento dei MMG ed invio sollecito) e provvede a strutturare e riportare dette informazioni in apposito registro. La UAP, laddove lo ritenga più funzionale al successo del reclutamento, può prevedere modalità d'invito diverse da quelle in ordine alfabetico.(es.: invito di un gruppo di donne residenti nello stesso quartiere)

8.4. PREDISPOSIZIONE DELL'INVITO: la UAP redige un modello di lettera di invito che, sulla base degli indirizzi definiti dal Comitato Tecnico-Scientifico di Coordinamento Regionale, spiega brevemente ma in modo chiaro ed inequivocabile alla donna ricevente quanto segue:

1. Che cosa è il programma di screening

2. In che modalità è stato pianificato il reclutamento, che giustifica l'invito;

Inoltre la lettera deve spiegare alla donna che non deve presentarsi presso la USD indicata nell'invito, qualora rientri tra quei soggetti che abbiano già subito trattamento per pregressa patologia neoplastica o abbiano effettuato esame mammografico nei 12 mesi precedenti la data fissata per la visita e che, al momento del sollecito telefonico (che è automatico per tutte le non rispondenti), saranno invitate a giustificare la non risposta al reclutamento in modo che l'operatore della UAP, in relazione alla situazione del caso possa informare la donna sui percorsi successivi ossia:

- o **Esclusione** totale dallo screening per le donne in precedenza già sottoposte a trattamento per pregressa patologia neoplastica.
- o **Inclusione** nel programma di screening, con data da concordare.

8.5 RECLUTAMENTO : facendo riferimento alla calendarizzazione di cui al punto 8.3 della presente azione, la UAP procede all'invio degli inviti al domicilio delle donne ed al fine di monitorare la procedura di reclutamento (eventuale recupero delle non rispondenti), provvede a riportare la data di effettiva spedizione sul registro di cui al citato punto 8.3.

8.6 PROCEDURA PER LA GESTIONE DEL RICHIAMO: Il Comitato Tecnico-Scientifico di Coordinamento Regionale elabora un modello standard ad uso di tutti gli operatori delle UAP, da utilizzarsi al momento del richiamo telefonico della donna non rispondente in modo da raccogliere un pacchetto di informazioni necessarie sia alla **esclusione** delle donne sintomatiche sia alla **riplanificazione** del calendario di chiamata che alla **sensibilizzazione** di quelle donne che, per motivazioni di varia natura, non rispondono e resterebbe escluse senza una valida ragione.

9) INDIVIDUAZIONE DI UN CENTRO CHE SVOLGA FUNZIONI DI GESTIONE DEGLI INVITI.

Il Direttore Generale di ciascuna Azienda Sanitaria formalizza mediante atto deliberativo il conferimento di incarico alla Unità aziendale di progetto affinché quest'ultima gestisca il reclutamento delle donne per invito.

10) ACQUISIZIONE DEL SOFTWARE PER LA GESTIONE INFORMATIZZATA DEL PROGRAMMA DI SCREENING.

La Regione Puglia è dotata di un software web-based realizzato per le programmazione delle attività relative al sottoprogetto A) e che sarà implementato per la gestione del programma di screening relativo al sottoprogetto B)

11) DESCRIZIONE DELLE MODALITÀ DI VALUTAZIONE/MONITORAGGIO DEL FUNZIONAMENTO DEL PROGRAMMA DI SCREENING.

11.1. RACCOLTA DATI: il Comitato Tecnico-Scientifico di Coordinamento regionale mediante il programma di software provvede a raccogliere i dati inviati dalle singole UAP.

I dati inviati dovranno fare riferimento ai seguenti indicatori:

- Estensione del programma rispetto alla popolazione bersaglio
- % di adesione all'invito
- % di donne chiamate ad approfondimento
- % di donne richiamate per motivi tecnici
- % di donne che effettua esami di approfondimento
- % di donne inviate ad intervento chirurgico
- Tasso di identificazione suddiviso per classi di età
- Tasso di identificazione di tumori inferiori o uguali a 10mm
- % di tumori in situ
- Rapporto lesioni benigne e maligne
- Tempi di attesa test positivo-approfondimento
- Tempi di attesa fra raccomandazioni all'intervento chirurgico-esecuzione dell'intervento chirurgico

11.2. DEFINIZIONE DEGLI STANDARD :il Comitato Tecnico-Scientifico di Coordinamento regionale definisce gli standard, che formalizza in apposito documento operativo gestionale, per la valutazione degli indicatori di accesso, processo ed esito.

