

Questo allegato al secondo rapporto sullo stato di attuazione del Piano nazionale della prevenzione 2005-2007 è a cura di [Laura Cialdea](#) e [Antonio Federici](#).

coordinamento editoriale [Eva Benelli](#) - Zadigroma
[Anna Maria Zaccheddu](#) - Zadigroma

grafica e impaginazione [Corinna Guercini](#) - Zadigroma

Introduzione	5
1- Screening del tumore della cervice uterina	7
2- Screening del tumore della mammella	37
3- Screening del tumore del colon retto	67
Glossario delle sigle	95

Il complesso delle differenze inter e intra regionali costituisce uno dei parametri principali di valutazione dell'impatto del Piano nazionale della prevenzione, compiuta sulla base dei dati di attività alla fine del 2007. La forte disomogeneità tra Regioni rende comunque sommario un giudizio complessivo. Questo allegato al secondo rapporto sullo stato di attuazione del Pnp 2005-2007 presenta quindi un'analisi più approfondita delle specifiche realtà regionali, attraverso dati ed elementi provenienti da più fonti (Ons, Regioni, Ccm).

Questa analisi della situazione dei programmi di screening nelle varie Regioni permette di rappresentare da una parte la ricchezza delle iniziative in corso, dall'altra la variabilità inter e intraregionale e i risultati ottenuti finora. L'analisi regionale è stata condotta separatamente per le tre linee di attività previste dal Pnp (screening dei tumori della cervice uterina, della mammella e del colon retto). Per ogni Regione è stata quindi elaborata una scheda analitica contenente:

- dati di contesto: un grafico che riporta il trend nazionale degli indicatori di estensione e adesione nel triennio 2004-2006 e una tabella con i valori regionali di estensione e adesione al 31 dicembre 2006
- la versione integrale della relazione, a cura dell'Ons, basata sui dati raccolti per la survey che l'Osservatorio svolge annualmente sulla base di una convenzione con il ministero della Salute, in applicazione delle funzioni di tutoraggio e affiancamento previste (i dati si riferiscono al 2005)
- la relazione, a cura del referente regionale, che descrive lo stato di avanzamento dei piani di prevenzione relativi ai programmi di screening. Insieme al cronoprogramma, questa relazione fa parte della documentazione richiesta dal Ccm a ciascuna Regione ai fini della certificazione del Pnp per il 2006. Il periodo di riferimento è quindi il 2006. In questo allegato al secondo rapporto sul Pnp, le relazioni sono state sintetizzate in un format che permette la comparazione tra le Regioni, individuando alcuni aspetti che possono contribuire a valutare il processo, attualmente in corso, di implementazione o di miglioramento dei programmi di screening.

Questi gli indicatori considerati:

- attività legislativa riferita
- miglioramento della qualità o della formazione
- iniziative speciali, come per esempio gruppi di lavoro ecc.
- criticità segnalate
- indicatori di estensione e adesione al 31 dicembre 2006 (vedi il **box** nella pagina successiva).

Questi indicatori vengono calcolati dall'Ons nell'ambito della survey svolta annualmente e i loro valori vanno confrontati con gli obiettivi approvati dall'Intesa Stato Regioni il 30 novembre 2006 (recepita nel Dm del 21/12/2006) stabilendo i seguenti obiettivi quantitativi relativamente ai programmi di screening, da raggiungere al 31 dicembre 2007:

- estensione effettiva pari al 90% per i programmi già avviati al 30 giugno 2004
- estensione effettiva pari al 50% per i programmi attivati dopo il 30 giugno 2004.

Ai fini di questa analisi, sono stati considerati attivati alla data suddetta i programmi regionali che

ESTENSIONE E ADESIONE AI PROGRAMMI DI SCREENING

Per estensione teorica si intende il rapporto percentuale tra il numero di persone residenti in una certa area in cui è attivo un programma di screening e la popolazione target.

L'estensione effettiva è invece il rapporto percentuale tra il numero di persone raggiunte dal programma di screening e la popolazione target. Al numeratore si considerano le persone attivamente invitate (generalmente con lettera personale) tra il 1 gennaio e il 31 dicembre dell'anno di riferimento. Il denominatore cambia a seconda del tipo di screening:

- popolazione femminile residente di età 50-69 anni per lo screening mammografico
- popolazione femminile residente di età 25-64 anni per lo screening cervicale
- popolazione residente di età 50-69 anni per lo screening dei tumori colorettali.

Questo indicatore misura il grado di copertura sul territorio dei programmi attivi di screening rispetto alla popolazione target. Il suo valore dipende dall'estensione teorica e dal ritmo di avanzamento del programma, che dovrebbe essere tale da raggiungere tutta la popolazione obiettivo nel corso di un biennio per lo screening mammografico e per quello del colon retto e nel corso di un triennio per lo screening cervicale.

Infine, per adesione si intende il rapporto percentuale tra il numero di persone che rispondono all'invito e il numero di persone invitate. Al numeratore si considerano le persone che aderiscono all'invito entro il primo semestre dell'anno successivo a quello dell'invito. Il denominatore include le persone invitate tra il 1 gennaio e il 31 dicembre dell'anno di riferimento. Questo indicatore misura il livello di *compliance* del programma.

Piano nazionale della prevenzione 2005-2007

Screening del tumore della cervice uterina

hanno partecipato alla *survey* dell'Ons relativa a 2003 (dati di attività al 31 dicembre 2003). Per quanto gli indicatori di estensione e adesione siano misure di processo e non di *outcome*, il raggiungimento di livelli adeguati di estensione e adesione rappresenta una *conditio sine qua non* per ottenere i risultati di salute a cui sono finalizzati i programmi di screening.

Grafico 1.1 Estensione (%) dello screening del tumore della cervice uterina in Italia (anni 2004-2006, fonte Ons)

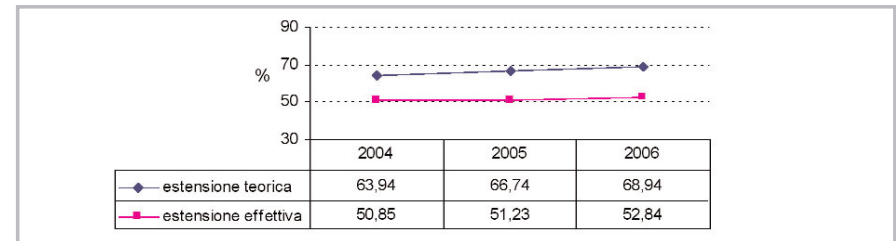


Grafico 1.2 Adesione (%) allo screening del tumore della cervice uterina in Italia (anni 2004-2006, fonte Ons)

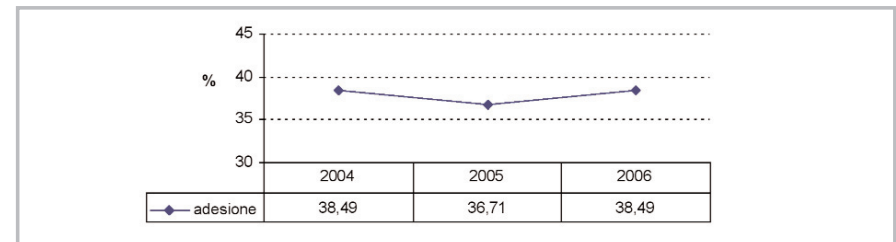


Tabella 1.1 Estensione e adesione (%) dello screening del tumore della cervice uterina al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

