

Cod.



REGIONE UMBRIA

OGGETTO: PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE ATTIVA – INTESA 23
 MARZO 2005:
 1)PIANO VACCINI , 2)SCREENING ONCOLOGICI, 3)RISCHIO
 CARDIOVASCOLARE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

29/06/2005 n. 1084.

	presenti	assenti
Presidente	X	
Vice Presidente	X	
Assessore	X	
Assessore	X	
Assessore	X	
Assessore	X	
Assessore	X	
Assessore	X	
Assessore		X

Presidente : LORENZETTI

Relatore : ROSI

Direttore: DE SALVO

Segretario Verbalizzante :

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il documento istruttorio concernente l'argomento in oggetto e la conseguente proposta del Direttore alla sanità e servizi sociali;

Preso atto, ai sensi dell'art. 21 del Regolamento interno di questa Giunta:

a) del parere di regolarità tecnico-amministrativa e della dichiarazione che l'atto non comporta impegno di spesa resi dal Dirigente di Servizio/Dirigente in posizione individuale competente, ai sensi dell'art. 21 c.3 e 4 del Regolamento interno;

b) del parere di legittimità espresso dal Direttore;

Vista la legge regionale 22 aprile 1997, n. 15 e la normativa attuativa della stessa;

Visto il Regolamento interno di questa Giunta;

Vista l'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 sull'art 1, comma 173 della Legge 30/12/2004, con specifico riferimento all'art. 4, comma e) della predetta intesa, relativa al Piano regionale per la realizzazione degli interventi previsti dal Nazionale della Prevenzione ;

Atteso che alla Regione Umbria per il 2005 sono stati assegnati , secondo l'Intesa di cui sopra euro 6.456.818,00

Vista la L 138 del 2004, art. 1 che attiva il Centro nazionale prevenzione Controllo delle Malattie (CCM) presso il Ministero della salute e assegna alla Regione dell'Umbria € 89.993 a supporto dell'attivazione degli screening per i tumori di mammella, cervice uterina e colon retto per l'anno 2005;

Visto il PSR 2003-2005 approvato con DCR 23 luglio 2003 n. 314 in cui sono esplicitati gli obiettivi di salute e le condizioni di sostenibilità del sistema socio sanitario in Umbria per il triennio 2003-2005 e in cui sono sviluppate, nel quadro della strategia programmatica propria della Regione Umbria, anche le aree di intervento previste dall'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, art. 4 comma e);

A voti unanimi, espressi nei modi di legge,

DELIBERA

1. di fare proprio il documento istruttorio e la conseguente proposta del Direttore, corredato dai pareri di cui all'art. 21 del Regolamento interno della Giunta, che si allega alla presente deliberazione, nonché i progetti del Piano Regionale di Prevenzione ai sensi dell'art. 4 comma e) dell'Intesa Stato Regioni del 23/marzo 2005, quale parte integrante e sostanziale del presente atto;
2. di approvare il Piano Regionale della Prevenzione Attiva ai sensi del dell'art. 4 comma e) dell'Intesa Stato Regioni del 23/marzo 2005, in quanto composto dalle specifiche indicazioni programmatiche del PSR 2003-2005 e dai successivi atti ad esse collegati per le seguenti aree:
 - Piano delle vaccinazioni;
 - Screening dei tumori per le seguenti sedi: mammella, cervice uterina, colon retto;
 - Prevenzione cardiovascolare
 - Prevenzione e gestione integrata della malattia diabetica
3. di disporre che qualsiasi iniziativa del CCM che coinvolga servizi o operatori del SSR in quanto finalizzati ad attivare interventi sanitari rivolti alla popolazione regionale debba essere programmato ed eventualmente realizzato d'intesa con i competenti servizi della Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali;

4. di vincolare alla realizzazione del Piano regionale della Prevenzione, ai sensi del dell'art. 4 comma e) dell'Intesa Stato Regioni del 23/marzo 2005, i seguenti importi:

anno 2005: 6.456.818 euro

anno 2006: 6.456.818 euro

anno 2007: 6.456.818 euro

dando mandato al Servizio Programmazione Economico Finanziaria della Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali di verificare la rendicontazione contestualmente alla presentazione dei Bilanci di esercizio aziendali;

5) di finalizzare la quota di finanziamenti attribuita dalla legge 138/2004 art. 2 bis alla Regione Umbria per lo svolgimento di specifici programmi per gli screening della mammella, cervice uterina e colon retto, pari a € 89.993,00 per l'anno 2005, vista l'esiguità degli stessi, alla copertura delle spese previste per l'anno 2005 per la campagna informativa sullo screening del colon retto nonché per l'acquisto del sistema informativo dedicato allo stesso screening, dando mandato al Servizio Programmazione Economico Finanziaria della Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali di definire con successivo atto le modalità di assegnazione alle Aziende ;

6) Di pubblicare sul BUR il presente atto

IL DIRETTORE:

IL PRESIDENTE:

IL RELATORE:

IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE:

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto: Piano regionale della prevenzione attiva – intesa del 23 marzo 2005:
1)Piano vaccini, 2)Screening oncologici, 3)Rischio cardiovascolare.

L'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 definisce, sulla base di quanto già stabilito nell'Accordo di Cernobbio per l'anno 2004, le aree di intervento e le linee operative relative al Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007, prevedendo altresì la destinazione di quote specifiche del Fondo sanitario regionale alla realizzazione di progetti regionali nelle seguenti aree:

- 1)Piano delle vaccinazioni
- 2)Screening dei tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto
- 3)Prevenzione della patologia cardiovascolare
- 4)Prevenzione delle complicanze del diabete

A tal fine le risorse finanziarie a disposizione della Regione Umbria sono state quantificate dal Ministero in euro 6.456.818,00 per ogni anno (2005,2006,2007) risorse che la Regione Umbria mette a disposizione per la realizzazione sul proprio territorio del Piano di Prevenzione Nazionale ai sensi dell'art. 1, comma 34, L. 662 del 27.12.1992.

Sarà cura del Servizio Programmazione Economico Finanziaria della Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali definire con successivo atto le modalità di rendicontazione sulla utilizzazione degli stessi fondi da parte delle aziende sanitarie;

Oltre a tali risorse sono a disposizione finanziamenti per interventi specifici, quali quelli individuati dalla L. 138 del 2004 art. 2 bis (miglioramento degli screening oncologici per il cancro della cervice uterina, del seno e del colon retto), il cui finanziamento per la Regione Umbria è, per l'anno 2005, pari a euro 89.993,00.

Se il Piano nazionale della prevenzione interviene in una situazione in cui diverso è stato l'impegno delle singole regioni nel programmare ed attivare specifiche linee progettuali per le aree citate, nella Regione Umbria la programmazione sanitaria regionale ha previsto interventi specifici su tali tematiche già nel Piano Sanitario Regionale per il triennio 2003-2005, approvato con DCR n. 314 del 23 luglio 2003 e che pertanto estende la sua efficacia per tutta la vigenza del PSR, attivando:

a) con l'azione di Piano 8.1.8 "Prevenzione controllo delle malattie trasmissibili" le proprie linee progettuali in materia di piano delle vaccinazioni vedi DGR n. 369 del 7.4.2004, D.D. 11410 del 22.12.04 (Allegato 1.1);

b) con il paragrafo 7.2.C.4 "Screening mammografico, citologico e del colon retto" (Allegato 1.2.1) le proprie linee progettuali in materia di screening per i tumori della mammella, cervice e colon retto, prevedendo peraltro interventi differenziati in base al fatto che per le prime due patologie era stata precedentemente attivata l'offerta attiva nei confronti della popolazione regionale per cui i le sezioni relative del PSR valutano i risultati ottenuti nei round precedenti e dispongono norme di dettaglio per ottimizzare l'offerta e l'adesione ai due screening, mentre per lo screening del colon retto il PSR definisce i seguenti passaggi:

1) primo 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; tale attività è stata espletata con le DGR n. 941 del 30.6.2004 (Allegato 1.2.2) e n. 1021 del 22.6.2005 (Allegato 1.2.3)

2) secondo anno: definizione dei programmi aziendali ed acquisizione del software;

3) terzo anno: attivazione dello screening tramite offerta attiva alla popolazione regionale; l'inizio di tale attività è previsto per il 1 gennaio 2006.

c) con l'azione 8.2.5 "Lotta alle cardio e cerebro vasculopatie" (Allegato 1.3.1) le proprie linee progettuali in materia di prevenzione delle malattie cardiovascolari. A tali disposizioni ha fatto seguito la attivazione con DGR n. 193/2005 presso la ASL 2 di Perugia del "Centro Interaziendale sul rischio cardiovascolare globale" (Allegato 1.3.2) per la definizione e sperimentazione di un percorso preventivo e assistenziale sul RCV che tenga conto sia delle carte del rischio che delle linee guida regionali in materia; l'attivazione e l'operatività di tale centro sono estese al biennio 2005-2006;

d) con l'azione 8.1.3 "Progetto Umbria diabete" (Allegato 1.4.1) le proprie linee di intervento in materia di prevenzione e gestione integrata della malattia diabetica. A tali disposizioni ha fatto seguito l'approvazione da parte della Giunta Regionale con DGR 1370 del 2003 "Umbria diabete" (Allegato 1.4.2) di una linea di indirizzo vincolante per le aziende sanitarie che dettaglia la strategia regionale in materia. Tale disposizione si affianca alla realizzazione nel quadro della ricerca finalizzata ex art. 12 /502 per il bando 1999 di un progetto di fattibilità per l'attivazione in Umbria di un registro della malattia diabetica, progetto cui ha fatto seguito, conseguentemente all'obiettivo 14 della DGR 1370/2003 il finanziamento del Registro Regionale per la malattia diabetica presso il Centro di riferimento regionale per la malattia diabetica collocato nella Azienda Ospedaliera di Perugia; l'attività di tale registro è stata finanziata a mandato dalla regione Umbria per 80.000 € nel 2004 ed altri 80.000 € nel 2005, mentre è stata approvata a livello europeo dal DG SANCO il progetto BIRO (Best information through regional outcome: a shared evidence based diabetes information system to support european health police), nell'ambito di un consorzio europeo coordinato dall'Umbria, di cui il registro regionale rappresenta la piattaforma operativa sostanziale.

Le scelte programmatiche effettuate dalla regione Umbria, conformemente con l'orientamento alla prevenzione che ha contraddistinto l'attività del SSR fin dalla sua attivazione, affrontano tutte le aree di intervento previste nell'Intesa Stato Regioni relativamente al Piano nazionale della Prevenzione ed è interesse della Regione Umbria valorizzare il percorso programmatico approvato dai suoi organi istituzionali.

In tale ottica il Piano regionale della prevenzione attiva è costituito dai documenti di programmazione che la Regione ha approvato e che sono stati sopra richiamati, rinviando al PSR 2003-2005 (disponibile sul sito istituzionale) per gli elementi di cornice e di strategia generale, anche in relazione alla descrizione della situazione epidemiologica regionale, particolarmente precisa per quanto riguarda incidenza, prevalenza, mortalità e sopravvivenza delle diverse sedi, grazie alla attività del Registro Tumori Umbro di Popolazione.

Resta inteso che, estendendo gli atti programmatici regionali la loro efficacia fino alla vigenza del PSR, per i periodi successivi sarà la programmazione sanitaria regionale, sulla base delle valutazioni e dei monitoraggi effettuati, a definire tramite ulteriori atti, gli opportuni e dovuti sviluppi.

Per quanto riguarda più specificamente l'utilizzazione dei fondi assegnati alla Regione dell'Umbria per l'anno 2005 in base alla legge 138 del 2004, si ritiene opportuno, data la esiguità degli stessi, impegnarli per la campagna informativa sullo screening del colon retto nonché per l'acquisto del sistema informativo dedicato allo stesso screening, dando mandato al Servizio Programmazione Economico Finanziaria della Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali di definire con successivo atto le modalità di iscrizione nel

bilancio regionale di detti fondi, che ovviamente non permettono di fare fronte a tutte le spese necessarie.