11.3. REPORT PERIODICI: ogni sei mesi il Comitato Tecnico-Scientifico di Coordinamento regionale elabora i dati pervenuti in forma di tabelle e qualora possibile in istogrammi o grafici funzionali alla migliore possibile interpretazione del dato e ne invia rapporto alle UAP.

12) PROGETTO PILOTA

STUDIO PILOTA

L'implementazione del programma di screening mammario ha inizio con l'attivazione di uno studio pilota, al fine di testare le pianificate strategie di intervento che saranno, successivamente, estese a tutto il territorio regionale.

Il progetto pilota interesserà il territorio dell'Azienda sanitaria della Ba/5 che può contare sull'apporto professionale di 3 medici radiologi e di 6 Trsm.

Nel rispetto degli interventi, delle azioni e delle procedure individuate per l'attuazione del progetto di screening mammografico, definita la struttura organizzativa e relativi compiti della Unità Aziendale di Progetto (UAP), individuate le Unità di Senologia Diagnostica (USD), l'Azienda USL BA/5 procede ad attivare lo studio pilota secondo le modalità ed i tempi di seguito indicati.

Il progetto pilota si svolgerà in due fasi. La prima, di durata pari a tre mesi, sarà finalizzata alla selezione ed all'invito della popolazione bersaglio nonché alla divulgazione del

programma di screening ed alla sensibilizzazione all'iniziativa. La seconda, di durata pari a sei mesi, volta al completamento dell'attività di screening relativamente alla popolazione di donne individuata per la prima annualità e pari a 14.000 unità circa.

Al fine di consentire il monitoraggio dell'esperienza pilota, L'Unità aziendale di progetto della Azienda sanitaria BA/5 provvederà a rendicontare

- o entro fine giugno 2006, sull'attività svolta nella prima fase di attuazione del progetto
- o entro il 30 settembre 2006, sullo stato di avanzamento del progetto
- o entro il 31 dicembre 2006, sull'intera attività svolta a conclusione del progetto pilota.

I FASE

Durante la prima fase l'Unità Aziendale di Progetto della Azienda sanitaria BA/5 provvederà ad elaborare la lista di pazienti da sottoporre a screening selezionando dall'anagrafica le donne in fascia d'età 50-69 anni.

Si stima che l'intera popolazione bersaglio tra i 50 e i 69 anni insistente sul territorio dell'Azienda sanitaria BA/5 ammonti a circa 27.797 donne.

L'invito verrà rivolto a tutte le donne asintomatiche appartenenti a 10 classi d'età individuate con passo a due a partire dalle donne di 50 anni (50;52;54.....64;66;68), includendo -solamente per il primo reclutamento- le donne di 69 anni che altrimenti rimarrebbero escluse, in modo da coprire tutto l'intervallo previsto dallo screening (50-69) per un campione di circa 14.000 soggetti. Si prevede di invitare entro il 30 giugno 2006, almeno il 50% di tale popolazione bersaglio.

Verranno esclusi definitivamente dallo screening i soggetti già trattati per pregressa patologia neoplastica mammaria. I soggetti che abbiano sostenuto un esame mammografico nei 12 mesi precedenti la chiamata, saranno invitati a farlo presente alla UAP della ASL di riferimento, con le modalità così come specificate al punto 8.4., per concordare l'arruolamento nel programma di screening.

In tale fase, infine, verrà organizzata e condotta sul territorio una idonea campagna informativa avvalendosi dell'aiuto delle associazioni di volontariato e della collaborazione dei medici di medicina generale.

II FASE

Nella seconda fase del progetto si procederà a completare l'attività di screening pianificata in attuazione dello studio pilota.

A tal fine, si individuano i seguenti carichi di lavoro:

- o per i primi inviti, minimo 30 mammografie al giorno;
- o per i solleciti, minimo 10 mammografie al giorno (si ricorda che la paziente viene invitata almeno due volte e solo dopo che il secondo invito telefonico è andato deserto, sia per disinteresse che per ragioni imputabili ai motivi specificati al punto precedente, si considera non presentata quindi esclusa);
- o Una seduta per gli approfondimenti diagnostici

Nel corso del progetto pilota tutti i casi che necessiteranno di approfondimento diagnostico di III livello verranno inviati al SARIS.

Infine in tale fase, verrà effettuato, a cura del SARIS di Bari, un corso di formazione di 20 ore per i radiologi senologi della AUSL Ba/5 e 10 ore per i Trsm.

13) RENDICONTAZIONE ANNUALE

13.1. I RAPPORTO: a fine 2007 il Comitato Tecnico-Scientifico di Coordinamento regionale provvede a dare evidenza delle attività realizzate e dei risultati raggiunti - come di seguito indicati- con riferimento alla prima annualità di attivazione del programma (giugno 2006-giugno 2007), nonché -ove possibile- anche di quella espletata fino al momento di tale rendicontazione.