Regione	estensione teorica (%)	estensione effettiva (%)	adesione (%)
Abruzzo	100,00	99,13	32,93
Basilicata	100,00	211,42	36,05
Bolzano	100,00	42,29	34,03
Calabria	72,25	52,36	25,01
Campania	100,00	45,87	26,07
Emilia Romagna	100,00	96,05	50,76
Friuli Venezia Giulia	100,00	79,90	51,90
Lazio	86,76	58,85	21,82
Liguria	0,00	0,00	0,00
Lombardia	21,23	17,08	41,50
Marche	100,00	96,20	36,21
Molise	100,00	56,04	14,38
Piemonte	100,00	81,06	42,90
Puglia	0,00	0,00	0,00
Sardegna	29,86	22,07	23,67
Sicilia	50,45	27,92	29,10
Toscana	100,00	89,34	46,61
Trento	100,00	93,64	36,18
Umbria	100,00	91,73	47,11
Valle d'Aosta	100,00	98,37	63,80
Veneto	97,16	70,45	43,82
Italia	68,94	52,84	38,49

Abruzzo: relazione a cura dell'Ons (dati 2005)

Sono stati esaminati alcuni indicatori relativi al 2005 calcolati dal Gisci sulla base dei dati inviati. Bisogna sottolineare l'efficienza del sistema informativo sanitario nell'identificare le persone in fascia d'età e i test eseguiti nello stesso periodo al di fuori dello screening organizzato.

L'Abruzzo ha un programma regionale che, valutato complessivamente, ha dato i seguenti risultati:

- gli inviti hanno riguardato circa un quarto della popolazione eleggibile, contro un terzo di valore target
- l'adesione agli inviti è risultata notevolmente inferiore a quella delle Regioni del Centro e del Nord; va però precisato che il programma recupera per la valutazione un valore ancora maggiore di test spontanei rispetto a quelli eseguiti a seguito di invito
- complessivamente nel 2005 risulta sottoposto a screening il 15,2% della popolazione eleggibile, valore leggermente superiore al corrispondente delle Regioni del Nord
- la quota di invio ad approfondimenti è maggiore della media nazionale, con un Vpp buono.

È noto l'investimento profuso dalla Regione Abruzzo in favore di questo screening e l'adozione di soluzioni organizzative e tecnologiche di eccellenza. Sarà interessante verificarne l'impatto nel 2006 e 2007.

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
	<p>programma regionale di formazione accreditato Ecm: realizzati 17 corsi gestiti con modalità itinerante e rivolti a tutto il personale coinvolto (organizzatori e gestori, ostetriche e prelevatori, citologi, citotecnici, anatomopatologi, ginecologi, colposcopisti, ecc)</p> <p>programma triennale che alterna nelle 6 Asl la citologia tradizionale alla citologia in strato sottile</p>	<p>campagna informativa per lo screening, presentata in anteprima a Roma il 12 dicembre 2005 al terzo seminario sulla comunicazione dell'Ons e a Pescara il 24 gennaio 2006 in una conferenza stampa dell'assessore alla Sanità della Regione Abruzzo</p> <p>programmate idonee modalità di approccio per il coinvolgimento della popolazione, tenendo anche conto della forte presenza di immigrati (spot televisivi e slogan cartacei)</p>		<p>turnover del personale, che non permette di disporre con continuità del personale addetto allo screening</p> <p>mancata corrispondenza tra liste anagrafiche e liste sanitarie</p>

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
100%	99,13%	32,93%	estensione effettiva al 90%

Basilicata: relazione a cura dell'Ons (dati 2005)

Il risultato complessivo della Basilicata può essere giudicato buono. Sono presenti alcuni problemi che andranno analizzati e approfonditi localmente.

Mentre la percentuale di copertura e di mantenimento dei ritmi di appuntamento per round (nonché di verifica della copertura con percentuale media superiore a quella nazionale e anche delle aree geografiche considerate) è veramente ottima, il problema principale è la scarsa adesione della popolazione bersaglio invitata a eseguire il Pap test, che mette a rischio l'efficacia dell'intervento.

Appaiono anche molto bassi i tassi di Dr e Vpp. Va verificato se questo dipenda da un difetto di sensibilità dell'intervento o dalla storicizzazione di un intervento oramai consolidato, che ha già svolto un certo numero di passaggi sulla popolazione.

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
<p>con il Dgr 29 del 14 gennaio 2005 è stato approvato il piano di attività per gli anni 2005-2006 e per ulteriori sette mesi del 2007</p>		<p>i programmi di screening sono costantemente accompagnati da campagne informative su giornali</p> <p>opuscoli e manifesti vengono distribuiti anche in stretto coordinamento con i percorsi della campagna di screening</p> <p>nel luglio 2006 è stata valutata positivamente una proposta di intensificazione della campagna informativa</p>	<p>affidamento a ditta esterna che assicura: funzionalità della centrale amministrativa, numero verde, allestimento di calendari, inviti e spedizioni, informatizzazione dei dati, esecuzione di quota parte degli esami di screening mammografico e cervicale</p>	

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
100%	211,42%	36,05%	estensione effettiva al 90%

Calabria: relazione a cura dell'Ons (dati 2005)

Il risultato complessivo della Calabria, per le uniche due realtà che hanno inviato dati (quindi presumibilmente formalmente attivate), presenta diversi problemi di qualità complessiva.

La percentuale di *compliance* è troppo bassa e va decisamente incrementata. Lo stesso vale per la valutazione di copertura della popolazione, pur con tutte le riserve del caso sulla completezza del dato, vista l'organizzazione dell'accesso al Pap test delle donne.

Manca la possibilità di valutare il tasso di inadeguati, perché non pervenuto, anche se indirettamente può essere desunto (e pare buono) dalla valutazione della percentuale di adesione alla ripetizione del test.

Molto bassa appare la percentuale di *recall rate*, che potrebbe far sospettare un problema di sensibilità del test in una situazione epidemiologica in cui non dovrebbe esserci una bassa prevalenza di alterazioni cellulari da presenza di lesioni della cervice uterina. Il dato è confermato dal basso valore del Dr e del Vpp per le Ascus+.

Questi dati andrebbero valutati più complessivamente prendendo in considerazione tutti i fattori, a cominciare dalla percentuale di adesione e di copertura che potrebbero riguardare sempre la stessa popolazione più volte e più frequentemente screenata.

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
con il Dgr 611 del 27 giugno 2005 sono state approvate le linee guida e le direttive alle Asl per gli screening oncologici	approvato un Piano regionale di formazione per gli screening del carcinoma della cervice e della mammella (tre eventi formativi già effettuati, sei previsti entro il 2007)	approvato il piano regionale della comunicazione		criticità nel rapporto tra livello regionale e aziendale, soprattutto di natura burocratica
con il decreto 406 del 30 gennaio 2006 è stato istituito il Centro regionale di riferimento per gli screening oncologici dei tumori femminili		la Delibera 334/06 ha erogato finanziamenti per i piani di comunicazione alle 11 Asl della Calabria		
il decreto 10342 del 9 agosto 2006 ha dato mandato all'Uo di Ginecologia oncologica della Fondazione "Campanella" di Catanzaro per attuare un progetto regionale triennale di screening cervicale, con <i>follow up</i> delle pazienti trattate		4 Asl su 11 hanno attivato un piano della comunicazione		

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
72,25%	52,36%	25,01%	estensione effettiva al 90%

Campania: relazione a cura dell'Ons (dati 2005)

L'estensione media regionale riportata è pari al 23,96% (media nazionale 24,84%), però ben 7 Asl su 13 hanno un'estensione annua inferiore al 20%, in particolare le Asl Salerno 1 (4,47%), Caserta 2 (5,83%) e Napoli 1 (7,56%) non raggiungono il 10% di estensione. L'estensione pari al 100% del programma di Napoli è difficilmente spiegabile e fa sorgere il dubbio di una cattiva interpretazione della scheda di raccolta dati.