Perugia,

L'Istruttore del Servizio II
(Dott.ssa Michaela Chiodini)

L'Istruttore del Servizio IV
(Dott.ssa Anna Tosti)

VISTO DEL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Visto il documento istruttorio e riscontrata la regolarità del procedimento, ai sensi dell'art. 21, comma 2, del Regolamento interno della Giunta, si trasmette al Direttore per le determinazioni di competenza.

Perugia,

Il Responsabile del procedimento del Servizio II
(Dott. Carlo Romagnoli)

Il Responsabile del Procedimento Servizio IV
(Dott. Gonario Guaitini)

Il Responsabile del procedimento del Servizio III
(Ing. Paolo Di Loreto)

**PARERE IN ORDINE ALLA REGOLARITA' TECNICO-AMMINISTRATIVA E
DICHIARAZIONE CONTABILE**

Ai sensi dell'art. 21, commi 3 e 4, del Regolamento interno della Giunta, si esprime

parere favorevole in ordine alla regolarità tecnico-amministrativa del documento istruttorio e si dichiara che l'atto non comporta impegno di spesa.

Perugia,

Il Responsabile del procedimento del Servizio II
(Dott. Carlo Romagnoli)

Il Responsabile del Procedimento Servizio IV
(Dott. Gonario Guaitini)

Il Responsabile del procedimento del Servizio III
(Ing. Paolo Di Loreto)

PROPOSTA E PARERE DI LEGITTIMITA'

Il Direttore Regionale alla Sanità e Servizi Sociali;

Visto il documento istruttorio;

Atteso che sull'atto sono stati espressi il parere di regolarità tecnico-amministrativa e la dichiarazione contabile prescritti;

Non ravvisando vizi sotto il profilo della legittimità;

propone

alla Giunta regionale l'adozione del presente atto.

Perugia,

Il Direttore
(Dott. Domenico De Salvo)

Programma regionale della prevenzione attiva

Atti programmatici della regione Umbria nelle aree di intervento di cui all'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 sull'art 1, comma 173 della Legge 30/12/2004, "Piano regionale per la realizzazione degli interventi previsti dal Nazionale della Prevenzione";

Allegato 1.1.) Piano delle vaccinazioni

Premessa

Sulla base della Intesa tra Stato, Regioni e Province Autonome sancita lo scorso 23 Marzo 2005 e relativa al Piano Nazionale per la Prevenzione, il Ministero della Salute ha invitato le regioni a presentare, entro il prossimo 30 giugno, progetti regionali in ambiti specifici, uno dei quali dovrà avere come obiettivo il miglioramento della offerta vaccinale. Allo scopo sono state anche definite linee operative per la stesura dei progetti.

Gli interventi di vaccinazione di massa costituiscono sicuramente uno strumento efficace di prevenzione delle malattie infettive di agevole valutazione, tenendo conto che tutti gli indicatori di risultato, qualità e costo sono facilmente individuabili, disponibili e misurabili.

Tale attività, anzi, dovrebbe costituire esempio di valutazione a tutte le altre di prevenzione.

Le strategie vaccinali devono essere continuamente valutate sia sotto il profilo dell'efficacia che dell'efficienza utilizzando indicatori che riguardano l'impatto della vaccinazione sulla comunità (copertura vaccinale) e l'impatto della vaccinazione sulla malattia (accurata diagnosi e notifica delle malattie infettive). Debbono essere, inoltre, correttamente e costantemente monitorate le reazioni avverse sopravvenute dopo somministrazione del vaccino.

Per poter garantire gli obiettivi ed il sistema di sorveglianza indicati dalle Pianificazioni Nazionali e Regionali, e poter implementare la consapevolezza ed il senso di responsabilità dei cittadini nei confronti della tutela (individuale e collettiva) dalle malattie infettive contagiose è necessario impegnarsi nel miglioramento della qualità dei servizi.

Ogni servizio dovrebbe uniformare la propria attività a degli standard operativi globali, che considerino l'accessibilità, la sicurezza della struttura, delle attrezzature e presidi medici, l'informazione, la gratuità, la qualità delle prestazioni, la sorveglianza, la professionalità e la formazione continua, quali caratteristiche intrinseche ed ineludibili dell'operare quotidiano.

La rispondenza ai requisiti di qualità individuati ed un rinforzo delle attività di controllo epidemiologico permetterà di affrontare anche una futura, diversa impostazione delle prestazioni vaccinali basata non più sulla imposizione coercitiva alla vaccinazione, ma sulla consapevolezza da parte dell'intera popolazione della forza di tale strumento nella lotta alle malattie infettive.

Compete ai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica nei Dipartimenti di Prevenzione programmare, organizzare, coordinare, attuare, sorvegliare, valutare e promuovere l'attività vaccinale, sia condotta direttamente con risorse proprie, che attraverso gli operatori di altri servizi aziendali. I Dipartimenti hanno la responsabilità di garantire il raggiungimento a livello locale degli obiettivi specifici della programmazione nazionale e regionale.

La situazione regionale

Nella Regione Umbria la situazione relativa alla attività vaccinale evidenzia buoni livelli di copertura vaccinale sia rispetto alle vaccinazioni obbligatorie che a quelle raccomandate. Emergono tuttavia disomogeneità sul territorio regionale. Nel 2004 si è dato avvio ed è in fase di completamento il "Piano per la eradicazione del Morbillo e della Rosolia congenita" con recupero di una quota parte di suscettibili e applicazione del nuovo calendario vaccinale.

Tutte le ASL della Regione sono dotate di archivi informatizzati la cui operatività, però, non è omogenea, residuando ancora zone periferiche ancora non supportate da un adeguato strumento informatico. È pertanto necessario dotare tutto il territorio regionale di tale strumento ed implementare un una anagrafe vaccinale regionale che consenta di governare e monitorare l'andamento della attività vaccinale.

Obiettivi

- A) Completamento e miglioramento delle anagrafi vaccinali informatizzate di ASL e implementazione dell'anagrafe vaccinale regionale
- B) Mantenimento coperture vaccinali per MPR e altre vaccinazioni previste dal PNV per le categorie a rischio
- C) Miglioramento della qualità dell'offerta vaccinale

Il sistema operativo

Tutte le ASL della regione sono dotate di software per la gestione informatizzata degli archivi vaccinali; tale software, che è collegato alla anagrafe sanitaria ed è in rete con i centri vaccinali, consente:

- la registrazione della attività vaccinale
- la stampa degli inviti vaccinali per l'offerta attiva di tutte le vaccinazioni
- la valutazione delle coperture vaccinali
- la individuazione degli inadempienti e la attivazione di una attività sistematica di recupero dei non vaccinati (catch up) e riproposta periodica della vaccinazione (follow up)

Due della quattro ASL della Regione sono in grado di utilizzare tutta la potenzialità operativa del sistema, per altre due ASL sussistono ancora problemi dovuti a:

- persistenza di centri vaccinali ancora non collegati alla rete aziendale e privi di hardware e software per la gestione dell'archivio vaccinale
- difficoltà dovute al mancato o ritardato allineamento delle anagrafi comunali con la anagrafe sanitaria
- carenza di personale dedicato e formato alla gestione del sistema informatizzato delle vaccinazioni

Le singole anagrafi di ASL non sono in rete tra di loro e con la Regione.

Per il raggiungimento degli obiettivi di cui al presente progetto necessita pertanto:

A) Completamento e miglioramento delle anagrafi vaccinali informatizzate di ASL

A1) Miglioramento della operatività del software in uso tramite la implementazione delle seguenti specifiche tecniche:

- 1) registrazione tramite penna ottica dei dati relativi alla attività vaccinale
- 2) registrazione tramite penna ottica dei dati relativi ai lotti dei prodotti utilizzati

- 3) gestione delle scorte di vaccini
- 4) gestione degli eventi avversi
- 5) elaborazione di reports relativi agli inadempienti per singolo pediatra di libera scelta o medico di medicina generale

A2) Estensione a tutti i centri vaccinali delle ASL della Regione della dotazione hardware e software per la gestione informatizzata dell'archivio vaccinale, compresi i Pronto Soccorso dei presidi ospedalieri per la verifica on line dello stato vaccinale rispetto alla vaccinazione antitetanica.

A3) Realizzazione di software utilizzabile on line dai medici di medicina generale, dai centri

antidiabetici e dai SER.T. per la registrazione delle vaccinazioni antinfluenzali o delle altre

vaccinazioni eseguite ai gruppi a rischio

A4) Formazione personale dedicato alla gestione dell'archivio vaccinale

A5) Implementazione della anagrafe vaccinale informatizzata regionale

A6) Collegamento degli archivi vaccinali di ASL alla rete regionale allo scopo di consentire una

valutazione regionale delle coperture vaccinali ed una gestione dei movimenti demografici

intra regionali

B) Mantenimento di elevate coperture vaccinali per MPR e di elevate coperture vaccinali per i vaccini previsti dal PNV per i soggetti appartenenti a gruppi vulnerabili tramite:

B1) la disponibilità di una anagrafe vaccinale informatizzata che in tempo reale consenta la verifica delle coperture vaccinali per MPR e la individuazione dei suscettibili cui reiterare l'invito e la possibilità di estrarre i dati dei suscettibili per singolo pediatra al fine di coinvolgere il pediatra nel recupero degli inadempienti

B2) il coinvolgimento dei medici di medicina generale per la individuazione ed esecuzione delle vaccinazioni per i gruppi a rischio (antinfluenzali) anche tramite la predisposizioni di programmi on line per la registrazione dei dati vaccinali

C) Miglioramento della qualità dell'offerta vaccinale

C1) Qualità strutturale:

É stata avviata in alcune aziende la ricognizione dei requisiti minimi strutturali, tecnologici, impiantistici ed organizzativi per lo svolgimento delle attività vaccinali presso i punti di erogazione nei centri di salute aziendali. Per tale verifica sono stati utilizzati gli standard indicati dal D.P.R. 14.1.1997 (in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private) e gli standard indicati dal National Vaccine Advisory Committee dell'aprile 1992, approvati da United States Public Health Service, per i requisiti ulteriori.

C1a) Definizione di standard di qualità accettabili relativi a:

- Dimensione del bacino d'utenza di ciascun punto di erogazione (popolazione generale, popolazione di 0-14 anni e over 65 anni)
- Caratteristiche strutturali, impiantistiche ed organizzative dei punti di erogazione (accessibilità, accoglienza, equità):
 1. ambulatorio per l'esecuzione delle prestazioni (dotato di lavandino) che garantisca il rispetto della privacy;
 2. idonei spazi di attesa, accettazione, attività amministrative;
 3. servizi igienici distinti per utenti ed operatori;
 4. spazi/armadi per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni;
 5. disponibilità di punto telefonico fisso;
 6. carrello per la gestione dell'emergenza;
 7. sistema di gestione dei rifiuti sanitari;
 8. dotazione di attrezzature atte a garantire il mantenimento della catena del freddo ed a rilevare una sua eventuale interruzione; anche durante il trasporto dei vaccini dal deposito o magazzino centrale alle singole sedi vaccinali;
 9. corretta tenuta di materiali, farmaci, confezioni soggetti a scadenza;
 10. disponibilità di presidi medico-sanitari idonei per effettuare le somministrazioni nelle migliori condizioni possibili;
 11. disponibilità di presidi medici necessari per intervenire in caso di reazione grave;
 12. presenza di almeno un medico durante lo svolgimento dell'attività ambulatoriale, quale responsabile delle attività cliniche svolte;
 13. personale in numero proporzionale agli accessi ambulatoriali ed alla tipologia dell'attività svolta;
 14. le prestazioni effettuate devono essere registrate e corredate dalle generalità dell'utente.