Inviti mandati pari almeno al 50% della popolazione bersaglio.

13.2. Il RAPPORTO: a luglio 2008 il Comitato Tecnico-Scientifico di Coordinamento regionale provvede a dare evidenza delle attività realizzate e dei risultati raggiunti con riferimento alla seconda annualità di attivazione del programma (giugno 2007-giugno 2008).

Inviti mandati pari almeno al 75% della popolazione bersaglio.

13.3. RENDICONTAZIONE FINALE: il Comitato Tecnico-Scientifico di Coordinamento regionale provvede a dare evidenza delle attività realizzate e dei risultati raggiunti in attuazione dell'intero programma di screening mammografico.

Inviti mandati pari almeno al 100% della popolazione bersaglio.

Sottoprogetto A : Diagnosi Precoce del Carcinoma Mammario

1) DESCRIZIONE DEL PIANO DI IMPLEMENTAZIONE TRIENNALE DEL PROGRAMMA

VEDERE SOTTOPROGETTO B

2) IDENTIFICAZIONE DEL CENTRO DI COORDINAMENTO DEL PROGETTO REGIONALE:

VEDERE SOTTOPROGETTO B

3) DEFINIZIONE E DESCRIZIONE DELL'ORGANIZZAZIONE TERRITORIALE DEL PROGRAMMA DI SCREENING:

VEDERE SOTTOPROGETTO B

4) IDENTIFICAZIONE DELLE STRUTTURE DOVE VENGONO ESEGUITI I TEST DI SCREENING E DEI CRITERI UTILIZZATI PER L'ESECUZIONE DEL TEST.

4.1. CENSIMENTO DELLE STRUTTURE IDONEE: come sopra.

4.2. CONFORMITÀ AI CRITERI INDICATI PER L'ESECUZIONE DEL TEST: il Comitato Tecnico-Scientifico di Coordinamento Regionale, in relazione al protocollo di *Diagnosi precoce del carcinoma mammario* previsto per le donne di età compresa tra i 40-49 anni, garantisce l'accurata esecuzione delle indagini da espletarsi durante la stessa seduta nelle seguenti modalità:

- e) esame mammografico effettuato in due proiezioni (obliqua e cranio caudale). L'esame viene effettuato in una o due proiezioni ai passaggi successivi, a giudizio del radiologo, tenendo conto anche della densità radiologica del seno. Lettura effettuata in doppio da due radiologi al primo passaggio.
- f) Visita senologica.
- g) Ecografia.
- h) Citologia.
- i) controlli fisico radiologici e di performance medico radiologica previsti dal protocollo europeo.

4.2.1. COMUNICAZIONE E CONDIVISIONE: al fine di garantire quanto sopra descritto, il Comitato Tecnico-Scientifico di Coordinamento Regionale provvede alla comunicazione e condivisione, in fase di implementazione del progetto, con le UAP delle modalità individuate nel protocollo di *Diagnosi precoce del carcinoma mammario* previsto per le donne di età compresa tra i 40-49 anni.

4.3. PIANO DINAMICO DELLE ATTIVITÀ : VEDERE SOTTOPROGETTO B

5) IDENTIFICAZIONE DELLE STRUTTURE DOVE VENGONO ESEGUITI GLI APPROFONDIMENTI DIAGNOSTICI E DEI CRITERI UTILIZZATI PER L'ESECUZIONE DEGLI APPROFONDIMENTI DIAGNOSTICI.

La diagnosi precoce prevede il completamento dell'indagine in un'unica seduta; pertanto gli interventi previsti al precedente punto 4) includono anche quelli funzionali alla realizzazione dalla presente azione.

6) DEFINIZIONE DEL PIANO DI FORMAZIONE DEL PERSONALE

VEDERE SOTTOPROGETTO B

7) ATTIVITÀ DI DIVULGAZIONE DELL'INIZIATIVA A CARATTERE INFORMATIVO

VEDERE SOTTOPROGETTO B

8) DEFINIZIONE DELLE MODALITÀ DI SELEZIONE E DI INVITO DELLA POPOLAZIONE BERSAGLIO.

Non essendo previsto nella programma di diagnosi precoce reclutamento su invito, la UAP procede alle seguenti azioni:

8.1. RACCOLTA ADESIONI: L'Unità Aziendale di Progetto raccoglie le adesioni delle donne e predispone un registro di prenotazioni secondo priorità di ricezione dell'adesione. In fase di prima applicazione verrà garantita la inclusione nel registro delle donne già prenotate.