L'adesione media regionale è pari al 16,75%, meno della metà del dato medio nazionale (36,86%). Solo 3 aziende su 13 hanno valori di adesione vicini a quello nazionale, mentre le altre riportano valori estremamente bassi, in particolare, Napoli 1, Napoli 3 e Napoli 5 non raggiungono il 7%. Il dato si riflette ovviamente sulla popolazione screenata, che è pari al 3,54% della popolazione obiettivo dei tre anni per Napoli 1 e al 7,5% per Napoli 3. Il valore medio regionale (6,06%) risulta la metà del valore medio nazionale dell'11,6%.

Il tasso di Pap test inadeguati (2,11%) è basso, molto inferiore al valore medio nazionale del 3,2%. Il dato, però, viene riportato solo da 3 dei 13 programmi regionali: si può quindi parlare di una media fra i tre programmi, più che di vera media regionale.

L'invio per ripetizione citologica (16,11%) è nettamente superiore a quello nazionale (5,82%). In particolare, le Asl di Avellino (14,08%) e di Napoli 5 (77,39%) hanno valori inaccettabili per un programma di screening. Da segnalare che più del 69% degli invii per l'Asl Napoli 5 è dovuto alla categoria citologica "altro". L'adesione all'invio di Napoli 5 è molto alta (83,9%), per cui l'attività di lettura del laboratorio viene più che raddoppiata. Il dato relativo all'adesione alla ripetizione viene fornito da 5 su 13 programmi.

La quota di invio ad approfondimenti di secondo livello (2,06%) è molto simile alla media nazionale (2,29%), anche se esiste una grossa disparità fra i programmi. In particolare, il programma della Asl Caserta 2 invia al secondo livello il 14,94% delle donne, di cui il 64% ha una diagnosi citologica di Ascus. Il dato della Asl di Napoli 2 non è attendibile, perché apparentemente non invia nessuna donna al secondo livello. Solo 7 programmi inviano il dato relativo all'adesione alla colposcopia per Hsil: il valore medio regionale (78%) è inferiore al dato medio nazionale (90%), ma in particolare tre programmi hanno valori tra il 50 e il 60%. L'adesione alla colposcopia per le classi citologiche Ascus+ (75,27%), inoltre, è inferiore alla media nazionale (84,7%).

Il Vpp per la citologia Ascus+ è sovrapponibile al dato nazionale (17%), mentre la Dr grezza per Cin2+ è bassa (1,63%) e non è in linea con la recente attivazione del programma.

Il programma della Campania presenta quindi diverse criticità. L'estensione è molto diversa a seconda delle Asl, alcune delle quali invitano meno del 10% della popolazione. I programmi devono attivarsi per garantire un'equità d'accesso allo screening.

L'adesione all'invito è estremamente bassa: alcune Asl non raggiungono il 10%. Tra le principali priorità ci sono campagne promozionali per aumentare l'adesione e un'analisi attenta della qualità dell'accesso, per far emergere eventuali difficoltà che in qualche modo possono ridurre l'adesione (distribuzione di punti di prelievo, orario di accesso).

L'invio a ripetizione è molto alto, specialmente in due Asl: il dato risente dell'elevato numero di inadeguati e di citologie classificate come "altro". Diventa quindi necessario un controllo di qualità del prelievo per operatore, ed eventualmente una verifica dei criteri utilizzati dai lettori per giudicare un preparato inadeguato. Infatti l'Asl Napoli 5, oltre a riferire un'altissima percentuale di invii a ripetizione citologica, presenta una percentuale estremamente alta di invii per la categoria "altro" (69%). L'invio per "altro", categoria non prevista dalla classificazione Bethesda né del 1999 né del 2001,

dovrebbe essere assente o estremamente limitata.

L'adesione alla colposcopia, in particolare in alcuni programmi si discosta molto dal dato medio nazionale. Va fatto uno sforzo per aumentare l'adesione alla colposcopia e in caso di migrazione sanitaria i programmi devono attivarsi per il recupero dei dati.

La Dr grezza è veramente bassa per riferirsi a una popolazione al suo primo round di screening. Andrebbe verificata l'adeguatezza della raccolta dei dati relativi alle lesioni Cin2+ diagnosticate nelle donne screenate.

Tutti i programmi devono essere in grado di fornire i dati necessari o di calcolare i loro indicatori, in assenza dei quali è impossibile effettuare un controllo di qualità indispensabile nell'ambito di un programma di screening organizzato.

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
predisposizione di linee di indirizzo regionali per la presentazione dei progetti aziendali. Trattandosi di programmi già in parte implementati negli anni precedenti rispetto all'attuale Pnp, i progetti aziendali presenti sono stati integrati da nuove attività secondo gli indirizzi regionali	nel corso del secondo semestre 2006 sono stati organizzati due eventi formativi per gli operatori del programma di screening del carcinoma della cervice: uno rivolto agli operatori di secondo livello, l'altro ("La citologia cervicale") organizzato in occasione del convegno congiunto On-Gisma-Gisci-Giscor svoltosi a Napoli l'11-13 dicembre 2006. Il corso, rivolto agli operatori dello screening cervicale, ha interessato 20 medici anatomo-patologi, medici e biologi della medicina di laboratorio e 5 tecnici di laboratorio	la realizzazione della campagna promozionale per gli screening della sfera genitale femminile è stata affidata al Crpo. Sebbene la progettazione sia in fase conclusiva, la campagna non è stata ancora realizzata per la non omogenea organizzazione delle attività di offerta delle Asl. Alcuni programmi di recente attivazione o con maggiori difficoltà organizzative hanno limitato l'attività ad alcune aree dell'azienda		insufficiente numero di operatori dedicati eccessiva mobilità degli operatori (spostamento ad altra struttura o attività) mancata implementazione di un sistema di controllo di qualità su tutti i livelli del processo mancata attuazione campagna promozionale mancato coinvolgimento dei Mmg per difficoltà attuative della contrattazione regionale

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
100,00%	45,87%	26,07%	estensione effettiva al 90%

Emilia Romagna: relazione a cura dell'Ons (dati 2005)

Nella Regione Emilia Romagna, lo screening citologico è consolidato da anni su tutto il territorio regionale, anche se con livelli diversi di qualità. La valutazione di alcuni indicatori relativi al 2005 calcolati dal Gisci sulla base dei dati inviati ha dato i seguenti risultati:

- gli inviti hanno riguardato circa un terzo della popolazione eleggibile solo in tre Ausl, mentre le altre hanno invitato quote progressivamente inferiori, fino al 15% di Piacenza
- l'adesione agli inviti ha un valore regionale medio eccellente e il range di valori non è molto esteso; inoltre, alcuni programmi sono riusciti a recuperare per la valutazione numeri molto elevati di test spontanei rispetto a quelli eseguiti a seguito di invito. Solo due programmi hanno recuperato valori marginali di questi test. Poiché invece è verosimile che la situazione sia abbastanza omogenea nelle varie realtà, si raccomanda un'attenzione maggiore a questo dato in alcuni contesti, anche ai fini della stima della copertura
- complessivamente, nel 2005 risulta screenato il 17,57% della popolazione regionale eleggibile, ma alcune realtà non hanno considerato i test spontanei con plausibile completezza
- la quota di invio ad approfondimenti è notevolmente inferiore e il Vpp leggermente inferiore alla media delle Regioni del Nord
- la Dr è mediamente elevata e si riscontra un'elevata variabilità intraregionale dei valori standardizzati, che merita particolare attenzione.

