

## **Allegato 1.2) Screening dei tumori di mammella, cervice uterina e colon retto** **Fonte PSR cap. 7.2.C.4**

### ***Allegato 1.2.1) Screening mammografico, citologico e del colon-retto, screening mammografico.***

La situazione epidemiologica descritta nei primi capitoli conferma la priorità dell'intervento preventivo e fornisce gli elementi necessari alle verifiche di impatto relative ai programmi di screening organizzato avviati in tutte le Aziende USL dell'Umbria.

Lo stato delle risorse ed i connessi problemi organizzativi è descritto nella «Relazione su processi e assetti organizzativi attivati dal PSR 1999-2001».

Nel complesso l'invito biennale di tutta la popolazione bersaglio e, soprattutto, la procedura del sollecito non raggiungono livelli esaustivi. L'adesione è mediamente e omogeneamente soddisfacente nelle varie USL. Sono ancora carenti e disomogenei i dati per valutare la qualità e l'impatto delle prestazioni.

*Obiettivi di salute e loro monitoraggio.*

Alla «*riduzione della mortalità evitabile*» contribuirà la diminuzione della mortalità per tumore della mammella; alla «*riduzione della disabilità residua*» fornirà il suo contributo il miglioramento della qualità della vita nelle operate ottenuto tramite la tempestività e l'appropriatezza delle terapie e degli interventi di riabilitazione; a «*garantire l'equità di accesso alle prestazioni efficaci*» contribuirà l'attivazione di procedure facilitanti l'adesione per le donne resistenti all'invito.

Lo strumento appropriato per perseguire tali obiettivi resta l'offerta attiva di uno screening mammografico biennale nella fascia d'età 50-69 anni e di un percorso diagnostico terapeutico che presentino garanzie di qualità in tutte le loro fasi. Avendo avviato i programmi in tutte le USL, raggiungendo sin dall'inizio una risposta all'invito superiore al livello minimo previsto del 50 per cento, ora va garantito il monitoraggio degli indicatori di qualità .

Le caratteristiche del programma e i risultati devono essere documentati, distintamente per classi d'età quinquennali e per le donne afferite allo screening per la prima volta o a esami successivi al primo . Una revisione annuale sulla esecuzione e sui risultati dei controlli di qualità riguardanti le procedure e le apparecchiature radiologiche sarà proseguita a livello regionale.

Le strutture deputate al primo, al secondo e al terzo livello dello screening sono tenute a contribuire alla raccolta dei dati citati per quanto loro compete. La disponibilità delle misure descritte alle scadenze che saranno previste dall'Assessorato alla Sanità per le verifiche del caso, è considerata condizione minima per il riconoscimento delle strutture coinvolte nei programmi di screening mammografico e per la valutazione positiva dei programmi.

Il raggiungimento degli standard, valutando questa ancora una fase di sviluppo dei programmi, è considerato un elemento da sottoporre a verifica per individuare gli eventuali correttivi che si rendessero necessari. Indagini campionarie sulla copertura e sulla disaggregazione di tale copertura per indicatori socioculturali, quali l'istruzione, saranno diseguate a livello regionale e realizzate nelle varie USL, per verificare l'impatto complessivo dello screening sulla diagnosi precoce e sull'equità dell'accesso.

Le strutture autorizzate ad attività mammografica operanti nel territorio della regione Umbria dovranno fornire annualmente, rispetto a tutta la propria utenza e disaggregati per fasce d'età quinquennali, gli stessi dati dei programmi di screening, fatto salvo quelli relativi alla popolazione bersaglio e all'adesione. Tali strutture saranno chiamate a partecipare alle iniziative di verifica annuale sui controlli di qualità radiologici nella mammografia di screening.

### *Obiettivi organizzativi.*

Rispetto ai problemi di coordinamento dello screening a livello regionale un primo passo è stato già fatto, istituendo un Gruppo di Coordinamento Regionale (GCR) composto da delegati aziendali più snello e coinvolgendo in questo gruppo le Aziende Ospedaliere. Questo GCR, però, manca ancora di rappresentatività e autorevolezza rispetto al complesso delle professionalità coinvolte nello screening, mentre problemi di raccordo con le rispettive direzioni aziendali rendono talora difficile l'orientare l'utilizzazione delle risorse destinate allo sviluppo del programma.