8.2. CALENDARIZZAZIONE DELLE VISITE DI CONTROLLO: L'Unità Aziendale di Progetto inserisce nel Registro campi funzionali a consentire la riprogrammazione delle visite di controllo delle donne a distanza di 12-18 mesi (indice massimo di tolleranza consentito dai protocolli europei).

8.3. ACCETTAZIONE: l'Unità Aziendale di Progetto predispone conferimento di incarico ad una unità amministrativa deputata alla gestione delle modalità di accettazione e riprogrammazione delle prenotazioni che devono essere comunicate al momento dell'accettazione stessa. Ciò al fine di garantire una corretta e dinamica anagrafica delle pazienti in libero accesso.

9) INDIVIDUAZIONE DI UN CENTRO CHE SVOLGA FUNZIONI DI GESTIONE DEGLI INVITI.

Non applicabile in quanto previsto accesso diretto della donna.

10) ACQUISIZIONE DEL SOFTWARE PER LA GESTIONE INFORMATIZZATA DEL PROGRAMMA DI SCREENING.

VEDERE SOTTOPROGETTO B

11) DESCRIZIONE DELLE MODALITÀ DI VALUTAZIONE/MONITORAGGIO DEL FUNZIONAMENTO DEL PROGRAMMA DI SCREENING.

11.1. RACCOLTA DATI: il Comitato Tecnico-Scientifico di Coordinamento regionale mediante il programma di software provvede a raccogliere i dati inviati dalle singole UAP.

I dati inviati dovranno fare riferimento ai seguenti indicatori:

- % fra tutte le donne esaminate e per anno, di donne che hanno effettuato più di un esame strumentale a meno di un mese di distanza (mammografia, ecografia, duttogalattografia, ecc), per fascia d'età, per sintomi.
- % fra tutte le donne saminate per anno, di donne che hanno effettuato un esame citologico, per fascia d'età, per sintomi

- % fra tutte le donne esaminate e per l'anno, di donne che hanno effettuato un esame microbiotico (core needle biopsy o Mammotome), per fascia di età e per sintomi
- Valore positivo predittivo dell'invio ad esame citologico, per fascia di età, per sintomi
- Valore positivo predittivo dell'invio a esame microbiotico, per fascia di età, per sintomi.
- % di tumori con citologia maligna o microbiopsia maligna, in fase preoperatoria
- Rapporto "biopsie benigne/maligne"
- Mediana/percentile del tempo intercorso fra la data del primo esame e la data del consiglio finale
- Mediana/percentile del tempo intercorso fra la data del primo esame e la data del primo intervento chirurgico
- % di donne con consiglio di controllo a breve distanza di tempo (< 1 anno)

11.2. DEFINIZIONE DEGLI STANDARD :il Comitato Tecnico-Scientifico di Coordinamento regionale definisce gli standard, che formalizza in apposito documento operativo gestionale, per la valutazione degli indicatori di accesso, processo ed esito.

11.3. REPORT PERIODICI: Ogni sei mesi il Comitato Tecnico-Scientifico di Coordinamento regionale elabora i dati pervenuti in forma di tabelle e qualora possibile in istogrammi o grafici funzionali alla migliore possibile interpretazione del dato e ne invia rapporto alle UAP .

12) PROGETTO PILOTA

Non applicabile

13) RENDICONTAZIONE ANNUALE

Non applicabile

Regione Puglia – CRONOPROGRAMMA DEL SOTTOPROGRAMMA A- DIAGNOSI PRECOCE DEL CARCINOMA MAMMARIO

<i>N° fase</i>	<i>Descrizione attività</i>	<i>Peso %</i>	<i>Data inizio prevista</i>	<i>Data fine prevista</i>	<i>Traguardo</i>	<i>Vincoli criticità</i>	<i>Data inizio effettiva</i>	<i>Data fine effettiva</i>	<i>Raggiungimento %</i>
1	Descrizione del piano di implementazione triennale del programma di diagnosi precoce del carcinoma mammario		01.01.2006	31.01.2006	Attestazione formale				
	1.1. Definizione della struttura organizzativa dedicata alla implementazione del programma di screening mammografico		-----	30.06.2006					
	1.1.1.Comitato tecnico- scientifico di coordinamento		28.02.2006	30.06.2006					
	1.1.2.Unità Aziendale di progetto		15.03.2006	30.06.2006					
	1.1.3.Unità di Senologia Diagnostica		30.03.2006	30.06.2006					
	1.1.4.Messa in rete delle Unità		30.04.2006	30.06.2006					
	1.2.Censimento delle risorse strumentali e di personale delle strutture deputate all'erogazione delle prestazioni previste dal programma		01.03.2006	31.03.2006					
	1.3.Definizione dei carichi di lavoro in relazione alla complessità della struttura		01.04.2006	30.04.2006					
	1.3.1 Definizione del piano attuativo aziendale		01.05.2006	30.05.2006					
	1.4. Definizione del piano di formazione del personale		15.03.2006	30.06.2006					
	1.5. Realizzazione del piano di formazione del personale		30.09.2006	30.09.2007					
	1.6. Campagna informativa		30.06.2006	30.06.2007					
	1.6.1.Definizione del piano di comunicazione		01.04.2006	30.05.2006					