Il programma della Regione Emilia Romagna, per molti aspetti, è un riferimento di eccellenza a livello nazionale. Tuttavia è probabile che una quota notevole di test venga eseguita indipendentemente dall'invito e quindi con una periodicità non controllabile.

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
				la criticità complessiva più evidente a livello regionale è quella legata ai tempi del percorso diagnostico-terapeutico nel suo insieme, specialmente per lo screening mammografico, problema diffuso, pur con diverso peso, a livello di molte Asl

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
100,00%	96,05%	50,76%	estensione effettiva al 90%

Friuli Venezia Giulia: relazione a cura dell'Ons (dati 2005)

La popolazione invitata è pari al 29,98% della popolazione obiettivo, dato di poco superiore alla media nazionale. La *compliance* all'invito e la proporzione di donne screenate sono più che soddisfacenti, visto che superano la media nazionale, rispettivamente, di circa il 18% e il 5%.

La percentuale di test insoddisfacenti non è pervenuta. La percentuale di ripetizione risulta esclusivamente per Ascus ed è circa il doppio rispetto al dato italiano, anche se la *compliance* alla ripetizione è molto elevata (87,53%).

Il *referral rate* è pari a quello nazionale e la *compliance* alla colposcopia, sia per Hsil+ sia per Ascus+, raggiunge valori superiori allo standard di accettabilità e alla media italiana.

La Dr grezza è superiore a quella nazionale e supera di poco la media del Nord Italia, mentre la Dr standardizzata raggiunge un valore ancora più elevato. Questi dati sono avvalorati dal fatto che il Vpp è molto elevato.

Sarebbe opportuno completare i dati nella parti mancanti e pianificare degli interventi per contenere la percentuale di ripetizione dei Pap test.

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
		il progetto per la campagna informativa è stato centrato principalmente su una sinergia di attività fra Asl e Mmg, per raggiungere in maniera capillare la popolazione bersaglio del programma di screening citologico, che dopo 7 anni dall'attivazione continua a registrare percentuali di adesioni intorno al 50%. Le attività sono iniziate nei tempi previsti e continuano tuttora		

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
100,00%	79,90%	51,90%	estensione effettiva al 90%

Lazio: relazione a cura dell'Ons (dati 2005)

Il risultato complessivo del Lazio è buono per quanto riguarda gli indicatori di qualità delle diagnosi e della gestione del percorso del secondo livello diagnostico, mentre è critico per quanto riguarda gli indicatori di estensione, *compliance* e copertura. In particolare, i dati di estensione e copertura del territorio regionale appaiono ancora insufficienti e incompleti, anche se l'obiettivo per l'estensione, come da cronoprogramma, è da valutare definitivamente al 31 dicembre 2007.

Si è rilevata inoltre una percentuale eccessivamente bassa di adesione (da analizzare approfonditamente per verificarne le cause) e addirittura insignificante di copertura, non credibile e verosimilmente dovuta a problemi di controllo, da parte della struttura pubblica, dell'accesso delle donne alla possibilità di eseguire un Pap test periodico, anche spontaneo. I risultati in questi casi raggiungono livelli critici che rischiano di compromettere il raggiungimento degli obiettivi di salute perseguiti.

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
	corso per animatori di formazione dei Mmg corso per il recepimento del sistema Bethesda 2001 seminario sull'introduzione al test Hpv <i>retraining</i> e informatizzazione del secondo livello colposcopico	progetto di <i>empowerment</i> dei cittadini e delle associazioni	sistema gestionale <i>web-based</i> sistema centralizzato e automatizzato di lettura del Pap test	l'integrazione tra il software di gestione dei dati relativi alle refertazioni con il sistema di lettura automatizzata e quello dello screening è stata subordinata alla realizzazione del nuovo software gestionale <i>web based</i> . Il tutto è stato però rallentato dalla mancata disponibilità dei fondi, che sono stati erogati all'Asp Lazio solo nel dicembre 2006

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
86,76%	58,85%	21,82%	estensione effettiva al 90%

Liguria: relazione a cura dell'Ons (dati 2005)

Programma non attivo nel 2005.

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
<p>il programma regionale di screening per il cancro della cervice uterina in Liguria ha come base di partenza un progetto relativo alla promozione della qualità del Pap test approvato e finanziato con il Fsr 2004 (Dgr 1297 del 16 novembre 2004)</p> <p>ufficializzazione del documento relativo ai percorsi diagnostico-terapeutici regionali e dei manuali operativi</p>			<p>definizione linee guida</p> <p>definizione percorso diagnostico-terapeutico</p> <p>registro regionale Pap-test</p>	<p>le attività previste per la garanzia di qualità sono subordinate alla disponibilità dei fondi Fsr 2004 specifici per il progetto e che non sono stati a tutt'oggi liquidati, neppure in parte. Nonostante gli screening siano parte integrante dei Lea e come tali siano un obbligo assistenziale, la forte carenza di risorse a livello regionale ha fatto sì che l'attenzione dei direttori generali fosse principalmente volta alla clinica corrente con un basso livello di sensibilità verso le attività di prevenzione</p>

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
0%	0%	0%	estensione effettiva al 50%

Lombardia: relazione a cura dell'Ons (dati 2005)

Alcune Asl della Lombardia non hanno attivato programmi organizzati di screening citologico. Sono stati esaminati alcuni indicatori dei programmi che hanno inviato al Gisci dati relativi al 2005. Questi programmi non sono stati in grado di rilevare anche gli esami effettuati spontaneamente da persone nella fascia d'età. Solo 3 Asl hanno invitato nel 2005 una quota vicina a un terzo della popolazione eleggibile. I due programmi di Bergamo sono probabilmente in fase iniziale.

L'adesione media regionale è notevolmente inferiore a quella delle Regioni del Nord, ma non mancano valori molto buoni.

La quota media di invio ad approfondimenti è risultata relativamente bassa e sarebbe interessante verificare se non si tratti di un effetto dello studio reiterato di una parte limitata di popolazione. Nella situazione della Regione Lombardia risulta particolarmente importante completare l'analisi in corso dei sistemi informativi, in funzione della stima della copertura.