C1b) Modalità di misurazione della differenza tra la situazione reale e gli standard di qualità accettabile

Analisi congiunta a livello regionale (Gruppo di riferimento regionale-Dipartimenti di Prevenzione-Servizi Igiene e Sanità Pubblica ed Ufficio Prevenzione Regionale) dei risultati della verifica e definizione di lista degli standard di qualità accettabili (entro fine 2006).

C1c) Individuazione dei decisori per le azioni di adeguamento agli standard di qualità accettabile

L'Assessorato alla Sanità e le Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie Locali definiranno percorsi e tempi di adeguamento, secondo un piano di priorità e sulla base delle risorse disponibili.

C2) Qualità professionale

Figure professionali che fanno parte dell'equipe vaccinale:

- Medico di Sanità Pubblica; Pediatra di libera scelta, medico di medicina generale, medico specialista
- Assistente sanitario
- Infermiere
- Personale di supporto amministrativo

La Regione dell'Umbria ha avviato un percorso formativo finalizzato al miglioramento della qualità professionale che si prefigge i seguenti obiettivi:

- C2a) Miglioramento delle capacità comunicative e relazionali degli operatori nel rispetto delle caratteristiche socio-culturali ed etniche della popolazione di riferimento
- C2b) Acquisizione e mantenimento delle capacità di riconoscere e gestire eventi avversi alla vaccinazione a rapida insorgenza
- C2c) Acquisizione delle competenze sulle metodologie di valutazione di customer-satisfaction

attraverso lo strumento dell'aggiornamento formativo accreditato ECM presso le Aziende Sanitarie con formazione congiunta dei pediatri di libera scelta e dei medici di medicina generale per garantire omogeneità nelle conoscenze e nella comunicazione con i cittadini.

C2d) La qualità dei servizi vaccinali e la competenza degli operatori delle equipe vengono garantite anche attraverso:

- disponibilità ed utilizzo di linee guida specifiche inerenti prestazioni e procedure dell'attività vaccinale (modalità di somministrazione, scheda vaccinale, condizioni igieniche di preparazione e somministrazione). Tali linee guida devono essere esplicite ed accessibili a tutti gli operatori ed aggiornate con periodicità definita;
- schede standardizzate per la raccolta dell'anamnesi pre-vaccinale della persona da sottoporre a vaccinazione, elaborata e condivisa con pediatri di libera scelta, medici di medicina generale e medici specialisti;
- elaborazione di protocollo per il consenso informato, a corredo di percorso di informazione corretta su benefici e rischi legati alle vaccinazioni da somministrare, al fine di rendere i cittadini consapevoli rispetto alla decisione di essere vaccinati o far vaccinare i loro bambini;
- procedura per la rilevazione delle controindicazioni vere, temporanee o permanenti all'effettuazione della vaccinazione, elaborata e condivisa con pediatri di libera scelta, medici di medicina generale e medici specialisti;
- elaborazione di protocollo per la gestione delle inadempienze;
- predisposizione di questionario di rilevazione della soddisfazione dell'utente e disponibilità di siti di raccolta degli stessi in forma anonima

Individuazione dei meccanismi di monitoraggio

C2e) Verrà introdotto un sistema di valutazione continua da parte di ogni servizio vaccinale della performance sia in termini quantitativi (copertura vaccinale raggiunta, reazioni avverse ai vaccini) che in termini qualitativi (qualità del servizio e soddisfazione dell'utente).

A tale scopo la Regione dell'Umbria ha istituito un gruppo di riferimento permanente per la elaborazione di indirizzi relativi alla realizzazione dei Piani Regionali per le Vaccinazioni che sta elaborando un sistema di monitoraggio regionale sulla qualità dei Servizi, che si avvarrà del sistema informativo già in uso ed in via di implementazione.

Tempi e Risorse

A) Completamento e miglioramento delle anagrafi vaccinali informatizzate di ASL e implementazione dell'Anagrafe Vaccinale Regionale

- A1) Dicembre 2005
- A2) Giugno 2006
- A3) Giugno 2006
- A4) Giugno 2006
- A5) Dicembre 2006
- A6) Dicembre 2006

B) Mantenimento coperture vaccinali per MPR e altre vaccinazioni previste dal PNV per le categorie a rischio

- B1) Dicembre 2005
- B1) Dicembre 2005

C) Miglioramento della qualità dell'offerta vaccinale

- C1) Giugno 2006
- C2a,b,c) giugno 2007
- C2d) giugno 2006
- C2e) giugno 2007

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 registro 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'hardware necessario per informatizzare schede cliniche e procedure (software 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.

Allegato 1.2.1) DGR n. 941 del 30.6.2004 “Attivazione Screening per il carcinoma del colon retto”

Il PSR 2003/2005 nel capitolo 7.2: “Produrre promozione, prevenzione ed attività di iniziativa”, intende garantire con l'avvio dello screening per il carcinoma del colon-retto (paragrafo l'equità di accesso alle cure efficaci e ridurre la mortalità evitabile.

Nello specifico il PSR per lo Screening per il carcinoma del colon retto impegna la “Regione ad attivare nel triennio lo screening per il colon retto su scala regionale, prevedendo i seguenti passaggi: 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; II° anno: definizione dei programmi aziendali e acquisizione del software; III° anno: attivazione dello screening tramite offerta attiva”. Pertanto il Servizio Programmazione dell'Assistenza Sanitaria di Base e Ospedaliera e Osservatorio Epidemiologico Regionale Umbro (OERU) della Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali ha coordinato la realizzazione delle seguenti attività:

A) analisi epidemiologica sul cr. del colon retto in Umbria, tramite il Registro Tumori Umbro di Popolazione che opera in convenzione con l'OERU e fornisce evidenze su incidenza, mortalità (tab. 1) nel 1999-2001 e sopravvivenza (tab. 2) nel 1994-1998 per cr del colon e del retto, da cui emerge: - per gli uomini cresce l'incidenza del cancro del colon retto, mentre l'aumento della mortalità è ridotto e si osservano miglioramenti nella sopravvivenza relativa; - per le donne il cr del colon è tra le prime tre sedi per incidenza (tra cr della mammella e cr. dello stomaco) che è in aumento, al contrario della mortalità mentre raggiunge una sopravvivenza relativa pari al 60%, del tutto sovrapponibile a quella dei maschi;

Tab. 1: incidenza e mortalità per cr del colon retto in Umbria nel triennio 1999-2001 (Fonte RTUP).

	Tasso annuo di incidenza per 100.000 residenti.	Tasso annuo di mortalità per 100.000 residenti.
Maschi	105,7	42,9
Femmine	79,5	35,5

Tabella 2 Sopravvivenza relativa a cinque anni (%) per alcune sedi tumorali in Umbria. Confronto tra i casi incidenti nei periodi 1978-82 e 1994-96.

ICD-IX SEDE	MASCHI			FEMMINE		
	1978-1982	1994-1996	Var %	1978-1982	1994-1996	Var %
151 STOMACO	25	35	40,0	28	34	21,4
153 COLON	49	59	20,4	54	61	13,0
154 RETTO	48	60	25,0	55	59	7,3
155 FEGATO	1	9	800,0	1	10	900,0
157 PANCREAS	0	4		3	5	66,7
161 LARINGE	63	70	11,1	73		-100,0
162 POLMONE	11	15	36,4	20	18	-10,0
172 PELLE (MELANOMI)	60	58	-3,3	61	81	32,8
174 MAMMELLA (FEMMINE)				71	86	21,1
180 COLLO DELL'UTERO				63	68	7,9
185 PROSTATA	39	71	82,1			
204 LEUCEMIA LINFATICA	46	60	30,4	51	64	25,5
205 LEUCEMIA MIELOIDE	19	25	31,6	6	27	350,0

B) la rassegna delle linee guida disponibili e la loro valutazione metodologica hanno portato ad individuare le L.G. su: "Screening, diagnosi precoce e trattamento multidisciplinare del cancro colon-retto" prodotte nel giugno 2002 dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali nell'ambito del Programma nazionale per le Linee Guida (PNLG), il documento di riferimento per lo svolgimento dello screening del carcinoma del colon retto in Umbria.

Rimandando al sito del PNLG per gli aspetti specifici, appare importante sottolineare in questa sede come vi sia convergenza di evidenze sul fatto che gli strumenti appropriati per ridurre la mortalità evitabile e garantire equità di accesso alle cure efficaci consistano:

- 1) nell'offerta attiva ai cittadini dei due sessi di età 50-74 anni dello screening per il colon retto mediante esame gratuito delle feci biennale o pancoloscopia gratuita ogni dieci anni;
- 2) nella messa a disposizione dei cittadini risultati positivi, di un percorso diagnostico terapeutico gratuito che presenti garanzie di qualità in tutte le fasi.

C) Sulla base delle indicazioni epidemiologiche e di quelle fornite dalla letteratura sulla adesione alle diverse fasi dello screening in questione sono state prodotte due ipotesi applicative calibrate sulla popolazione umbra in età 50-74 anni:

C.1) La prima prevede l'effettuazione del test per il sangue occulto ed i conseguenti approfondimenti diagnostici e interventi terapeutici (tabb. 1- 12)

C.2) La seconda prevede l'effettuazione della pancoloscopia ogni 10 anni ed i conseguenti approfondimenti diagnostici e interventi terapeutici (tabb. 13- 15)

1)SCREENING COLON RETTO. Percorso 1: sangue occulto + colonscopia; Fase A: invito ogni due anni e consegna campioni feci al centro di salute.

TARGET RESIDENTI NELL'ANNO 2000-DI ETA' 50-74 ANNI PER CLASSI DI ETA', SESSO E USL

	50-54		55-59		60-64		65-69		70-74		totale		mf
	m.	f.	m.	f.	m.	f.	m.	f.	m.	f.	m.	f.	
Usl 1	4.021	3.775	3.114	3.106	3.465	3.696	3.284	3.666	2.872	3.585	16.756	17.828	34.584
Usl 2	11.327	11.854	9.435	9.999	10.393	11.390	9.424	10.588	8.301	10.134	48.880	53.965	102.845
Usl 3	5.793	5.805	4.912	5.032	4.951	5.594	4.536	5.388	4.590	5.712	24.782	27.531	52.313
Usl 4	7.896	8.085	6.736	7.223	7.356	7.706	6.449	7.388	6.101	7.724	34.538	38.126	72.664
Totale	29.037	29.519	24.197	25.360	26.165	28.386	23.693	27.030	21.864	27.155	124.956	137.450	262.406

2)SCREENING COLON RETTO. Percorso 1: sangue occulto + colonscopia; Fase B: test immunologici da eseguire ogni due anni con ipotesi adesione al 50%.

TARGET RESIDENTI NELL'ANNO 2000-DI ETA' 50-74 ANNI PER CLASSI DI ETA', SESSO E USL

	50-54		55-59		60-64		65-69		70-74		totale		mf
	m.	f.	m.	f.	m.	f.	m.	f.	m.	f.	m.	f.	
Usl 1	2.011	1.888	1.557	1.553	1.733	1.848	1.642	1.833	1.436	1.793	8.378	8.914	17.292
Usl 2	5.664	5.927	4.718	5.000	5.197	5.695	4.712	5.294	4.151	5.067	24.440	26.983	51.423
Usl 3	2.897	2.903	2.456	2.516	2.476	2.797	2.268	2.694	2.295	2.856	12.391	13.766	26.157
Usl 4	3.948	4.043	3.368	3.612	3.678	3.853	3.225	3.694	3.051	3.862	17.269	19.063	36.332
Totale	14.519	14.760	12.099	12.680	13.083	14.193	11.847	13.515	10.932	13.578	62.478	68.725	131.203

3)SCREENING COLON RETTO. Percorso 1: sangue occulto + colonscopia; Fase C: pz da invitare ogni due anni alla colonscopia (ipotesi minima: 3% pos.test immunol.)