	1.6.2.Lettera ai MMG		01.04.2006	30.05.2006					
	1.6.3.Diffusione divulgazione della cultura della prevenzione		30.06.2006	30.06.2007					
	1.6.4.Opuscoli informativi negli studi medici, consultori, Dipartimenti di Prevenzione		30.11.2006	30.06.2007					
	1.6.5.Attivazione dell'Unità di mammografia mobile		01.03.2007	31.12.2007					
	1.7.Acquisizione di software dedicato alla gestione informatizzata del programma di screening		01.03.2006	30.06.2006					
	1.7.1.Predisposizione del software		01.03.2006	30.06.2006					
	1.7.2.Adempimenti amministrativi relativi all'acquisizione del software		01.03.2006	30.06.2006					
	1.8.Pianificazione informatizzata dell'attività di reclutamento	N.A RIFERITO AL SOTTOPROGETTO B							
	1.8.1.Reclutamento	N.A RIFERITO AL SOTTOPROGETTO B							
	1.9.Informatizzazione degli strumenti di gestione dell'accettazione delle pazienti in adesione volontaria		31.01.2006	30.06.2006					
	1.10.Definizione degli indicatori annuali del programma di screening	N.A RIFERITO AL SOTTOPROGETTO B							
	1.10.1. Indicatori 1°anno	N.A RIFERITO AL SOTTOPROGETTO B							
	1.10.2. Indicatori 2°anno	N.A RIFERITO AL SOTTOPROGETTO B							
	1.10.3. Indicatori 3°anno	N.A RIFERITO AL SOTTOPROGETTO B							
	1.11.Controllo, valutazione e monitoraggio delle attività di screening	N.A RIFERITO AL SOTTOPROGETTO B							
	1.11.1.Analisi degli indicatori di accesso	N.A RIFERITO AL SOTTOPROGETTO B							

	1.11.2. Analisi degli indicatori di processo	N.A. RIFERITO AL SOTTOPROGETTO B							
	1.11.3. Analisi degli indicatori di risultato	N.A. RIFERITO AL SOTTOPROGETTO B							
	1.12. Definizione degli indicatori di accesso, processo ed esito del programma di diagnosi precoce		15.04.2006	30.06.2006					
	1.12.1. Indicatori 1° anno		15.04.2006	30.06.2006					
	1.12.2. Indicatori 2° anno		15.04.2006	30.06.2006					
	1.12.3. Indicatori 3° anno		15.04.2006	30.06.2006					
	1.13. Controllo, valutazione e monitoraggio delle attività del programma di diagnosi precoce		31.12.2006	31.12.2008					
	1.13.1. Analisi degli indicatori di accesso		31.12.2006	31.12.2008					
	1.13.2. Analisi degli indicatori di processo		31.12.2006	31.12.2008					
	1.13.3. Analisi degli indicatori di risultato		31.12.2006	31.12.2008					
	1.14. Studio Pilota	N.A. RIFERITO AL SOTTOPROGETTO B							
2	Identificazione del centro di coordinamento del progetto regionale	8	-----	-----	Attestazione formale				
	2.1. Costituzione del Coordinamento regionale		28.02.2006	30.06.2006					
3	Definizione e descrizione dell'organizzazione territoriale del programma di screening	12	31.01.2006	30.06.2006	Attestazione formale				
	3.1. Costituzione a livello periferico delle Unità Aziendali di Progetto (UAP)		15.03.2006	30.06.2006					
	3.2. Costituzione a livello periferico delle Unità di Senologia Diagnostica (USD)		30.03.2006	30.06.2006					