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
<p>avvio a partire dal 1999, a seguito dell'emanazione del Dcr 1294/1999</p> <p>Ddg/San 26954/2000: emanate le linee guida regionali</p>			<p>gruppo di lavoro regionale sull'identificazione dei requisiti di qualità</p> <p>è stata effettuata una valutazione della situazione relativa alla diffusione del test nel territorio lombardo, su proposta attiva o accesso spontaneo, mediante l'utilizzo delle banche dati esistenti</p> <p>è stata completata la mappatura dei punti di offerta e la ricognizione delle modalità di erogazione della prestazione</p>	<p>7 Asl su 15 hanno avviato da tempo programmi organizzati con invito attivo; le altre, considerata l'elevata adesione spontanea alle attività di prevenzione correntemente svolte dai consultori, dagli ambulatori e anche grazie al ricorso a prestazioni private, hanno messo in atto azioni di promozione del ricorso al Pap test, prescindendo dall'invito attivo</p> <p>difficoltà nel giustificare la congruenza tra quanto dichiarato dalla popolazione (indagine multiscope Istat, Passi) rispetto all'accesso spontaneo al Pap test e quanto reperibile nelle banche dati, a causa dell'elevato ricorso a prestazioni private che sfuggono ai sistemi di rendicontazione correnti</p> <p>adesione dei prescrittori ai protocolli, soprattutto riguardo al rispetto della periodicità</p>

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
21,23%	17,08%	41,50%	estensione effettiva al 90%

Marche: Relazione a cura dell'Ons (dati 2005)

L'estensione media regionale è pari al 23,60% (media nazionale 24,84%). Ben 5 Asl su 13, però, hanno un'estensione annua inferiore al 20%, in particolare le Asl di Fabriano (3,86%) e di San Benedetto del Tronto (13,21%) non raggiungono il 15% di estensione.

L'adesione media regionale agli inviti è pari al 33%, inferiore di quasi il 4% rispetto alla media nazionale (36,86%). Il dato è pesantemente condizionato dal fatto che in 5 Asl si registra un'adesione all'invito inferiore al 30%. Alcuni programmi, in particolare quelli di Fermo (adesione 16,48%) e di Ancona (18,74%), dovrebbero attuare delle strategie per migliorare l'adesione all'invito, che risulta molto inferiore alla media regionale e nazionale. Il dato si riflette ovviamente sulla popolazione screennata, che per le stesse Asl è pari a rispettivamente al 3,4% e al 7,3% della popolazione obiettivo dei tre anni, contro un valore medio regionale del 9,62% e nazionale dell'11,6%.

Il valore medio regionale di invio per ripetizione citologica è pari al 3,02%, inferiore a quello nazionale (5,82%). Il dato è fornito da 9 programmi su 13. In più della metà dei programmi è prevista la ripetizione per "altro", categoria non prevista dalla classificazione Bethesda né del 1999, né del 2001 (l'invio per questi casi dovrebbe essere assente o estremamente limitato). Alcune Asl, in particolare quella di Civitanova (50% dei motivi ripetizione), inviano a ripetizione la categoria Asc-H: le attuali raccomandazioni prevedono per questa categoria l'invio immediato in colposcopia. Ogni programma dovrebbe scegliere il proprio protocollo diagnostico dopo aver calcolato, il Vpp di ogni singola categoria citologica. L'invio a ripetizione è previsto per categorie citologiche a basso valore predittivo. L'adesione alla ripetizione è alta, essendo pari a 70% contro una media nazionale del 48%, ma il dato viene fornito solo da 4 programmi su 13.

La quota di invio ad approfondimenti di secondo livello è inferiore alla media nazionale (1,90% contro 2,29%). Si evidenzia una grande variabilità nell'invio fra le Asl (da 0,28 a 6,54%), che denota la mancanza di un protocollo regionale. L'azienda di Civitanova ha un invio in colposcopia (6,54%) molto superiore a quello regionale (1,90%) e nazionale (2,29%). Solo 8 programmi hanno fornito il dato relativo all'adesione alla colposcopia, che è molto buono per la categoria Hsil per 7 degli 8 programmi che lo hanno fornito (media regionale 91,75%). L'adesione media regionale per Ascus+ è pari al 90,36% (media nazionale 84,7%).

Solo 5 programmi hanno fornito il Vpp. Il valore medio regionale (26%) risulta superiore al dato nazionale dello 0,17%.

La Dr è mediamente bassa (2,05%) e risulta inferiore alla media nazionale del 2,78%, ma il dato è molto parziale essendo fornito solo da 6 Asl su 13.

Poiché gli indicatori sono forniti solo da un numero limitato di Asl, è molto difficile dare una valutazione complessiva della Regione. Gli unici indicatori forniti da tutte le Asl sono quelli relativi all'estensione e all'adesione, che raggiungono valori uguali o superiori alla media nazionale in 7 dei 13 programmi. Le altre 6 Asl devono adoperarsi per aumentare i loro livelli di estensione e di adesione. In particolare, poiché l'attuale estensione non garantisce un'equità di accesso al programma di screening su tutto il territorio regionale, è assolutamente prioritario che le Asl si attivino per estendere l'invito a tutta la popolazione bersaglio.

L'adesione alla colposcopia è buona e indica un buon funzionamento dei servizi di secondo livello, oltre che un efficiente recupero dei dati. Nessuna Asl ha presentato il dato relativo alla percentuale di prelievi inadeguati. Tutti gli indicatori sono indispensabili per attuare un adeguato controllo di qualità e i programmi di screening devono attivare tutte le procedure necessarie al recupero dei dati e al calcolo degli indicatori.

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
gruppo scientifico screening del tumore della cervice uterina, formalizzato con il Decreto 17/04 del dirigente della Pf Sanità pubblica	monitoraggio della raccolta dei dati indispensabili per standardizzare i processi di diagnosi e cura e ripensare a percorsi organizzativi omogenei revisione e nuova stesura del protocollo diagnostico-terapeutico			
Nel secondo semestre 2006 c'è stata una precisa volontà del livello regionale di concentrare prioritariamente le energie nel far partire la fase sperimentale dello screening del tumore del colon retto. La scelta è stata quella di mettere in atto uno stretto monitoraggio della raccolta dati relativa alla seconda parte della survey Gisci e Gisma 2006 su tutte le 13 Zone territoriali. Per lo screening coloretale si è proceduto a individuare e formalizzare la Zona territoriale in cui si sperimenterà il modello organizzativo dello screening.				

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
100,00%	96,20%	36,21%	estensione effettiva al 90%

Molise: Relazione a cura dell’Ons (dati 2005)

Il programma regionale, valutato complessivamente, ha dato i seguenti risultati:

- gli inviti hanno riguardato quasi il 60% della popolazione eleggibile, contro il 33% di valore target annuale
- l’adesione agli inviti è risultata notevolmente inferiore a quelle delle Regioni del Centro e del Nord; il programma ha recuperato un ulteriore 20% di test per la valutazione tra quelli eseguiti spontaneamente
- complessivamente nel 2005 risulta screenato il 14,2% della popolazione eleggibile, un valore simile al corrispondente delle Regioni del Nord
- la quota di invio ad approfondimenti è notevolmente inferiore alla media nazionale, ma il Vpp è buono.

Si dovrebbero quindi prevedere azioni specifiche per aumentare l’adesione, verificare la completezza della rilevazione dei test eseguiti al di fuori dello screening e valutare l’effettiva copertura della popolazione.

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
	valutazione, sia dal punto di vista cito-istologico sia dal punto di vista epidemiologico, dei cancri intervallo identificati		monitoraggio dell’adesione delle donne	miglioramento del sistema informatico coinvolgimento diretto dei Mmg sensibilizzazione attraverso i mass media sistematicità dei controlli di qualità interni ed esterni individuazione di un unico centro regionale
	approfondimento di particolari punti critici evidenziati			
	controllo di qualità della diagnosi			

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
100,00%	56,04%	14,38%	estensione effettiva al 90%

Piemonte: relazione a cura dell’Ons (dati 2005)

Nella Regione Piemonte lo screening citologico è consolidato da anni su tutto il territorio regionale, anche se con livelli diversi di qualità a seconda dell’azienda considerata.