Rispetto al primo punto, va avviato a livello regionale un processo di confronto intra-professionale rispetto alle principali categorie coinvolte (T.S.R.M., Medici radiologi, Anatomici patologi, Chirurghi, Radioterapisti, Epidemiologi).

Rispetto al secondo punto, il Piano assegna alle direzioni aziendali la responsabilità di indicare nei PAL le quote di finanziamento per ogni specifica area progettuale.

L'azione ulteriore da realizzare consiste nel promuovere il confronto scientifico e la collaborazione operativa sia delle strutture di primo livello che di quelle di secondo e terzo livello. Tale azione potrebbe essere inizialmente stimolata proprio dalla necessità di rispondere meglio agli standard previsti dalle Linee Guida vigenti e ai debiti informativi connessi. Inoltre potrebbe concretizzarsi in seminari, visite reciproche e periodi di affiancamento sul campo. Ciò permetterebbe una maggiore crescita professionale di tutte le categorie coinvolte, anche attraverso un percorso di progressiva specializzazione ed integrazione delle diverse professionalità (nel campo clinico, nel campo organizzativo e in quello epidemiologico). Ancora, va meglio definito il ruolo delle Aziende Ospedaliere: esse devono essere parte integrante del processo di prevenzione della mortalità per tumore della mammella, intervenendo nel rispetto del percorso di screening sin lì attuato, assumendosi la responsabilità delle procedure e dei debiti informativi connessi; del pari non possono essere viste come soggetti di un'azione sussidiaria, che interviene là dove si esauriscono le potenzialità strutturali e professionali delle Aziende USL, correndo a volte il rischio di una rottura della continuità assistenziale o addirittura di una contraddizione tra parti dello stesso sistema sanitario regionale. Anche per definire adeguatamente questo ruolo è indispensabile che all'interno delle Aziende Ospedaliere si selezionino gruppi interprofessionali dedicati al tema del tumore della mammella ed in costante rapporto di confronto e di collaborazione con chi di tale tumore si occupa sul versante territoriale. Infine va rafforzato il collegamento tra il Registro Tumori Umbro (RTU) e i programmi di screening, per le analisi sulla sopravvivenza e sui cancri di intervallo che solo tale organismo può attuare correttamente. Rispetto alle azioni descritte si individuano ruoli distinti per le varie articolazioni del SSR.

### *Il Ruolo delle Aziende USL:*

- assicurare lo svolgimento delle diverse fasi dello screening, attraverso le specifiche scelte organizzative congruenti con il contesto locale e secondo i criteri di qualità definiti dalle Linee Guida nazionali e internazionali;
- fornire agli organismi regionali preposti e alle scadenze richieste gli indicatori per la valutazione;
- contribuire al funzionamento del Gruppo Regionale di Coordinamento.
- 
- *Il Ruolo delle Aziende Ospedaliere;*
- assicurare lo svolgimento delle fasi dello screening relative al percorso diagnostico- terapeutico, attraverso le specifiche scelte organizzative congruenti con il contesto aziendale e secondo i criteri di qualità definiti dalle Linee Guida nazionali e internazionali;

- fornire agli organismi regionali preposti e alle scadenze richieste gli indicatori per la valutazione;
- contribuire al funzionamento del Gruppo Regionale di Coordinamento.

#### C.4.2.) *Screening citologico.*

La situazione epidemiologica descritta nei primi capitoli conferma l'impatto positivo che la prevenzione, sia primaria che secondaria, ha avuto sull'incidenza del tumore del collo dell'utero. Va quindi mantenuto alto il livello di adesione ai programmi di diagnosi precoce, razionalizzando l'uso delle risorse attraverso lo screening organizzato su chiamata attiva triennale. Lo stato delle risorse ed i connessi problemi organizzativi è descritto nella «Relazione su processi e assetti organizzativi attivati dal PSR 1999-2001» In sintesi i punti critici riguardano:

- programma di gestione unico, ma modificato da ogni Azienda su specifiche esigenze non concordate;
- anagrafiche non sempre corrette;
- formazione: solo per il 1° livello ed il project manager;
- dotazione informatica non a regime e non assistita (adeguatezza dell'hardware, funzionamento della rete, copertura del II livello);
- consulenza epidemiologica a livello regionale da implementare;
- carenza di flussi regolari di dati tra i servizi di I e II livello.