	3.3. Attivazione del collegamento in rete con il Comitato Tecnico-Scientifico Regionale		30.04.2006	30.06.2006					
	3.4. Funzionamento		-----	-----					
	3.4.1. Relazione sull'andamento delle attività		30.09.2006	30.06.2007					
	3.4.2 Flusso informativo		30.06.2006	30.06.2007					
4	Identificazione delle strutture dove vengono eseguiti i test di screening e dei criteri utilizzati per l'esecuzione del test	10	-----	30.06.2006	Attestazione formale				
	4.1. Censimento delle strutture idonee		01.03.2006	31.03.2006					
	4.2. Conformità ai criteri indicati per l'esecuzione del test		-----	-----					
	4.2.1. Redazione di linee guida		01.04.2006	30.05.2006					
	4.2.2. Comunicazione e condivisione		01.06.2006	30.06.2006					
	4.3. Coinvolgimento dei centri non territoriali		30.05.2006	30.06.2006					
5	Identificazione delle strutture dove vengono eseguiti gli approfondimenti diagnostici e dei criteri utilizzati per l'esecuzione degli approfondimenti diagnostici	10	-----	30.06.2006	Mappatura delle strutture di USD				
	5.1. Censimento delle strutture idonee		01.03.2006	31.03.2006					
	5.2. Conformità ai criteri indicati per l'esecuzione del test		-----	-----					
	5.2.1. Redazione di linee guida		01.04.2006	30.05.2006					
	5.2.2. Comunicazione e condivisione		01.06.2006	30.06.2006					
	5.4. Coinvolgimento dei centri non territoriali		30.05.2006	30.06.2006					

6	Definizione del piano di formazione del personale	10	15.03.2006	30.06.2006	Attestazione formale				
	6.1. Piano formativo		-----	-----					
	6.1.1 Formazione teorica medici radiologi		-----	-----					
	6.1.2 Formazione pratica medici radiologi		-----	-----					
	6.1.3 Formazione continuativa medici radiologi		-----	-----					
	6.1.4 Formazione teorica Tecnici di radiologia medica		-----	-----					
	6.1.5 Formazione pratica Tecnici di radiologia medica		-----	-----					
	6.1.6 Formazione continuativa Tecnici di radiologia medica		-----	-----					
	6.1.7 Formazione teorica Infermieri		-----	-----					
	6.1.8 Formazione pratica Infermieri		-----	-----					
	6.1.9 Formazione continuativa Infermieri		-----	-----					
	6.1.10 Seminari monotematici, incontri con i MMG, associazioni di volontariato per medici tecnici ed infermieri		-----	-----					
	6.1.11 Formazione per medici, tecnici ed infermieri (software)		-----	-----					
7	Attività di divulgazione dell'iniziativa a carattere informativo	10	30.06.2006	30.06.2007	Redazione del Piano di comunicazione				
	7.1.Predisposizione del materiale informativo per il medico di MMG		-----	-----					
	7.2.Informativa per l'utente		-----	-----					

	7.3.Campagna di diffusione e di promozione della cultura di prevenzione		-----	-----					
8	Definizione delle modalità di selezione e di invito della popolazione bersaglio	15	15.04.2006	30.06.2006	Attestazione formale				
	8.1. Raccolta adesioni		-----	-----					
	8.2. Calendarizzazione delle visite di controllo		-----	-----					
	8.3. Accettazione		-----	-----					
9	Individuazione di un centro che svolga funzioni di gestione degli inviti	N.A RIFERITO AL SOTTOPROGETTO B							
10	Acquisizione del software per la gestione informatizzata del programma di screening	15	01.03.2006	30.06.2006	Gara				
11	Descrizione delle modalità di valutazione/monitoraggio del funzionamento del programma di screening	10	01.03.2006	30.06.2006	Produzione di report a commento dei dati				
	11.1. Raccolta dati		-----	-----					
	11.2. Definizione degli standard		-----	-----					
	11.3. Report periodici		-----	-----					
12	Progetto pilota	N.A RIFERITO AL SOTTOPROGETTO B							
13	Rendicontazione annuale	N.A RIFERITO AL SOTTOPROGETTO B							