La valutazione di alcuni indicatori relativi al 2005, calcolati sulla base dei dati inviati, ha dato i seguenti risultati.

Per quanto riguarda l’estensione, gli inviti riguardano più del 29% della popolazione obiettivo, superiore al valore medio nazionale del 25%, con un valore minimo del 20% e uno massimo del 37%. Solo le tre Asl di Rivoli, Asti e Alessandria hanno invitato meno del 25% della popolazione bersaglio. Andrebbe fatto uno sforzo per aumentare l’estensione anche in queste tre aziende per garantire un’equità d’accesso al programma di screening su tutto il territorio regionale.

Il valore medio regionale di adesione in Piemonte ammonta al 42,39%, il 6% in più rispetto al valore medio nazionale (36,86%).

Alcuni programmi, in particolare quelli di Alessandria (adesione 33,69%) e Novara (34,90%), dovrebbero attuare delle strategie per migliorare l’adesione all’invito, che risulta molto inferiore alla media regionale e nazionale. Il dato si riflette ovviamente sulla popolazione screenata, che per le stesse Asl è pari a circa l’8% della popolazione obiettivo dei tre anni, contro un valore medio regionale del 12,5% e nazionale dell’11,6%.

Si rileva inoltre un elevato numero di invio per ripetizioni citologiche per “altro”, categoria non prevista né dalla classificazione Bethesda 1999 né dalla Bethesda 2001: l’invio per questi casi dovrebbe essere assente o estremamente limitato. Sono necessarie delle manovre correttive atte a ridurre questo invio che crea un grosso carico di ansia per le donne richiamate e un sovraccarico di lavoro per il laboratorio che deve rileggere i test delle donne che aderiscono al richiamo. In particolare, è da segnalare la Asl di Vercelli, con un invio per “altro” pari al 12,9% e complessivo pari al 16,4%.

Per quanto riguarda gli approfondimenti di secondo livello, la quota di invio è inferiore alla media nazionale (1,78 vs 2,29%), mentre si rileva un’assenza totale di invio a colposcopia per Agc. Bisogna verificare se questa categoria è compresa nella Ascus e quindi negli invii che la riguardano. L’adesione alla colposcopia è buona sia per le categorie Ascus+ che per Hsil.

Il Vpp è leggermente superiore alla media nazionale (18% vs 17%). Due programmi si discostano molto dal valore medio regionale (Vercelli 7,9% e Rivoli 9,2%), anche se il dato in parte può essere correlato con la bassa Dr in queste due aziende.

La Dr è mediamente bassa (2,09%) e risulta inferiore alla media nazionale del 2,78% e regionale del 3,04%. Se escludiamo le Asl sopracitate, non si riscontra un’elevata variabilità intraregionale dei valori standardizzati.

In conclusione, il programma della Regione Piemonte presenta dei valori degli indicatori superiori alla media nazionale. L’estensione del programma è elevata e l’adesione all’invito, specialmente in alcuni programmi, è molto superiore alla media nazionale. L’alta adesione alla colposcopia denota un buon funzionamento dei servizi di secondo livello e anche un efficiente recupero dei dati.

È necessario però sia fatto uno sforzo da parte dei programmi a ridurre gli invii a ripetizione, in particolare per la categoria “altro”.

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
	valutazione di processo e di impianto dei programmi regionali		triage delle donne con citologia di basso grado o <i>borderline</i> mediante test per tipi ad alto rischio di infezione da Hpv	

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
100,00%	81,06%	42,90%	estensione effettiva al 90%

Puglia: relazione a cura dell'Ons (dati 2005)

Programma non attivo nel 2005.

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
a seguito delle indicazioni regionali (Dgr n. 637 del 23 maggio 2006), ciascuna Asl ha provveduto a costituire una unità aziendale di progetto, coordinata dal Direttore sanitario, con il compito di assicurare la realizzazione delle attività previste per ciascuna fase del progetto. Tutte le Asl hanno anche redatto uno specifico piano attuativo, individuando il proprio modello organizzativo, con l'identificazione sia dei centri che svolgono la funzione di gestione degli inviti, sia delle strutture di primo e di secondo livello	la definizione del piano di formazione del personale non è stata completata. La proposta del piano di formazione per citologi e colposcopisti deve essere sottoposta all'approvazione del prossimo comitato di coordinamento regionale	la lettera di invito e il materiale informativo per la divulgazione del programma di screening e la sensibilizzazione della popolazione sono stati predisposti e utilizzati all'interno del progetto-pilota, come pure, in tale ambito, sono state definite le modalità di valutazione e monitoraggio del funzionamento del programma		elementi di rallentamento delle attività: alcune importanti modifiche legislative in atto in materia di organizzazione dei servizi sanitari regionali (vedi la riorganizzazione delle strutture consultoriali) e l'accorpamento delle Asl

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
0%	0%	0%	estensione effettiva al 50%

Sardegna: relazione a cura dell'Ons (dati 2005)

Il programma è attivo solo per la Ausl 8 di Cagliari. La valutazione di alcuni indicatori relativi al 2005 calcolati sulla base dei dati inviati ha dato i seguenti risultati:

- l'estensione è pari al 27% (media nazionale 24,84%) della Ausl
- l'adesione media regionale è pari al 24,4%, molto inferiore alla media nazionale (36,86). Il dato è verosimilmente da riferirsi alla recente attivazione del programma. La popolazione screenata, influenzata fortemente anche dall'estensione, nonostante la bassa adesione è pari al 13,3% della popolazione obiettivo dei tre anni, contro un valore nazionale dell'11,6%
- da segnalare un'elevata percentuale di Pap test inadeguati (6,3%), molto superiore al valore medio nazionale del 3,2%
- l'invio per ripetizione citologica (11,50%) è nettamente superiore a quello nazionale (5,82%), ma più del 50% degli invii è dovuto alle citologie inadeguate. L'adesione all'invio (50%) è di poco superiore al valore nazionale (48,2%)
- la quota di invio ad approfondimenti (5,22%) è pari al doppio della media nazionale (2,29%) e il 70% degli invii è dovuto alla categoria Ascus. È buona l'adesione alla colposcopia per la categoria Hsil (92,16%), che risulta lievemente superiore alla media nazionale (90,02%), mentre l'adesione alla colposcopia per le classi citologiche Ascus+ (82,6%) è leggermente inferiore alla media nazionale (84,7%)
- il Vpp per la citologia Ascus+ è pari al 29%, quindi di gran lunga superiore alla media nazionale (17%), il dato è un po' in contraddizione con l'elevata quota di invii a colposcopia per Ascus che evidentemente si associa di per sé a un Vpp elevato
- la Dr grezza (3,65%) è superiore alla media nazionale del 2,78%.