TARGET RESIDENTI NELL'ANNO 2000-DI ETA' 50-74 ANNI PER CLASSI DI ETA', SESSO E USL

	50-54		55-59		60-64		65-69		70-74		totale		mf
	m.	f.	m.	f.	m.	f.	m.	f.	m.	f.	m.	f.	
Usl 1	60	57	47	47	52	55	49	55	43	54	251	267	519
Usl 2	170	178	142	150	156	171	141	159	125	152	733	809	1.543
Usl 3	87	87	74	75	74	84	68	81	69	86	372	413	785
Usl 4	118	121	101	108	110	116	97	111	92	116	518	572	1.090
Totale	436	443	363	380	392	426	355	405	328	407	1.874	2.062	3.936

4)SCREENING COLON RETTO. Percorso 1: sangue occulto + colonscopia; Fase C: pz da invitare ogni 2 anni alla colonscopia (ipotesi massima: 5% pos. test immun.)

TARGET RESIDENTI NELL'ANNO 2000-DI ETA' 50-74 ANNI PER CLASSI DI ETA', SESSO E USL

	50-54		55-59		60-64		65-69		70-74		totale		mf
	m.	f.	m.	f.	m.	f.	m.	f.	m.	f.	m.	f.	
Usl 1	101	94	78	78	87	92	82	92	72	90	419	446	865
Usl 2	283	296	236	250	260	285	236	265	208	253	1.222	1.349	2.571
Usl 3	145	145	123	126	124	140	113	135	115	143	620	688	1.308
Usl 4	197	202	168	181	184	193	161	185	153	193	863	953	1.817
Totale	726	738	605	634	654	710	592	676	547	679	3.124	3.436	6.560

5)SCREENING COLON RETTO. Percorso 1: sangue occulto + colonscopia; Fase D: adesioni attese su 2 anni alla colonscopia (75% adesioni su 3% pos.test immunol.)

TARGET RESIDENTI NELL'ANNO 2000-DI ETA' 50-74 ANNI PER CLASSI DI ETA', SESSO E USL

	50-54		55-59		60-64		65-69		70-74		totale		mf
	m.	f.	m.	f.	m.	f.	m.	f.	m.	f.	m.	f.	
Usl 1	45	42	35	35	39	42	37	41	32	40	189	201	389
Usl 2	127	133	106	112	117	128	106	119	93	114	550	607	1.157
Usl 3	65	65	55	57	56	63	51	61	52	64	279	310	589
Usl 4	89	91	76	81	83	87	73	83	69	87	389	429	817
Totale	327	332	272	285	294	319	267	304	246	305	1.406	1.546	2.952

6)SCREENING COLON RETTO. Percorso 1: sangue occulto + colonscopia; Fase D: adesioni attese su 2 anni alla colonscopia (75% adesioni su 5% pos.test immunol.)

TARGET RESIDENTI NELL'ANNO 2000-DI ETA' 50-74 ANNI PER CLASSI DI ETA', SESSO E USL

	50-54		55-59		60-64		65-69		70-74		totale		mf
	m.	f.	m.	f.	m.	f.	m.	f.	m.	f.	m.	f.	
Usl 1	75	71	58	58	65	69	62	69	54	67	314	334	648
Usl 2	212	222	177	187	195	214	177	199	156	190	917	1.012	1.928
Usl 3	109	109	92	94	93	105	85	101	86	107	465	516	981
Usl 4	148	152	126	135	138	144	121	139	114	145	648	715	1.362
Totale	544	553	454	476	491	532	444	507	410	509	2.343	2.577	4.920

7)SCREENING COLON RETTO. Percorso 1: sangue occulto + colonscopia; Fase E1: stima pz con lesioni precancerose (20% colonscopie su 3% pos.test immunol.)

TARGET RESIDENTI NELL'ANNO 2000-DI ETA' 50-74 ANNI PER CLASSI DI ETA', SESSO E USL

	50-54		55-59		60-64		65-69		70-74		totale		mf
	m.	f.	m.	f.	m.	f.	m.	f.	m.	f.	m.	f.	
Usl 1	9	8	7	7	8	8	7	8	6	8	38	40	78
Usl 2	25	27	21	22	23	26	21	24	19	23	110	121	231
Usl 3	13	13	11	11	11	13	10	12	10	13	56	62	118
Usl 4	18	18	15	16	17	17	15	17	14	17	78	86	163
Totale	65	66	54	57	59	64	53	61	49	61	281	309	590

8)SCREENING COLON RETTO. Percorso 1: sangue occulto + colonscopia; Fase E1: stima pz con lesioni precancerose (20% delle colonscopie su 5% pos.test immunol.)

TARGET RESIDENTI NELL'ANNO 2000-DI ETA' 50-74 ANNI PER CLASSI DI ETA', SESSO E USL

	50-54		55-59		60-64		65-69		70-74		totale		mf
	m.	f.	m.	f.	m.	f.	m.	f.	m.	f.	m.	f.	
Usl 1	30	28	23	23	26	28	25	27	22	27	126	134	259
Usl 2	85	89	71	75	78	85	71	79	62	76	367	405	771
Usl 3	43	44	37	38	37	42	34	40	34	43	186	206	392
Usl 4	59	61	51	54	55	58	48	55	46	58	259	286	545
Totale	218	221	181	190	196	213	178	203	164	204	937	1.031	1.968

9)SCREENING COLON RETTO. Percorso 1: sangue occulto + colonscopia; Fase E2: stima biennale biopsie x anat. pat. (50% biopsie su ipotesi 3% pos.test immunologico)

TARGET RESIDENTI NELL'ANNO 2000-DI ETA' 50-74 ANNI PER CLASSI DI ETA', SESSO E USL

	50-54		55-59		60-64		65-69		70-74		totale		mf
	m.	f.	m.	f.	m.	f.	m.	f.	m.	f.	m.	f.	
Usl 1	30	28	23	23	26	28	25	27	22	27	126	134	259
Usl 2	85	89	71	75	78	85	71	79	62	76	367	405	771
Usl 3	43	44	37	38	37	42	34	40	34	43	186	206	392
Usl 4	59	61	51	54	55	58	48	55	46	58	259	286	545
Totale	218	221	181	190	196	213	178	203	164	204	937	1.031	1.968

10)SCREENING COLON RETTO. Percorso 1: sangue occulto + colonscopia; Fase E2: stima biopsie x anat. Patol.(50% di biopsie ipotesi 5% pos.test immunologico)

TARGET RESIDENTI NELL'ANNO 2000-DI ETA' 50-74 ANNI PER CLASSI DI ETA', SESSO E USL

	50-54		55-59		60-64		65-69		70-74		totale		mf
	m.	f.	m.	f.	m.	f.	m.	f.	m.	f.	m.	f.	
Usl 1	38	35	29	29	32	35	31	34	27	34	157	167	324
Usl 2	106	111	88	94	97	107	88	99	78	95	458	506	964
Usl 3	54	54	46	47	46	52	43	51	43	54	232	258	490
Usl 4	74	76	63	68	69	72	60	69	57	72	324	357	681
Totale	272	277	227	238	245	266	222	253	205	255	1.171	1.289	2.460

11)SCREENING COLON RETTO. Percorso 1: sangue occulto + colonscopia; Fase F: casi biennali attesi di carcinoma (2% lesioni precancerose rilevate alla colonscopia)

TARGET RESIDENTI NELL'ANNO 2000-DI ETA' 50-74 ANNI PER CLASSI DI ETA', SESSO E USL

	50-54		55-59		60-64		65-69		70-74		totale		mf
	m.	f.	m.	f.	m.	f.	m.	f.	m.	f.	m.	f.	
Usl 1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
Usl 2	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	2	5
Usl 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
Usl 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	3
Totale	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6	6	12

12)SCREENING COLON RETTO. Percorso 1: sangue occulto + colonscopia; Fase F: casi biennali attesi di carcinoma (2% lesioni precancerose rilevate alla colonscopia)

TARGET RESIDENTI NELL'ANNO 2000-DI ETA' 50-74 ANNI PER CLASSI DI ETA', SESSO E USL

	50-54		55-59		60-64		65-69		70-74		totale		mf
	m.	f.	m.	f.	m.	f.	m.	f.	m.	f.	m.	f.	
Usl 1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	3	3	5
Usl 2	2	2	1	1	2	2	1	2	1	2	7	8	15
Usl 3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	4	8
Usl 4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	6	11
Totale	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	19	21	39

13) SCREENING COLON RETTO. Percorso 2: colonscopia ogni 10 anni; Fase A: numero annuale di inviti

TARGET RESIDENTI NELL'ANNO 2000-DI ETA' 50-74 ANNI PER CLASSI DI ETA', SESSO E USL

	50-54		55-59		60-64		65-69		70-74		totale		mf
	m.	f.	m.	f.	m.	f.	m.	f.	m.	f.	m.	f.	
Usl 1	402	378	311	311	347	370	328	367	287	359	1.676	1.783	3.458
Usl 2	1.133	1.185	944	1.000	1.039	1.139	942	1.059	830	1.013	4.888	5.397	10.285
Usl 3	579	581	491	503	495	559	454	539	459	571	2.478	2.753	5.231
Usl 4	790	809	674	722	736	771	645	739	610	772	3.454	3.813	7.266
Totale	2.904	2.952	2.420	2.536	2.617	2.839	2.369	2.703	2.186	2.716	12.496	13.745	26.241

14) SCREENING COLON RETTO. Percorso 2: colonscopia ogni 10 anni; Fase B: numero annuale di colonscopie con ipotesi adesione 17%

TARGET RESIDENTI NELL'ANNO 2000-DI ETA' 50-74 ANNI PER CLASSI DI ETA', SESSO E USL

	50-54		55-59		60-64		65-69		70-74		totale		mf
	m.	f.	m.	f.	m.	f.	m.	f.	m.	f.	m.	f.	
Usl 1	68	64	53	53	59	63	56	62	49	61	285	303	588
Usl 2	193	202	160	170	177	194	160	180	141	172	831	917	1.748
Usl 3	98	99	84	86	84	95	77	92	78	97	421	468	889
Usl 4	134	137	115	123	125	131	110	126	104	131	587	648	1.235
Totale	494	502	411	431	445	483	403	460	372	462	2.124	2.337	4.461

15) SCREENING COLON RETTO. Percorso 2: colonscopia ogni 10 anni; Fase C: numero annuale di positivi alla colonscopia (ipotesi 2%)

TARGET RESIDENTI NELL'ANNO 2000-DI ETA' 50-74 ANNI PER CLASSI DI ETA', SESSO E USL

	50-54		55-59		60-64		65-69		70-74		totale		mf
	m.	f.	m.	f.	m.	f.	m.	f.	m.	f.	m.	f.	
Usl 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6	6	12
Usl 2	4	4	3	3	4	4	3	4	3	3	17	18	35
Usl 3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	8	9	18
Usl 4	3	3	2	2	3	3	2	3	2	3	12	13	25
Totale	10	10	8	9	9	10	8	9	7	9	42	47	89

D) Infine è stata acquisita come base per la stima delle risorse assorbite dall'attivazione e messa a regime del cr del colon retto in Umbria, l'analisi dei costi effettuata nella Regione Toscana sul programma di screening della ASL 10 di Firenze. In questa occasione si è stimato, attraverso una analitica valutazione dei costi prodotti dalle singole fasi e attività connesse con il test biennale per il sangue occulto nelle feci, un costo medio paria circa Euro 118.610 ogni 10.000 cittadini invitati (sulla base delle percentuali di adesione attese e delle caratteristiche epidemiologiche della malattia), con un costo per adenoma individuato che oscillerebbe tra Euro 1975 e 2150, mentre il costo per cancro individuato si collocherebbe tra Euro 4750 e 7000.