Regione Puglia – CRONOPROGRAMMA DEL SOTTOPROGRAMMA B. SCREENING MAMMOGRAFICO

<i>N° fase</i>	<i>Descrizione attività</i>	<i>Peso %</i>	<i>Data inizio prevista</i>	<i>Data fine prevista</i>	<i>Traguardo</i>	<i>Vincoli criticità</i>	<i>Data inizio effettiva</i>	<i>Data fine effettiva</i>	<i>Raggiungimento %</i>
1	Descrizione del piano di implementazione triennale del programma di screening mammografico	0	01.01.2006	31.01.2006	Attestazione formale				
	1.1. Definizione della struttura organizzativa dedicata alla implementazione del programma di screening mammografico		-----	30.06.2006	↓				
	1.1.1.Comitato tecnico-scientifico di coordinamento		28.02.2006	30.06.2006					
	1.1.2.Unità Aziendale di progetto		15.03.2006	30.06.2006					
	1.1.3.Unità di Senologia Diagnostica		30.03.2006	30.06.2006					
	1.1.4.Messa in rete delle Unità		30.04.2006	30.06.2006					
	1.2.Censimento delle risorse strumentali e di personale delle strutture deputate all'erogazione delle prestazioni previste dal programma		01.03.2006	31.03.2006					
	1.3.Definizione dei carichi di lavoro in relazione alla complessità della struttura		01.04.2006	30.04.2006					
	1.3.1 Definizione del piano attuativo aziendale		01.05.2006	30.05.2006					
	1.4. Definizione del piano di formazione del personale		15.03.2006	30.06.2006					
	1.5. Realizzazione del piano di formazione del personale		30.09.2006	30.09.2007					
	1.6. Campagna informativa		30.06.2006	30.06.2007					
	1.6.1.Definizione del piano di comunicazione		01.04.2006	30.05.2006					
	1.6.2.Lettera ai MMG		01.04.2006	30.05.2006					

	1.6.3.Diffusione divulgazione della cultura della prevenzione		30.06.2006	30.06.2007					
	1.6.4.Opuscoli informativi negli studi medici, consultori, Dipartimenti di Prevenzione		30.11.2006	30.06.2007					
	1.6.5.Attivazione dell'Unità di mammografia mobile		01.03.2007	31.12.2007					
	1.7.Acquisizione di software dedicato alla gestione informatizzata del programma di screening		01.03.2006	30.06.2006					
	1.7.1.Predisposizione del software		01.03.2006	30.06.2006					
	1.7.2.Adepiimenti amministrativi relativi all'acquisizione del software		01.03.2006	30.06.2006					
	1.8.Pianificazione informatizzata dell'attività di reclutamento		15.04.2006	30.06.2006					
	1.8.1.Reclutamento		30.06.2006	30.06.2008					
	1.9.Informatizzazione degli strumenti di gestione dell'accettazione delle pazienti in adesione volontaria	N.A RIFERITO AL SOTTOPROGRAMMA A							
	1.10.Definizione degli indicatori di accesso, processo ed esito del programma di screening		15.04.2006	30.06.2006					
	1.10.1. Indicatori 1°anno		15.04.2006	30.06.2006					
	1.10.2. Indicatori 2°anno		15.04.2006	30.06.2006					
	1.10.3. Indicatori 3°anno		15.04.2006	30.06.2006					
	1.11.Controllo, valutazione e monitoraggio delle attività di screening		31.12.2006	31.12.2008					
	1.11.1.Analisi degli indicatori di accesso		31.12.2006	31.12.2008					
	1.11.2.Analisi degli indicatori di processo		31.12.2006	31.12.2008					

	1.11.3.Analisi degli indicatori di risultato		31.12.2006	31.12.2008					
	1.12.Definizione degli indicatori del programma di diagnosi precoce	N.A RIFERITO AL SOTTOPROGETTO A							
	1.12.1. Indicatori 1°anno	N.A RIFERITO AL SOTTOPROGETTO A							
	1.12.2. Indicatori 2°anno	N.A RIFERITO AL SOTTOPROGETTO A							
	1.12.3. Indicatori 3°anno	N.A RIFERITO AL SOTTOPROGETTO A							
	1.13.Controllo, valutazione e monitoraggio delle attività del programma di diagnosi precoce	N.A RIFERITO AL SOTTOPROGETTO A							
	1.13.1.Analisi degli indicatori di accesso	N.A RIFERITO AL SOTTOPROGETTO A							
	1.13.2.Analisi degli indicatori di processo	N.A RIFERITO AL SOTTOPROGETTO A							
	1.13.3.Analisi degli indicatori di risultato	N.A RIFERITO AL SOTTOPROGETTO A							
	1.14.Studio Pilota		30.04.2006	31.12.2006					
2	Identificazione del centro di coordinamento del progetto regionale	8	-----	-----	Attestazione formale				
	2.1. Costituzione del Coordinamento regionale		28.02.2006	30.06.2006					
3	Definizione e descrizione dell'organizzazione territoriale del programma di screening	12	31.01.2006	30.06.2006	Attestazione formale				
	3.1. Costituzione a livello periferico delle Unità Aziendali di Progetto (UAP)		15.03.2006	30.06.2006					
	3.2. Costituzione a livello periferico delle Unità di Senologia Diagnostica (USD)		30.03.2006	30.06.2006					
	3.3. Attivazione del collegamento in rete con il Comitato Tecnico-Scientifico di Coordinamento Regionale		30.04.2006	30.06.2006					