Il programma attualmente è attivo nella Ausl di Cagliari. È stato fatto uno sforzo per estendere l'invito a un terzo della popolazione obiettivo, ma l'adesione risulta piuttosto bassa. È necessario attivare delle procedure per aumentare l'adesione al programma. La percentuale di prelievi inadeguati è superiore agli standard: occorre quindi migliorare i livelli di qualità del prelievo e garantire una maggiore adesione all'invio a ripetizione, attualmente pari al 50%. È auspicabile che l'invio a colposcopia per Ascus non superi il 50% dei motivi di invio. L'adesione alla colposcopia è buona e indica un buon funzionamento dei servizi di secondo livello oltre che un efficiente recupero dei dati. Il Vpp è elevato e il dato è in parte da attribuirsi a una Dr più elevata della media nazionale (Dr standardizzata 4,29%).

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
	è stato realizzato uno specifico corso sullo screening del carcinoma cervicale, destinato agli operatori e ai componenti dei comitati aziendali. Nel mese di marzo 2007 si è tenuta a Cagliari la prima di quattro edizioni di un corso di formazione teorico-pratico rivolto a tutte le ostetriche della Regione interessate allo screening (accreditato Ecm)	è stata affidata alla Ausl 8 di Cagliari la gestione della campagna informativa regionale sugli screening oncologici per l'adeguata sensibilizzazione e informazione della popolazione interessata	la commissione ha predisposto un documento relativo al progetto di screening per la prevenzione del carcinoma della cervice uterina contenente protocolli applicativi del primo, secondo e terzo livello e uno specifico piano di formazione per il personale coinvolto in questo screening	

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
29,86%	22,07%	23,67%	estensione effettiva al 90%

Sicilia: relazione a cura dell'Ons (dati 2005)

La popolazione invitata è pari al 26,05% della popolazione obiettivo: un dato di poco superiore alla media nazionale. La *compliance* all'invito, invece, non raggiunge valori soddisfacenti in quanto inferiore alla media nazionale: in particolare, per i centri di Trapani e di Caltanissetta, supera appena il 16%. Stessa cosa per quanto riguarda la quota di donne screenate: l'indicatore è molto al di sotto del dato nazionale ed è particolarmente basso per i centri di Caltanissetta, Siracusa e Ragusa.

La percentuale di Pap test inadeguati è riportata soltanto per tre centri di screening sui cinque totali, anche se i dati sono in linea con la media nazionale. La percentuale di ripetizione, riportata per quattro centri, presenta valori tendenzialmente bassi, con l'eccezione di Trapani, dove il valore è circa il doppio della media nazionale. La *compliance* alla ripetizione citologica è riportata solo per Ragusa, dove non raggiunge valori soddisfacenti e per Caltanissetta, dove invece è molto buona.

Il *referral rate*, riportato per quattro centri, è conforme alla media nazionale, tranne che a Trapani dove è circa il doppio. Si osservano dei valori soddisfacenti della *compliance* alla colposcopia, sia per Hsil+ che per Ascus+, nei centri per cui il dato è riportato, anche se l'esiguità dei dati sui cui gli indicatori sono costruiti ne inficia l'attendibilità.

La Dr grezza è piuttosto varia nei quattro centri a cui i dati si riferiscono ed è sempre più bassa di quella nazionale. Questa eterogeneità è presente anche nella Dr standardizzata. Anche il Vpp è piuttosto eterogeneo: due centri sono al di sotto del 10%, altri due sono al di sotto del 20% (in totale tre centri sui quattro cui i dati si riferiscono hanno un Vpp inferiore a quello nazionale). Questi dati paiono indicare una prevalenza molto diversa tra i vari centri di screening.

È auspicabile aumentare la *compliance* all'invito e la percentuale di donne screenate, che rendono poco stabili gli altri indicatori. Si richiede una maggiore completezza dei dati, in quanto alcuni indicatori sono riportati solo per alcuni centri di screening.

Data l'elevata eterogeneità tra i centri per i quali sono presenti dati di riferimento, sarebbe opportuno effettuare una valutazione anche a livello locale per eventuali criticità specifiche.

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
documento di organizzazione, Dirs/Dir/3026 del 3 novembre 2006	elaborazione dei protocolli operativi	progettazione dell'architettura gestionale (software, coordinamento attività e responsabilità)	costituzione del comitato tecnico-scientifico regionale	manca di personale specifico per il coordinamento
conferenza di servizio dei dipartimenti di Prevenzione delle Ausl (29 gennaio 2007)	programmazione delle attività di formazione (non sono state ancora avviate)		definizione delle risorse umane e tecnologiche	difficoltà nel riportare le attività esistenti, molte a collocazione ospedaliera o con bacini d'utenza parziali, nell'ambito del piano
Decreto 29 luglio 2005 n° 6065 che ha approvato il Prp			bando di gara gestionale	per il colon retto, difficoltà nell'impostare <i>ex novo</i> il programma e nel coinvolgere i Mmg nella consegna del test di primo livello

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
0%	0%	0%	estensione effettiva al 50%

Toscana: relazione a cura dell'Ons (dati 2005)

La popolazione invitata è pari al 28,69% della popolazione obiettivo. Questo dato è di poco superiore alla media nazionale. La *compliance* all'invito è in linea con la media nazionale, tranne che per Grosseto dove si discosta di circa 10 punti percentuali. Anche la proporzione di donne screenate può essere considerata soddisfacente, in quasi tutti i centri, rispetto ai valori nazionali.

La percentuale di Pap test insoddisfacenti è sempre minore rispetto al livello massimo di accettabilità ed è conforme alla media nazionale. La percentuale di ripetizione presenta valori tendenzialmente bassi, con l'eccezione di Arezzo e Pisa dove il valore è superiore al 5% e al di sopra della media nazionale. La *compliance* alla ripetizione citologica è al di sotto della media nazionale in sei centri (Livorno, Viareggio, Pistoia, Arezzo, Empoli, Lucca), negli altri, viceversa, i valori sono decisamente buoni.

Il *referral rate* è al di sotto del 3% per tutti i centri di screening. La *compliance* alla colposcopia per HsIl+ presenta, però, alcuni valori al di sotto dello standard di accettabilità e della media italiana: nello specifico per i centri di Siena, Arezzo, Livorno, Pisa e Lucca. Si osserva la stessa situazione per quanto riguarda la *compliance* alla colposcopia per Ascus+, con l'aggiunta del centro di Viareggio.

Il *referral rate* grezzo è molto varia nei diversi centri e la standardizzazione per età ne aumenta ulteriormente l'eterogeneità. Anche il Vpp è piuttosto eterogeneo: due centri sono al di sotto del 10%, cinque presentano valori compresi tra il 10% ed il 20%, tre tra il 20% ed il 30% e uno è al di sopra del 30% (quindi sei centri hanno un valore predittivo inferiore alla media nazionale). Questi dati paiono indicare una prevalenza molto diversa tra i vari centri di screening.

È auspicabile aumentare la *compliance* alla ripetizione citologica. Inoltre, sarebbe opportuno effettuare degli interventi mirati ad aumentare la *compliance* alla colposcopia, sia per HsIl+ che per Ascus+. Dai valori degli indicatori presentati emerge una certa difficoltà nell'ottenere livelli elevati di *compliance*, un punto sui cui è necessario pertanto implementare delle strategie; in particolare bisogna pensare a interventi mirati nei vari centri di screening data la presumibile eterogeneità degli stessi. È importante sottolineare che anche la Dr presenta valori molto diversi nei diversi centri.