Assumendo che popolazione da sottoporre a screening ogni anno sia nel primo round pari a 131.203 residenti, avremmo un costo annuo di Euro 1.556.000, valore che in prima approssimazione viene ritenuto indicativo dei costi di attivazione in Umbria, anche se potenzialmente sovrastimato da almeno due fattori: - il minor costo da sostenere per quei cittadini che sceglieranno di effettuare una pancolonscopia ogni 10 anni; - la quota di costi già oggi sostenuti in ogni caso dal SSR per una quota di pancolonscopie effettuate per quesiti diagnostici su cittadini umbri e che non sarebbero più necessarie una volta attivata la procedura di offerta attiva. Su questa base si è stimato che Euro 1.500.000 possano rappresentare una prima valida approssimazione del costo annuo della intera procedura di screening.

Allegato 1.2.2) DGR 1021 del 22.6.2005 "Percorso organizzativo screening per il carcinoma del colon retto"

Premessa

Questo documento si riferisce all'attivazione di un programma di screening per il carcinoma del colon retto a livello regionale mediante test per la ricerca del sangue occulto fecale e si propone i seguenti obiettivi: definire le singole fasi del percorso organizzativo che le aziende devono offrire attivamente ad una popolazione sana con fini di prevenzione

secondaria; individuare le caratteristiche fondamentali del sistema informativo e gli indicatori per il monitoraggio e la valutazione del programma; descrivere lo stato di avanzamento attuale del processo regionale di attivazione dello screening; pianificare le attività ed i tempi relativi per l'avvio effettivo dello screening; individuare le competenze per la realizzazione delle attività per l'avvio dello screening e per le fasi del percorso organizzativo. Riferimenti legislativi, normativi e linee guida di riferimento D.G.R. 941/2004: Attivazione screening per il carcinoma del colon retto; Piano Sanitario Regionale 2003-2005; Programma Nazionale per le Linee Guida: "Linee Guida su screening, diagnosi precoce e trattamento multidisciplinare del cancro del colon retto". Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, Giugno 2002.

Obiettivi generali del programma e obiettivi per la qualità

Obiettivi generali :

Garantire ogni due anni a tutta la popolazione residente nel territorio regionale in fascia di età 50-74 anni l'offerta attiva del test di screening e degli eventuali approfondimenti che si rendono successivamente necessari;

Garantire equità di accesso alle cure efficaci e ridurre la mortalità evitabile organo specifica;

Obiettivi per la qualità :

Garantire al cittadino risultato positivo un percorso diagnostico-terapeutico gratuito che presenti garanzie di qualità in tutte le sue fasi, attraverso l'applicazione di protocolli definiti e la formazione del personale;

Monitorare la qualità delle varie fasi del processo con la sorveglianza, la valutazione ed il mantenimento a livelli ottimali di tutte le caratteristiche di prestazione che possono essere misurate e controllate;

Assicurare la qualità dell'informazione e la trasparenza necessarie nel rapporto tra struttura/utente.

PERCORSO ORGANIZZATIVO

Il programma di screening per la diagnosi precoce del carcinoma del colon retto è una azione di prevenzione attiva che consiste nell'invitare tutti i cittadini residenti in Umbria di età compresa tra 50 e 74 anni ad effettuare un test per la ricerca del sangue occulto fecale con cadenza biennale e ad effettuare una colonscopia di approfondimento in caso di risposta positiva al test di screening; il programma, inoltre, prevede la possibilità di inserire nel percorso di screening anche coloro che non ricevono lettera di invito (adesione spontanea), purché nella fascia di età bersaglio. L'intero processo può essere suddiviso in tre fasi fondamentali che sono di seguito descritte mediante diagrammi di flusso.

FASE 1 – SELEZIONE POPOLAZIONE BERSAGLIO E GESTIONE INVITI

LISTE ANAGRAFICHE ESTRATTE DALL'ANAGRAFE SANITARIA REGIONALE ED AGGREGATE PER
ASL E MEDICO CURANTE AGGIORNATE AL MOMENTO DELL'ESTRAZIONE DELLA POPOLAZIONE
BERSAGLIO



ESCLUSIONE DEI SOGGETTI NON ELEGIBILI ATTRAVERSO LINKAGE CON FLUSSO SDO, FLUSSO
PRESTAZIONI AMBULATORIALI E DATI RTUP*



INVIO LISTE A CENTRI SCREENING



PIANIFICAZIONE DEGLI INVITI E DELLA DISTRIBUZIONE DEL TEST PER IL BIENNIO DI SCREENING

↓
INVIO LETTERA DI INVITO E KIT PER L'ESECUZIONE DEL TEST TRAMITE SERVIZIO POSTEL

↓
ESECUZIONE DEL TEST[^]

* I criteri di esclusione sono i seguenti: test di ricerca del sangue occulto eseguito da meno di due anni; endoscopia eseguita da meno di 10 anni; anamnesi di carcinoma del colon retto; pazienti con gravi affezioni invalidanti o terminali; pazienti psichiatrici gravi; decessi o trasferimenti.

L'invito prevede la spedizione tramite Postel della lettera di invito personale, a firma del proprio MMG, del kit per la ricerca del sangue occulto e di un opuscolo informativo, nel quale sono fornite tutte le informazioni necessarie sul programma e il percorso di screening e sull'esecuzione del test, i tempi di conservazione e di invio al centro di lettura.

[^] Il test utilizzato è quello immunologico di agglutinazione su lattice di tipo quantitativo, con cut off di 100 ng/ml, da eseguire a domicilio dai soggetti rispondenti su un solo campione fecale senza restrizioni dietetiche e che prevede la lettura automatizzata.

NOTA - Debbono essere altresì esclusi dal programma di screening, una volta individuati, i soggetti a rischio aumentato; tuttavia le modalità di individuazione di tali soggetti, nonché il percorso di approfondimento diagnostico e terapeutico, saranno definite da un gruppo di lavoro creato ad hoc.

FASE 2 - ESECUZIONE E LETTURA DEL TEST

IL CITTADINO ESEGUE IL TEST AL PROPRIO DOMICILIO

SI

INVIO DEL KIT CON POSTA PRIORITARIA
AL CENTRO DI LETTURA DELLA ASL

↓

TEST ESEGUITO CORRETTAMENTE

SI

REFERTAZIONE DEL TEST

POSITIVO

**RICHIAMO PER
APPROFONDIMENTO°**

**SECONDO LIVELLO
DIAGNOSTICO**

NEGATIVO

**SEGNALAZIONE
AL MMG°**

INDICAZIONE CONTROLLO A 2 ANNI

NO →

← SI

RICHIAMO PER MOTIVI TECNICI°

RICHIAMO DOPO 3 MESI DAL PRIMO INVITO*

↓

ADESIONE AL RICHIAMO

NO

**INVIO LISTA NON RESPONDERI AL MMG
PER EVENTUALE RECUPERO**

* Nel caso in cui il soggetto non invia il kit al centro di lettura entro i 3 mesi dall'invito, il centro screening provvede a inviare una lettera di sollecito e ad invitare il soggetto a fare il test con il kit già inviato o ritirandolo presso i Centri di Salute; può essere prevista la restituzione del kit nel caso il soggetto non voglia aderire allo screening.

^ I soggetti con esito inadeguato sono invitati a ripetere il test tramite lettera (o telefonicamente) e nuovo invio del kit (o ritiro presso farmacie o centri di salute) I soggetti con esito positivo sono contattati, preferibilmente per telefono, informati della necessità di approfondimenti mediante colonscopia; le aziende devono organizzare un percorso che coinvolga i MMG per l'intervento di counseling e che garantisca al soggetto positivo al test facilità di accesso per il completamento dell'iter di screening alle strutture appositamente individuate a livello aziendale.

NOTA: E' raccomandabile che le sedute endoscopiche di approfondimento per lo screening siano effettuate nell'ambito di centri endoscopici di riferimento appositamente individuati dalle aziende e in sessioni dedicate.

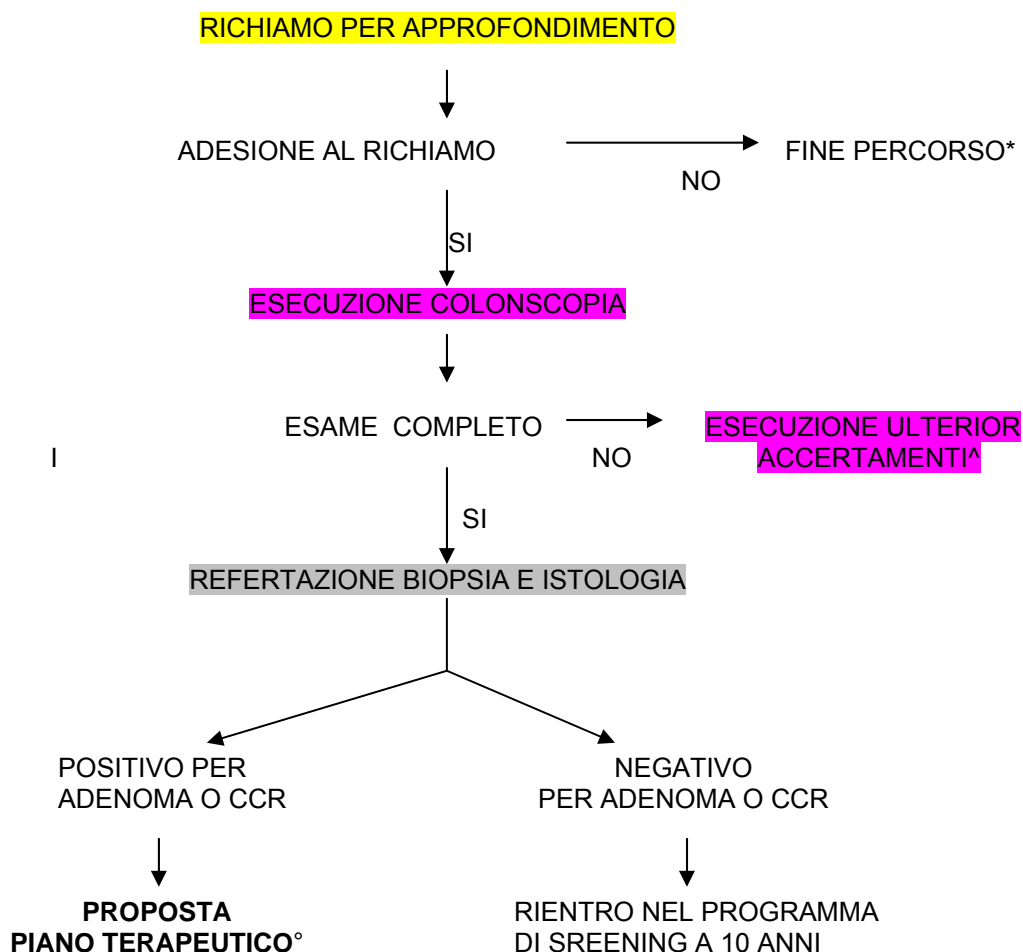
Legenda: strutture che hanno la competenza del passaggio

Centro Screening ASL

Laboratorio ASL

Strutture di II livello ASL e Azienda Ospedaliera

FASE 3 - SECONDO LIVELLO DIAGNOSTICO



* Per i soggetti positivi non rispondenti deve essere previsto un recupero personalizzato, che il Centro Screening attuerà direttamente o tramite invio ai MMG dell'elenco dei non aderenti al II livello;

^ Nei casi di colonscopia incompleta è raccomandabile, in assenza di controindicazioni cliniche, l'effettuazione di una RX del colon a doppio contrasto;

° La fase successiva alla diagnosi di positività comprende la corretta stadiazione e la terapia fino alla consegna del soggetto all'Unità Operativa che si farà carico del follow up. Al termine dell'iter diagnostico al soggetto viene consegnata la documentazione contenente le conclusioni diagnostiche, le eventuali terapie effettuate e il consiglio di controllo. E' necessario uno stretto collegamento tra Centro Screening – Laboratorio (I livello) e Servizi di Endoscopia aziendale (II livello) per il ritorno delle informazioni riguardanti l'approfondimento diagnostico e il trattamento con le modalità individuate dal Centro di Riferimento Regionale per l'Oncologia (cartella oncologica); al II livello dovranno pervenire i risultati delle indagini istologiche dalle Anatomie Patologiche e dei trattamenti per l'inserimento nel database e l'invio al centro screening. Si prevede il recupero delle informazioni sul II e III livello per i soggetti che accedono a strutture extraregionali tramite il flusso della mobilità sanitaria (SDO).