	3.4. Funzionamento		-----	-----					
	3.4.1. Relazione sull'andamento delle attività		30.09.2006	30.06.2007					
	3.4.2 Flusso informativo		30.06.2006	30.06.2007					
4	Identificazione delle strutture dove vengono eseguiti i test di screening e dei criteri utilizzati per l'esecuzione del test	10	-----	30.06.2006	Attestazione formale				
	4.1. Censimento delle strutture idonee		01.03.2006	31.03.2006					
	4.2. Conformità ai criteri indicati per l'esecuzione del test		-----	-----					
	4.2.1. Redazione di linee guida		01.04.2006	30.05.2006					
	4.2.2. Comunicazione e condivisione		01.06.2006	30.06.2006					
	4.3. Coinvolgimento dei centri non territoriali		30.05.2006	30.06.2006					
5	Identificazione delle strutture dove vengono eseguiti gli approfondimenti diagnostici e dei criteri utilizzati per l'esecuzione degli approfondimenti diagnostici	10	-----	30.06.2006	Mappatura delle strutture di USD				
	5.1. Censimento delle strutture idonee		01.03.2006	31.03.2006					
	5.2. Conformità ai criteri indicati per l'esecuzione del test		-----	-----					
	5.2.1. Redazione di linee guida		01.04.2006	30.05.2006					
	5.2.2. Comunicazione e condivisione		01.06.2006	30.06.2006					
	5.3. Coinvolgimento dei centri non territoriali		30.05.2006	30.06.2006					
6	Definizione del piano di formazione del personale	10	15.03.2006	30.06.2006	Attestazione formale				

	6.1. Piano formativo		-----	-----					
	6.1.1 Formazione teorica medici radiologi		-----	-----					
	6.1.2 Formazione pratica medici radiologi		-----	-----					
	6.1.3 Formazione continuativa medici radiologi		-----	-----					
	6.1.4 Formazione teorica Tecnici di radiologia medica		-----	-----					
	6.1.5 Formazione pratica Tecnici di radiologia medica		-----	-----					
	6.1.6 Formazione continuativa Tecnici di radiologia medica		-----	-----					
	6.1.7 Formazione teorica Infermieri		-----	-----					
	6.1.8 Formazione pratica Infermieri		-----	-----					
	6.1.9 Formazione continuativa Infermieri		-----	-----					
	6.1.10 Seminari monotematici, incontri con i MMG, associazioni di volontariato per medici tecnici ed infermieri		-----	-----					
	6.1.11 Formazione per medici, tecnici ed infermieri		-----	-----					
7	Attività di divulgazione dell'iniziativa a carattere informativo	10	30.06.2006	30.06.2007	Redazione del Piano di comunicazione				
	7.1.Predisposizione del materiale informativo per il medico di MMG		-----	-----					
	7.2.Informativa per l'utente		-----	-----					
	7.3.Campagna di diffusione e di promozione della cultura di prevenzione		-----	-----					

8	Definizione delle modalità di selezione e di invito della popolazione bersaglio	15	15.04.2006	30.06.2006	Attestazione formale				
	8.1. Definizione della popolazione bersaglio		-----	-----					
	8.2. Definizione della modalità di reclutamento		-----	-----					
	8.3. Pianificazione del reclutamento		-----	-----					
	8.4. Predisposizione dell'invito		-----	-----					
	8.5 Reclutamento		-----	-----					
	8.6 Procedura per la gestione del richiamo		-----	-----					
9	Individuazione di un centro che svolga funzioni di gestione degli inviti	5	15.04.2006	30.06.2006	Attestazione formale				
10	Acquisizione del software per la gestione informatizzata del programma di screening	6	01.03.2006	30.06.2006	Gara				
11	Descrizione delle modalità di valutazione/monitoraggio del funzionamento del programma di screening	6	01.03.2006	30.06.2006	Produzione di report a commento dei dati				
	11.1. Raccolta dati		-----	-----					
	11.2. Definizione degli standard		-----	-----					
	11.3. Report periodici		-----	-----					
12	Progetto pilota	8	30.04.2006	31.12.2006	Attestazione formale inizio attività				
	12.1. Studio pilota		30.04.2006	31.12.2006					
13	Rendicontazione annuale		30.6.2006	30.06.2008	Attestazione formale				

	13.1. I rapporto		-----	-----					
	13.2. II rapporto		-----	-----					
	13.3. Rendicontazione finale		-----	-----					