#### *Obiettivi di Salute.*

- 1) ad «aumentare la speranza di vita senza disabilità» nonché a «ridurre le morti evitabili» fornirà il suo contributo la diminuzione dell'incidenza del carcinoma;
- 2) alla «riduzione della disabilità residua» concorrerà il miglioramento della qualità della vita nelle donne sottoposte a trattamenti precoci e non invasivi;
- 3) alla «garanzia di un equo accesso alle procedure efficaci» contribuirà l'adozione di particolari procedure per il reclutamento delle donne che non aderiscono all'invito.

Il PapTest va offerto gratuitamente ogni 3 anni a tutte le donne dai 25 ai 64 anni di età, garantendo equità di accesso e qualità delle prestazioni, sia per il test di primo livello che nell'eventuale percorso di approfondimento diagnostico e nella terapia.

Avendo ogni Azienda portato a termine il 1° round con un'adesione media superiore al 50 per cento, per il prossimo triennio la valutazione del programma di screening deve quindi prendere in considerazione due ordini di problemi:

- gli ostacoli alla adesione, cioè l'equità di accesso;
  - il monitoraggio degli indicatori, cioè la qualità delle prestazioni.
- 1) I programmi aziendali avviati garantiscono 94 sedi per il prelievo costituendo una rete capillare e facilmente raggiungibile. Gli ostacoli alla adesione vanno quindi ricercati probabilmente nelle differenze relative alla classe sociale, all'età, al titolo di studio, alla provenienza.
  - 2) Per rendere possibile il monitoraggio degli indicatori a livello regionale è necessario che i 4 programmi, oltre ad essere identici, siano utilizzati nello stesso modo nelle 4 ASL. Strumento di unificazione è il Gruppo di Coordinamento Regionale, costituito dai delegati di ASL ed AO, ed allargato di volta in volta, a seconda delle analisi programmate, alle varie professionalità. Questo dovrà iniziare un'attenta opera di omogenizzazione delle procedure operative, nei limiti imposti dalle diverse realtà organizzative, della modulistica ed esaminare le statistiche fornite dal sistema di gestione per concordare le modifiche atte ad una rilevazione omogenea e verificare la necessità di ulteriori record.

## AZIONI PER IL TRIENNIO.

*Le Aziende USL si impegnano a:*

- mettere a regime la strumentazione hard ed un sistema di rete funzionale ed efficiente;
- ripulire le liste anagrafiche da errori ed artefatti;
- adeguare il soft di gestione alla rete e alle modifiche concordate in sede di GCR;
- verificare l'adeguatezza delle sedi per il prelievo dal punto di vista strutturale, dell'accoglienza, del rispetto della privacy;
- curare la formazione informatica degli operatori sia del 1° che del II livello;
- informatizzare i servizi di colposcopia aziendali e, nell'attesa, utilizzare un regi-stro comune per la rilevazione di report utili a monitorare la compliance di ogni donna con paptest anomalo alle varie fasi del 2° livello;
- costituire il Centro Unico Regionale di Citologia, coordinato dalla sede di Perugia, per la lettura dei Pap-test, al fine di garantire: uniformità delle procedure, lettura collegiale, esecuzione test per HPV, controllo di qualità intra ed interlaboratorio ed archivio anomali;
- riconoscere, nel quadro degli accordi interaziendali alla ASL n. 2 la quota di finanziamento relativa alla lettura citologica, al fine di poter adeguare organico e sistema informatico alla aumentata complessità tecnico-gestionale;
- mettere a punto la lettura dei preparati citologici computer assistita (lettura centralizzata automatizzata e stazioni automatizzate di revisione);
- ridurre i tempi di risposta per i referti negativi;
- verificare la sperimentazione del test HPV su ASCUS e HSIL;
- documentare i risultati raggiunti con la produzione ed il confronto delle statistiche di screening e di attività e la elaborazione degli indicatori previsti;
- valorizzare l'attività del personale che partecipa allo screening nell'ambito del sistema premiante aziendale.