Legenda: strutture che hanno la competenza del passaggio

Centro Screening ASL

Strutture di II livello ASL e Azienda Ospedaliera

Anatomie patologiche

SISTEMA INFORMATIVO E VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA

Il sistema informativo per la valutazione di processo ed esito del programma di screening presuppone la compatibilità e l'integrazione tra i sistemi tecnologici di supporto, quali il software gestionale del programma di screening, dell'anagrafe sanitaria regionale o aziendale, la procedura Postel, il sistema informatico di lettura/refertazione laboratoristica, di refertazione delle anatomie patologiche e delle endoscopie. La rete informatica prevede un server per ciascuna azienda che gestisce tutti i dati relativi allo screening, come riportati nell'allegato A; ogni programma di screening aziendale deve registrare per ciascun individuo coinvolto un set di variabili minime, come riportato nell'allegato B. La valutazione epidemiologica di processo e di esito prevede la stesura a livello regionale di un report annuale tramite il calcolo dei principali indicatori individuati. E' previsto un collegamento con il RTUP per il calcolo di alcuni indicatori di esito e per eventuali altri approfondimenti.

INDICATORI DI QUALITA' ED ESITO DEL PROGRAMMA

Copertura (percentuale popolazione bersaglio invitata) Tasso di partecipazione (al I invito e al sollecito) Proporzioni di test inadeguati Intervallo test negativo (data lettura) – referto (data risposta) Tasso di positività al test per la ricerca del sangue occulto fecale (invio a colonscopia) Intervallo test positivo – approfondimento Adesione all'invio in colonscopia Detection rate per cancro Detection rate per adenoma (avanzato/ad alto rischio)* VPP per cancro VPP per adenoma (avanzato/ad alto rischio) Localizzazione e tipo istologico delle lesioni rilevate Distribuzione per stadi dei cancri screen-detected Percentuale di colonscopie complete Complicanze della colonscopia Intervallo tra indicazione chirurgica e intervento Tasso di cancri intervallo * Adenoma avanzato: diametro massimo ≥ 1 cm, o con istologia villosa o tubulo-villosa, o con displasia grave; Adenoma ad alto rischio: adenoma avanzato o presenza di tre o più adenomi.

PROGRAMMA DELLE ATTIVITA' PER L'AVVIO DELLO SCREENING COLORETTALE: STATO DI AVANZAMENTO ATTUALE E ATTIVITA' PREVISTE ENTRO IL 2005.

Nel secondo anno di vigenza del PSR 2003-2005 è stata avviata la pianificazione delle attività per l'avvio del programma di screening coloretale; l'inizio effettivo del programma con gli inviti alla popolazione è previsto per il 1° gennaio 2006. Al 30 aprile 2005 lo stato di avanzamento delle attività regionali è il seguente: È stato istituito un comitato organizzativo/valutativo, attraverso l'individuazione da parte delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere dei referenti organizzativi per il primo e il secondo livello, dei referenti epidemiologici e di laboratorio, e un comitato clinico composto dai referenti per l'endoscopia, l'anatomia patologica, la chirurgia, l'oncologia; È stata presentata e discussa con i componenti dei comitati una prima proposta riguardante il percorso organizzativo per lo screening; È stata individuata, in accordo con le Aziende, la ditta fornitrice del software per la gestione del programma di screening; E' stata richiesta l'individuazione da parte delle Aziende delle sedi dei Centri Screening e dei Laboratori, nonché dei centri per il II livello. La programmazione delle attività per l'avvio del programma di screening coloretale prevede entro il 2005 le seguenti fasi: Entro la fine del primo semestre del 2005 è prevista la formalizzazione del percorso organizzativo finalizzata all'acquisizione del software da parte delle aziende e alla definizione dell'accordo con Poste Italiane da parte della Regione; Nel secondo semestre del 2005 le Aziende, in collaborazione con i Servizi di competenza della Regione, metteranno a punto l'architettura del software di gestione, svilupperanno i contenuti, le modalità e gli strumenti per la campagna informativa e per la formazione. Il primo round di screening sarà considerato di sperimentazione; il monitoraggio annuale e la valutazione biennale permetteranno eventuali aggiustamenti o modifiche riguardanti l'organizzazione del programma. Per tale motivo la convenzione con Poste Italiane, gestita dalle singole

Aziende, sarà stipulata sulla base di un accordo regionale, soggetto a valutazione a conclusione del primo round. Per quanto riguarda i protocolli clinici per l'approfondimento diagnostico, il trattamento e il follow up dei soggetti positivi al test di screening e dei soggetti ad alto rischio e i criteri di qualità sulla base dei quali identificare le strutture di riferimento per il II livello, il documento di riferimento è rappresentato dalle Linee Guida su screening, diagnosi precoce e trattamento multidisciplinare del cancro del colon retto dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali; sugli argomenti citati saranno, quindi, avviati più gruppi di lavoro, coordinati dal Responsabile del Centro di Riferimento Regionale per l'Oncologia e costituiti dai referenti clinici per lo screening, che avranno l'obiettivo di implementare le linee guida di riferimento e di verificarne l'applicabilità a livello regionale.

ALLEGATO A) alla DGR 1021 del 22.6.2005

DATI GESTITI DAL SERVER AZIENDALE

Soggetti eligibili Inviti al I livello Non responders al I invito Soggetti richiamati dopo 3 mesi Non responders al II invito Risultati del test di screening Soggetti negativi Soggetti positivi da inviare al II livello Soggetti con test inadeguato Risultati del II livello Soggetti sottoposti a trattamento chirurgico
Esami istologici relativi al trattamento endoscopico e/o chirurgico

**ALLEGATO B) alla DGR 1021 del 22.6.2005
SET DI VARIABILI MINIME DA REGISTRARE PER OGNI INDIVIDUO**

Test di screening

Nome e cognome soggetto invitato

Codice identificativo soggetto (codice fiscale)

Data e comune di nascita

Sesso

Comune di residenza Indirizzo e CAP

Numeri di telefono

Codice di esclusione

Data invio

kit Inviati inusitati per motivi postali

Data raccolta campione

Data accettazione campione Data sollecito

Data lettura test di screening

Esito test di screening

Data risposta postale o telefonica

Codice medico

Barcode e/o numero esame

Approfondimenti diagnostici Codice identificativo soggetto Data esame colonscopico

Codice operatore esame colonscopico Qualità esame endoscopico Ottimale Sufficiente

Inadeguata impossibile Registrazione eventuale biopsia e polipectomia Registrazione

eventuali complicanze (opzionale) sanguinamento post-polipectomia perforazione altro

Registrazione eventuali altri approfondimenti diagnostici Polipi (numero); per ogni polipo

indicare: Sede Diametro endoscopico Aspetto macroscopico (sessile o peduncolato)

Istologia (tipo istologico e grado di displasia) Terapia effettuata (endoscopica/chirurgica)

Cancro Aspetto macroscopico Sede Istologia Terapia effettuata Stadiazione Conclusioni

diagnostiche

**Allegato 1.3.1) La prevenzione cardiovascolare Fonte:
PSR capitolo 8.2.5."Lotta alle cardio e cerebro vasculopatie"**

La progettualità del triennio passato ha risentito, come e forse più di altri analoghi rivolti a patologie d'organo, della mancanza di ambiti aziendali di coordinamento, talché le iniziative proposte in materia di promozione della salute, prevenzione primaria e secondaria dei fattori di rischio cardio e cerebrovascolari (peraltro in gran parte coincidenti) e l'appropriata articolazione degli interventi tra medicina di base, servizi specialistici e servizi ospedalieri hanno risentito di una forte eterogeneità applicativa, contribuendo a ridurre i guadagni di salute conseguibili. Peraltro l'attenzione delle collettività locali è tuttora molto concentrata sugli aspetti legati alla terapia individuale creando climi più favorevoli allo sviluppo di approcci farmacologici e dei servizi specialistici che allo svolgimento delle attività di promozione e prevenzione primaria. Il Piano nel prossimo triennio:

1) conferma, puntualizzandoli e aggiornandoli, gli obiettivi di salute già individuati nel PSR 1999 2001 che miravano ad un approccio globale nella lotta alle malattie cardio e cerebrovascolari;

2) rideclina gli obiettivi all'interno delle aree di attività previste nella sezione 4, sviluppando a tal fine studi epidemiologici mirati a costruire e documentare gli outcome relativi al contributo di cardiologi e neurologi alla riduzione della disabilità evitabile;

3) assume la complessità dello scenario e la molteplicità degli attori presenti nel settore, rilanciando la sfida per una gestione globale ed unitaria della lotta alle cardio e cerebrovasculopatie attraverso le strategie:

- dei patti per la salute (nella scuola, degli anziani, per le città sane) che puntano a creare cittadini consapevoli ed attivi nella promozione della propria salute e nella interazione con i servizi sanitari e ambienti salubri, costruendo le interazioni di massa necessarie per affrontare i problemi ad un livello adeguato alla loro dimensione;

- del governo clinico delle attività territoriali ed ospedaliere chiamate a garantire tutte le dimensioni operative della qualità assistenziale (sicurezza, efficacia, appropriatezza, equità, efficienza, coinvolgimento degli utenti) sia nei percorsi assistenziali del territorio che in quelli ospedalieri per la acute care e per la long term care, con una migliore definizione delle responsabilità gestionali a partire dalle direzioni sanitarie delle ASL, dei distretti e dei dipartimenti di area e puntando sulla responsabilizzazione delle équipe territoriali; in tale scenario chiama tutti i professionisti ad una gestione più appropriata della risorsa farmaco (statine, antiipertensivi, etc.);

4) definisce le modalità di integrazione per le attività cardio chirurgiche tra le due aziende ospedaliere e i servizi aziendali di cardiologia in modo da conseguire una gestione effettivamente coordinata anche attraverso un dipartimento interaziendale;

5) prende atto della necessità di trovare il punto di equilibrio, particolarmente per l'alta specialità, tra l'esigenza di evitare la «migrazione sanitaria» dei cittadini umbri (tenendo in debito conto non solo le ridotte dimensioni del territorio regionale, ma anche la sua particolare articolazione e posizione geografica) e quella di creare centri che possano raggiungere, nel triennio, la piena espressione raggiungendo i requisiti strutturali e professionali per l'accreditamento. In questa cornice inserisce il proseguimento della sperimentazione delle attività di cardiocirurgia all'AO di Terni, assumendo il triennio 2003-2005 come ambito temporale per la verifica del raggiungimento di tali requisiti, in deroga a quanto previsto nel paragrafo 7.5.4.8;

6) definisce: — l'evoluzione, per ciascuno degli ambiti territoriali delle 4 ASL e sulla base delle indicazioni delle Società Scientifiche, della rete regionale dell'emodinamica prevedendo la continuazione delle attività di Gualdo Tadino e in prospettiva del nuovo ospedale di Branca in stretto collegamento con il dipartimento di cui al punto 4, che ne garantisce la sicurezza e l'appropriatezza; — l'evoluzione dell'offerta nel campo del trattamento delle aritmie; — i fabbisogni nel campo della chirurgia vascolare;

7) definisce i bisogni riabilitativi nell'area cardiologica in linea con le indicazioni scientifiche internazionali e nazionali, riservando al già funzionante servizio di Gualdo Tadino e alle AO le attività riabilitative precoci per i cardioperati ed i trapiantati, mentre la riabilitazione cardiologica ambulatoriale avviene di norma a livello territoriale;

8) per lo specifico della lotta alle cerebrovasculopatie, oltre agli interventi sopra definiti, fornisce le indicazioni di seguito esposte. La letteratura medica internazionale conviene ormai sul fatto che i pazienti con ictus cerebrale in fase acuta necessitino di un'assistenza specialistica integrata fin dall'inizio, che faccia parte di un percorso riabilitativo e che imposti fin da subito la prevenzione secondaria. I dati disponibili evidenziano il vantaggio indubbio dell'Unità per ictus di tipo «riabilitativo», ma suggeriscono che l'assistenza dedicata e specializzata sia di vantaggio anche nei primi giorni. Non vale certamente l'inverso: non ha senso ricoverare il paziente in strutture dedicate per uno o due giorni e poi trasferirlo in reparti comuni di degenza, poiché così facendo si perderebbero evidentemente tutti i vantaggi in termini di mortalità e disabilità

evitabile. Sono quindi da condividersi le garanzie per il paziente con ictus riassunte nello schema seguente:

1) ricovero più precoce possibile (entro le prime ore dall'insorgenza dei sintomi) in una struttura ospedaliera dedicata (Stroke Unit), o, in mancanza di posti letto, in area di degenza medica che utilizzi gli stessi criteri diagnostico-terapeutici ed assistenziali, con il supporto del personale della Stroke Unit.

2) Inizio precoce del trattamento riabilitativo (entro le prime 24 ore dal ricovero).

3) Assistenza da parte di personale sanitario dedicato, motivato e preparato in modo pressoché esclusivo alla gestione del paziente con ictus cerebrale.

4) Approccio interdisciplinare coordinato dal neurologo o dal medico esperto in cerebrovasculopatie.

5) Assicurazione di una continuità terapeutica, che coinvolga tutte le fasi di malattia, dalla prevenzione primaria, alla fase di ricovero ed a quella di follow-up, da realizzarsi in un percorso integrato coinvolgente i Centri di Riabilitazione collocati sul territorio ed i Medici di Medicina Generale. Quanto alle necessità assistenziali, utilizzando i dati degli studi SEPIVAC e SEPIVAC 2, che offrono informazioni sull'incidenza e prognosi della malattia cerebrovascolare nel Distretto del Trasimeno, rispettivamente nel periodo 1986-89 e nel 1999, si è scelto qui di considerare un'incidenza pari a 2.5 per 1000, poiché se è vero che non tutti i pazienti con primo ictus si ricoverano, è altrettanto vero che le recidive nella gran parte dei casi vanno trattate in modo analogo ai primi episodi. Pertanto, in buona approssimazione, si può affermare che si possono prevedere almeno 2000 ricoveri per ictus in Umbria ogni anno. La durata della degenza è qui stimata in 12 giorni, ed il tasso d'utilizzo dei letti pari all'80 per cento. Ne deriva una necessità di circa 82 letti dedicati, da distribuirsi tenendo conto sia delle peculiarità dei diversi Presidi Ospedalieri (autonomi e di USL), sia della realtà territoriale (possibile migrazione sanitaria da altri territori). In linea di principio, si può prevedere che le due Aziende Ospedaliere dispongano di Unità Ictus di secondo livello (p. es. 12 letti a PG e 8 letti a TR), mentre per le 4 USL si può ipotizzare una divisione e/o accorpamento in base alle peculiari caratteristiche organizzative, con Unità Ictus di primo livello (es. 8 letti a Città di Castello, 6 a Gubbio-Gualdo, 6 ad Assisi, 8 al Trasimeno, 6 a Todi-Marsciano, 8 a Foligno, 8 a Spoleto, 6 a Orvieto e 6 a Narni-Amelia).

Quanto alle risorse necessarie, occorre prevedere un infermiere professionale per 4 letti per turno (quindi almeno 5, ma meglio 6, da ruotare su 4 letti), un TdR dedicato per Unità (quindi 2 in organico) e personale medico espressamente e specificamente dedicato (sul cui numero si deve ragionare in base alle singole realtà territoriali). Non è, infatti, pensabile né accettabile che dietro la targa «Stroke Unit» non vi sia il benché minimo livello assistenziale specifico. Devono ovviamente essere previste (e se necessario integrate) figure professionali (logopedista, psicologo, etc.) che possono servire più sedi e servizi. Ciascuna Unità ictus dovrà poi strutturare un rapporto con il territorio (attività ambulatoriale) ed un'integrazione con i servizi dello stesso, eventualmente anch'essi da potenziare, soprattutto dal punto di vista riabilitativo. Una quantificazione approssimativa dei costi aggiuntivi può essere fatta tenendo conto che i letti attuali occupati da pazienti con ictus sono comunque gestiti da personale medico e paramedico per una parte dell'orario di lavoro; l'incremento del costo sta prevalentemente nella spesa per il personale infermieristico, che dovrebbe passare dal rapporto 1/8 - 1/10 del comune reparto di Medicina a 1/4 (quindi circa 9 infermieri in più per turno). Va prevista poi la spesa per figure di fisioterapista, da quantificare però in base alle realtà locali.

- Occorre in sostanza modellare un nuovo tipo d'assistenza all'ictus, che non rappresenta soltanto un elementare diritto del cittadino malato, ma anche un sistema di contenimento della spesa sanitaria impropria e di aumento del

rapporto costi/benefici delle prestazioni, quanto basate su solide evidenze: riduzione della mortalità, della istituzionalizzazione e della disabilità residua. Tali parametri andranno ovviamente monitorati periodicamente per verificare l'efficacia pratica.

Allegato 1.3.2) DGR 193 del 10.2.2005 “Prime misure a sostegno del governo clinico: costituzione del centro interaziendale sul rischio cardiovascolare globale presso la ASL 2 di Perugia”

Il PSR 2003/2005 nel quadro della promozione del governo clinico (vedi capitolo 7.1) attiva le equipe territoriali e affida loro la gestione di percorsi assistenziali per le principali condizioni di rischio e di malattia.

Su un altro versante il PSR individua in una apposita azione “Lotta alle malattie cardio e cerebro vascolari” la necessità di prevedere interventi integrati tra i diversi livelli assistenziali (MMG, specialisti territoriali, specialisti ospedalieri) anche per la prevenzione dei fattori di rischio connessi e la gestione dei pazienti.

L'Istituto Superiore di Sanità su mandato del Ministero della Salute ha messo a punto e diffuso delle carte del Rischio cardiovascolare globale che permettono di definire i livelli di rischio per ciascun cittadino, rendendo così necessario coordinare l'intervento dei professionisti attivi a livello di base, ambulatoriale e ospedaliero.

Nell'azione amministrativa svolta fino ad oggi dalla Regione Umbria in applicazione di tali indicazioni sono stati, tra le numerose iniziative condotte, attivati:

- 4 centri interaziendali (Centro Interaziendale per la gestione di rischio clinico presso la ASL 1, Centro interaziendale per la continuità assistenziale ospedale territorio presso la AOTR, Centro di riferimento regionale per l'oncologia presso la AOPG, Centro interaziendale per la Epidemiologia clinica e l'appropriatezza presso la AOPG), al fine di mettere a disposizione delle direzioni aziendali (tutti in direzioni sanitarie delle 6 aziende sanitarie umbre partecipano ai tavoli di coordinamento di tali centri) supporti esperti in grado di affiancare l'azione a favore della clinical governance;

- “l'Osservatorio regionale per l'appropriatezza prescrittivi” che riunisce in un unico tavolo tutti i livelli assistenziali ed amministrativi coinvolti nella analisi e miglioramento della qualità delle prescrizioni farmaceutiche, di cui quelle rivolte al controllo del Rischio cardiovascolare globale, rappresentano la proporzione più consistente.

Appare pertanto opportuno individuare ed attivare un “Centro Interaziendale per il governo clinico del rischio cardiovascolare globale” con le seguenti finalità e caratteristiche:

Funzioni:

a) supporto alle direzioni aziendali per attività di:

- promozione della salute;

; - prevenzione primaria e secondaria;

- coordinamento delle attività delle equipe territoriali degli mmg e dei centri di salute;

- integrazione delle attività svolte al riguardo da mmg, specialisti territoriali e specialisti ospedalieri;

b) epidemiologia del RCV in Umbria ;

c) attività specialistiche ambulatoriali connesse alla sperimentazione e verifica di una appropriata articolazione di competenze nella gestione dei pazienti con RCV globale aumentato, tra centri di salute medici di medicina generale,

specialisti ambulatoriali e specialisti ospedalieri attivi sia negli ospedali di territorio che nell'AOPG.

Coordinamento scientifico: prof. Carlo Porcellati;

Coordinamento operativo: direttore sanitario della ASL 2 di Perugia (dotti Mauro Goletti) d'intesa con i direttori sanitari delle altre 5 aziende sanitarie umbre e con il responsabile del Servizio II° della direzione regionale sanità e servizi sociali;

Finanziamento regionale: 70.000 euro all'anno per il biennio 2005-2006. L'erogazione del finanziamento alla ASL 2 sarà così cadenzato: il 60% entro 30 giorni dalla comunicazione di attivazione del Centro; il restante 40% entro 30 giorni dalla presentazione della relazione semestrale. Il finanziamento verrà assegnato facendo riferimento al capitolo 2166 del bilancio regionale.

Collocazione organizzativa: in staff alla direzione sanitaria della ASL 2 per un periodo sperimentale di 2 anni.

Relazioni da garantire: con il Centro per l'epidemiologia clinica e l'appropriatezza prescrittiva dell'AOPG che definisce e monitora le linee guida sul RCV, nonché con gli altri centri interaziendali per il governo clinico e con l'Osservatorio regionale per l'Appropriatezza prescrittiva;

Modalità operative: L'attività del centro si sviluppa sulla base di un programma di lavoro biennale, articolato in singoli progetti annuali e relazioni semestrali di attività.

Ciò premesso, in attuazione del PSR 2003/2005, si propone di costituire il "Centro interaziendale per il governo clinico del Rischio cardiovascolare globale" presso la ASL 2 di Perugia. Il Centro in questione: - svolgerà funzione di centro di riferimento per le Aziende Sanitarie della regione; - presenterà entro due mesi dall'approvazione della presente delibera il programma biennale di attività ed i progetti di lavoro per la prima annualità.