*Le Aziende Ospedaliere, tramite apposite clausole degli accordi interaziendali, si impegnano a:*

- identificare formalmente i referenti aziendali in merito all'approfondimento diagnostico, al trattamento, all'Anatomia Patologica;
- garantire le prestazioni di competenza come soggetto parte integrante del programma di screening, prevedendo regolari flussi informativi, verifiche e valutazioni;
- dotare i Servizi di Colposcopia dell'hard necessario per informatizzare schede cliniche e procedure (soft di gestione a carico delle USL);
- migliorare l'accoglienza delle utenti dal punto di vista strutturale, della privacy, e del personale dedicato.

*Le Azioni della Regione nel triennio per gli screening oncologici citologico e mammografico*

. Trattandosi in ambedue i casi di programmi di screening istituiti su iniziativa regionale, il ruolo e gli impegni della Regione restano un'esigenza peculiare per il loro sviluppo e per la verifica della completa implementazione e dei risultati, risultando unitari per i due programmi.

*La Regione si impegna a:*

- a) promuovere e valutare la qualità delle attività svolte da ASL ed AO tramite:
- il Gruppo di Coordinamento Regionale, formato dai delegati aziendali ed opportunamente integrato con figure tecniche;
  - l'apertura di tavoli intra ed inter professionali su problemi specifici;
  - elaborazioni ad hoc dei dati prodotti dal software in uso, tramite un epidemiologo da affiancare al GCR nell'analisi ed elaborazione dei dati statistici;
  - la promozione di attività di aggiornamento e miglioramento della qualità per II e III livello;
  - approfondimenti epidemiologici con il RTUP 14 ;
- b) assicurare il collegamento e il confronto con gli organismi nazionali di indirizzo scientifico sul tema degli screening mammografici (Gruppo Italiano Screening Mammografici e Osservatorio Nazionale per la Prevenzione dei Tumori Femminili);
- c) definire le risorse che le Aziende Sanitarie avranno a disposizione per assicurare il superamento di alcuni punti critici che ancora ostacolano il pieno sviluppo dei programmi di screening nelle loro varie fasi;
- d) supportare i clinici impegnati nella attuazione dei protocolli regionali di screening, rispetto agli specifici rischi professionali che il rispetto di tali protocolli comporta;
- e) coinvolgere i MMG nelle attività di supporto alla adesione delle donne con maggiori difficoltà e resistenze, prevedendo questo punto nelle trattative decentrate per l'applicazione della convenzione;
- f) verificare, anche d'intesa con il Centro per le Pari Opportunità, la qualità percepita.

*Il ruolo dei piani integrati per la salute nello sviluppo degli screening oncologici.*

Nell'ambito dei piani integrati per la salute sarà opportuno prevedere azioni intersettoriali per facilitare l'adesione consapevole agli screening oncologici, soprattutto per quelle fasce di popolazione femminile (donne anziane, donne inserite in un contesto socio-culturale deprivato, donne immigrate da paesi poveri, donne esposte a problemi di spostamento sul territorio) che non hanno le stesse opportunità a priori di accedere alla diagnosi precoce.

*C.4.3.) Screening per il carcinoma del colon retto.*

Essendovi in letteratura consenso sulla efficacia dello screening e ampia discussione sulle procedure da adottare ed essendo tale intervento in grado di ridurre le morti evitabili, ridurre la disabilità residua nonché di ridurre le disuguaglianze nell'accesso alle prestazioni efficaci, la Regione si impegna ad attivare nel triennio lo screening per il colon retto su scala regionale, prevedendo i seguenti passaggi:

- 1) I° anno: analisi epidemiologica e costo efficacia delle diverse opzioni diagnostiche, con scelta della procedura di riferimento e definizione dei costi di attivazione ed a regime;
- 2) II° anno: definizione dei programmi aziendali e acquisizione del software;
- 3) III° anno: attivazione dello screening tramite offerta attiva.