1.4.1) Progetto prevenzione delle complicanze del diabete

Fonte: PSR capitolo 8.1.3 "Progetto Umbria Diabete"

L'assistenza diabetologica ha raggiunto nella nostra regione livelli di eccellenza, per estensione qualità e capacità di risposta della rete dei servizi di medicina primaria e specialistici dedicati. Si pone pertanto, accanto all'obiettivo di mantenere e, per quanto possibile, implementare ulteriormente la qualità assistenziale oggi garantita, la necessità di affinare gli interventi, mettendo in atto scelte organizzative e indicazioni funzionali che rispondano ai seguenti problemi:

A. Individuazione di tre priorità operative:

a. educazione agli stili di vita efficaci nel prevenire e/o ritardare l'insorgenza del diabete (attività fisica, dieta);

b. screening della condizione diabetica;

c. definizione dei percorsi assistenziali;

B. introduzione del governo clinico nel settore al fine di sviluppare una riflessione negli operatori sulla performance in relazione agli aspetti dell'efficacia, della sicurezza, della appropriatezza, della partecipazione degli utenti e della equità di accesso garantita, nonché sulla effettiva percorribilità dei percorsi assistenziali e specialistici;

C. misurazioni di outcome, attraverso indagini ad hoc che permettano di far tesoro anche degli studi epidemiologici e metodologici realizzati nella nostra regione;

D. analisi farmacoeconomiche sui costi/utilità delle opzioni assistenziali in parti-colare nel campo dell'assistenza integrativa;

E. analisi e confronti del funzionamento e dei costi tra servizi specialistici;

F. verifica della delega effettiva di competenze ad mmg e pls;

G. attivazione dei sistemi operativi gestionali (formazione, verifica tariffe, etc) e per la gestione delle relazioni esterne (collobarazioni con società scientifiche, coin-volgimento delle associazioni di volontariato e del terzo settore, etc.). Il settore si presta, dato l'alto e qualificato livello delle conoscenze professionali presenti nella nostra regione, allo sviluppo di progetti integrati tra università e regione nel settore della ricerca e sviluppo. Inoltre per le affinità di materia, vanno sviluppate le indicazioni relative all'organizzazione dei servizi per il trattamento dell'obesità, nonché i riferimenti utili a garantire, per gli aspetti internistici, appropriate risposte cliniche ai disturbi del comportamento alimentare. L'atto di indirizzo conterrà indicazioni relative anche agli interventi in tema di prevenzione e assistenza dell'obesità infantile, puntando a raggiungere una riduzione della prevalenza di almeno il 10 per cento.

Allegato 1.4.2) DGR 1370/2003 “Progetto Umbria Diabete”

Il nuovo PSR 2003-2005 è caratterizzato da una profonda svolta nell'approccio alla programmazione ed alla gestione della sanità regionale, che pur prendendo nella giusta e necessaria considerazione i fattori di economia sanitaria, mette al centro dell'interesse gli obiettivi di salute come riportati nel Cap. 4 ed affrontati secondo il criterio della Clinical Governance. Tale evoluzione è perfettamente in linea con il Progetto Umbria Diabete, che già dal precedente PSR, facendo riferimento alle indicazioni della Organizzazione Mondiale della Sanità, recepite nella Dichiarazione di St. Vincent, aveva anticipato la necessità di tale mutamento che ne permetterà una più compiuta ed organica realizzazione.

A) Problemi di salute

I principali **problemi di salute** per la patologia diabetica al momento attuale sono rappresentati da:

1. Forte incremento della prevalenza del diabete di tipo 2 nell'adulto e nella età evolutiva.
2. Diabete quale più importante fattore di rischio per la morbilità e la mortalità cardiovascolare nell'ambito della sindrome plurimetabolica.
3. Carenza nello screening del diabete di tipo 2 soprattutto nelle sue fasi più precoci in cui potrebbe essere ancora possibile un intervento preventivo,
4. Carenza nello screening e nelle strategie di intervento per le complicanze micro e macro-angiopatiche a livello oculare, cardiovascolare, renale, neurologico e degli arti inferiori.
5. Carenza nello screening sistematico del diabete gestazionale.
6. Incremento dei disordini del comportamento alimentare in giovani affetti da diabete di tipo1.

B) Problemi di assistenza

In relazione ai problemi di salute presenti si possono identificare i seguenti **Problemi di assistenza** che richiedono una attenta considerazione:

1. Screening per la identificazione di:
 - soggetti a rischio per lo sviluppo della malattia

- soggetti affetti dalla malattia, ma non diagnosticati
 - complicanze nei soggetti in cui la patologia sia già stata diagnosticata
2. Interventi di educazione sanitaria rivolti alla popolazione in generale, alla popolazione dei soggetti affetti da diabete ed allo staff assistenziale
 3. Necessità di disporre di un modello assistenziale integrato multidisciplinare che ponga particolare attenzione alla terapia intensifica, alla autogestione della malattia e che preveda la erogazione di prestazioni prevalentemente in regime di day service
 4. Applicazione di percorsi assistenziali omogenei su tutto il territorio regionale
 5. Consolidamento della rete assistenziale diabetologica regionale
 6. Applicazione degli standard assistenziali appropriati sostenuti da adeguate risorse strutturali e professionali con particolare riguardo alla composizione del team diabetologico
 7. Definizione dell'impatto socio-economico della malattia diabetica e del rapporto costo beneficio degli interventi preventivi

C) Obiettivi del triennio

In base ai problemi di salute ed ai problemi di assistenza identificati si possono selezionare i seguenti **Obiettivi per il triennio 2002-2005**:

- 1) Interventi di prevenzione primaria sulla popolazione generale della Regione Umbria mediante la promozione di una alimentazione salutare e dell'esercizio fisico
- 2) Screening del diabete di tipo 2 nella popolazione generale mediante individuazione delle fasce di rischio
- 3) Individuazione dei soggetti a rischio di diabete di tipo 2 nell'età pediatrica ed elaborazione di appropriati modelli assistenziali
- 4) Elaborazione di un set di indicatori, entro il 2003, utili a valutare i vari aspetti del Governo Clinico nell'ambito dell'assistenza diabetologica.
- 5) Riduzione delle complicanze croniche del diabete mediante interventi preventivi
- 6) Potenziamento degli interventi di tipo educativo nel diabete di tipo 1 e 2
- 7) Sviluppo della ECM per gli operatori professionali coinvolti nella gestione del diabete
- 8) Prevenzione e monitoraggio assistenziale del diabete gestazionale
- 9) Definizione di Linee Guida di riferimento per tutto il territorio regionale
- 10) Identificazione di percorsi assistenziali integrati ed amministrativi omogenei per tutto il territorio regionale
- 11) Definizione e disponibilità delle risorse necessarie irrinunciabili per la gestione dei Servizi di Diabetologia
- 12) Definizione delle procedure di accreditamento dei Servizi di Diabetologia
- 13) Definizione ed implementazione di programmi la certificazione e lo sviluppo della Qualità della assistenza diabetologica
- 14) Implementazione del Registro Regionale per la Malattia Diabetica secondo le indicazioni del progetto regionale attualmente in fase di sviluppo.
- 15) Promozione della ricerca diabetologica quale elemento di sviluppo culturale ambientale e quale strumento per la attrazione e produzione di risorse in linea con le finalità del PSSR

D) Azioni organizzative Le **Azioni organizzative** che si rendono necessarie per la realizzazione degli obiettivi identificati per il triennio 2002-2005 sono le seguenti: Piena attivazione della Commissione Regionale dei delegati aziendali per il Diabete mediante

un più forte collegamento con i direttori sanitari, la disponibilità di adeguate risorse e con un calendario di riunioni periodiche, finalizzate alla individuazione, al monitoraggio ed alla valutazione delle attività del Progetto Umbria Diabete. Individuazione degli indicatori di outcome e loro rilevazione, al fine della verifica periodica della qualità della assistenza erogata e dell'impatto sulla popolazione assistita. Integrazione dei percorsi assistenziali attraverso lo stretto collegamento e la precisa definizione dei compiti di: medici di medicina generale, specialisti diabetologi, specialisti di altre discipline, personale sanitario non medico, direzioni generali, sanitarie ed amministrative delle Aziende. Creazione della mappa dei Servizi di Diabetologia e dei punti di erogazione della assistenza diabetologica sul territorio regionale, mediante una azione concertata con le Aziende Sanitarie Locali ed Ospedaliere. Definizione delle prestazioni garantite da ogni struttura specialistica diabetologica al fine di assicurare quanto previsto dalla Legge 115/87 e dal PSR. Disponibilità delle risorse umane, strutturali e funzionali in relazione alle prestazioni di assistenza diabetologica la cui erogazione venga definita necessaria. Adozione del Day Service, ove possibile, quale modello prioritario di riferimento per la erogazione della assistenza diabetologica. Potenziamento della Educazione sanitaria in diabetologia per il personale sanitario medico e non medico, gli amministratori, i soggetti affetti da diabete e le loro famiglie, e la popolazione in generale, quale strumento basilare per il miglioramento dello stato di salute e della qualità di vita della popolazione di riferimento. Promozione della educazione in ambito nutrizionale ed applicazione di standard appropriati di terapia nutrizionale Potenziamento dei sistemi di comunicazione fra le diverse strutture assistenziali e con la popolazione assistita Utilizzazione del Registro regionale per la malattia diabetica, in funzione del suo stato di sviluppo, per la programmazione degli interventi sanitari, per la verifica della qualità ed infine quale strumento per la gestione clinica integrata della popolazione affetta da diabete. Verifica periodica dello stato di avanzamento della applicazione del PSR per quanto concerne il progetto Umbria Diabete. Promozione della collaborazione internazionale finalizzata alla formazione di personale sanitario ed alla realizzazione di progetti di ricerca con particolare attenzione per i programmi della EU. Potenziamento della attività di ricerca promuovendo ogni possibile sinergia sia dal punto di vista culturale che per il reperimento delle fonti di finanziamento. Promozione della costituzione di un centro di eccellenza internazionale per le attività di ricerca clinica e di base

I Sistemi Operativi Professionali che si rendono necessari per la compiuta realizzazione del PSR sono rappresentati dal Programma di accreditamento dei diversi livelli assistenziali Acquisizione formale di linee guida per la assistenza diabetologica Alcune azioni relative ai **Sistemi Operativi Gestionali** da realizzare nell'ambito del presente PSR sono rappresentati da: Informatizzazione delle strutture diabetologiche con progressiva integrazione con i sistemi informativi aziendali e regionali e con quelli dei medici di medicina generale; Revisione della esenzione dal ticket per le prestazioni sanitarie Attivazione del Registro regionale per il diabete Applicazione della ECM per il personale sanitario medico e non medico operante nei servizi di diabetologia e per i medici di medicina generale su tematiche di ordine diabetologico. Definizione delle tariffe per le prestazioni di day service. Valutazione della qualità della gestione basata su criteri e metodologie obiettivi e specifici.

I Sistemi Operativi per la Gestione del Clima e delle Relazioni Esterne che possono rappresentare un rilevante supporto alla assistenza diabetologica ed un valido strumento per il miglioramento della qualità della vita della popolazione diabetica e dei quali si rende necessaria la finalizzazione sono costituiti da: Carta dei servizi e della assistenza diabetologica. Iniziative per la condivisione degli obiettivi strategici ed operativi diabetologici con le Direzioni delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della regione. Semplificazione delle procedure burocratico-amministrative per la erogazione della assistenza diabetologica. Ottimizzazione delle modalità di

erogazione dei presidi per il trattamento della malattia diabetica avendo come riferimento sia le quantità necessarie per un trattamento adeguato che il rapporto costo/qualità dei prodotti erogati, ed i costi globali per la erogazione ivi inclusi quelli sostenuti in via indiretta dalla popolazione assistita. Coinvolgimento di tutti i soggetti ed istituzioni interessati nella erogazione della assistenza diabetologica nelle procedure per la valutazione e la promozione della qualità. Promozione delle associazioni di volontariato e loro coinvolgimento nei processi decisionali operativi, nelle procedure di valutazione della qualità della assistenza diabetologica e nei processi di formazione ed educazione diabetologici. Realizzazione di protocolli di intesa con le autorità scolastiche per la tutela nella scuola della salute e del diritto all'istruzione dei bambini affetti da diabete. Promozione dei rapporti con le associazioni di service per il sostegno ad iniziative volte al miglioramento della qualità di vita della popolazione diabetica ed al supporto alla attività di ricerca. Realizzazione di programmi di sensibilizzazione per la tutela al diritto al pieno espletamento delle potenzialità individuali dei soggetti affetti da diabete nell'ambiente di lavoro. Sistematizzazione del coinvolgimento dei media in programmi di educazione della popolazione diabetica, di sensibilizzazione della popolazione generale sulle problematiche relative alla malattia diabetica ed in iniziative per la prevenzione primaria della malattia.