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
la Dgr 599 del 31 luglio 2006 ha definitivamente sancito la messa in atto del flusso screening			si è costituito un gruppo multidisciplinare composto da informatici, statistici, epidemiologi, clinici referenti delle 12 Asl della Toscana e da statistici appartenenti al sistema informativo socio sanitario. Il gruppo ha elaborato un tracciato record per tutti e tre i programmi di screening che permette di raccogliere tutte le variabili di interesse per la produzione di indicatori relativi a estensione, adesione, tassi di richiamo e tassi di positività	è ancora da chiarire se la normativa sulla privacy crei dei vincoli alla strutturazione del flusso screening, se sia necessario apportare solo alcune modifiche in corso d'opera o individuare soluzioni decisamente alternative

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
100,00%	89,34%	46,61%	estensione effettiva al 90%

Umbria: relazione a cura dell'Ons (dati 2005)

Gli inviti sono estesi al 27,9% della popolazione obiettivo e il valore dell'indicatore è superiore al valore medio nazionale del 25%. L'azienda di Terni rimane sotto il 25% (22,88%) di estensione, mentre non si hanno informazioni relative alla Asl di Città di Castello.

L'adesione all'invito della Regione Umbria è pari al 44,3%: da segnalare l'adesione del 62,53% dell'azienda di Foligno, che si colloca fra i programmi italiani a maggiore livello di adesione (valore medio nazionale 36,86%). La percentuale di popolazione screenate raggiunge il 16,46%, nettamente al di sopra del valore nazionale (11,6%).

Solo due programmi forniscono il dato relativo ai Pap test inadeguati. Il tasso medio regionale di Pap test inadeguati (1,71%) risulta inferiore al valore medio nazionale (3,18%), ma è da considerarsi un dato parziale.

Riguardo all'invio per ripetizione citologica, il dato complessivo è pari all'11,32%, più del doppio del valore medio nazionale (5,35%). L'azienda di Terni presenta un invio a ripetizione del 23% e quasi metà degli invii sono dovuti alla categoria "altro" (17,54%). L'azienda di Foligno invia a ripetizione il 14,7% delle citologie, per più dell'80% riferibile alla categoria altro (12,19%). L'adesione alla ripetizione citologica è pari al 48,24%.

La quota di invio ad approfondimenti di secondo livello (2,02%) è sovrapponibile alla media nazionale (2,29%). La Asl di Terni si discosta dalla media regionale con un invio pari al 4,4%, per la metà dovuto alla categoria Ascus. Il dato relativo all'adesione alla colposcopia è fornito solo da tre programmi, due dei quali (Foligno e Perugia) presentano un'adesione alla colposcopia per Hsil inferiore al 70%. Il valore medio regionale (69,74%) è decisamente inferiore alla media nazionale (90%) e di molto inferiore agli standard raccomandati. L'adesione alla colposcopia per le categorie Ascus+ è pari al 68%, anche questo al di sotto della media nazionale (84,75%) e lontano dagli standard raccomandati. Il Vpp per citologia Ascus+ è molto alto (0,57%), ma il dato è fornito solo da due programmi.

La Dr per Cin2+ grezza (3,32%) è superiore alla media nazionale del 2,78%, ma il mancato recupero delle istologie delle donne screenate che hanno fatto l'accertamento presso altra sede porta a una sottostima del dato.

Le informazioni fornite dalla Regione Umbria sono quindi parziali e non consentono un'adeguata valutazione di programmi.

Estensione e adesione medie regionali sono complessivamente superiori al valore medio nazionale. Solo la Asl di Terni dovrebbe impegnarsi ad aumentare l'estensione degli inviti per garantire a tutta la popolazione obiettivo un'equità d'accesso allo screening.

L'invio a ripetizione è molto alto, più del doppio rispetto al valore medio nazionale. La maggior parte degli invii è dovuto alla categoria "altro", classe citologica non prevista né dalla classificazione Bethesda 1999, né dalla classificazione Bethesda 2001: questa categoria dovrebbe essere assente o estremamente limitata. I programmi devono fare uno sforzo per aumentare l'adesione all'invio a ripetizione citologica: infatti solo il 50% delle donne torna a ripetere l'esame.

Il Vpp della citologia Ascus+ è molto alto (0,57%), ma solo due programmi sono in grado di calcolare l'indicatore.

L'adesione alla colposcopia è bassa sia per le citologie Ascus+ sia per le citologie Hsil; i programmi si devono quindi attivare per aumentare la *compliance* al secondo livello e per recuperare i dati nel caso le donne effettuino una colposcopia fuori dal centro di riferimento del programma di screening.

I programmi attivi sul territorio regionale non sono in grado di calcolare tutti gli indicatori.

Le Asl dell'Umbria devono attivare le procedure necessarie al recupero dei dati e al calcolo degli indicatori, strumenti indispensabili per un adeguato controllo di qualità del processo di screening.

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
			è stato formalizzato e diffuso a livello regionale il percorso diagnostico terapeutico individuato dal gruppo di lavoro regionale	

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
100,00%	91,73%	47,11%	estensione effettiva al 90%

Valle d'Aosta: relazione a cura dell'Ons (dati 2005)

In Valle D'Aosta esiste un unico programma esteso a tutta la popolazione bersaglio. Gli inviti sono estesi al 32,9% della popolazione obiettivo, valore superiore alla media nazionale (25%). È garantita l'equità d'accesso al programma di screening su tutto il territorio regionale.

L'adesione all'invito è alta: con il suo 62,03% si colloca fra i programmi italiani a maggiore adesione (valore medio attribuito alle Regioni del Nord 46,65%, valore medio nazionale 36,86%). La popolazione sottoposta a screening, che dipende dai due precedenti indicatori, raggiunge il 22%, il doppio del valore nazionale dell'11,6%.

Il tasso di Pap test inadeguati (5,49%) risulta superiore allo standard del 5% e al valore medio nazionale pari al 3,18%. Il dato complessivo di invio a ripetizione citologica, pari all'8,26%, è superiore al valore medio nazionale (5,35%), con un'adesione del 52,04%.

La quota di invio ad approfondimenti di secondo livello (3,37%) è superiore alla media nazionale (2,29%). Meno del 50% degli invii sono dovuti alla categoria Ascus, ma esiste una quota di colposcopie indotte dalla categoria "altro" (16% degli invii). L'adesione alla colposcopia è maggiore per le categorie Ascus+ (85,03%) piuttosto che per Hsil (83,3%). Il Vpp per citologia Ascus+ è inferiore alla media nazionale (12% vs 17%). Per quanto riguarda i Cin2+, la Dr grezza (2,53%) non si discosta molto dalla media nazionale del 2,78%.

Il programma della Regione presenta valori di estensione e adesione molto superiori alla media nazionale. L'invio a ripetizione è alto e supera di quasi il 3% la media nazionale (il dato risente dell'elevato numero di inadeguati). Serve un controllo di qualità del prelievo per operatore ed eventualmente una verifica dei criteri utilizzati dai lettori per giudicare un preparato inadeguato. L'invio per "altro", categoria non prevista né dalla classificazione Bethesda 1999 né dalla Bethesda 2001, dovrebbe essere assente o estremamente limitata. Il programma dovrebbe fare uno sforzo per aumentare l'adesione all'invio a ripetizione citologica, in quanto il 50% delle donne non torna a ripetere l'esame.

Il Vpp della citologia Ascus+ è basso, andrebbero rivisti i criteri di invio a colposcopia, eventualmente prevedendo per classi citologiche con lesioni minori un protocollo diverso dall'invio a colposcopia, come da raccomandazioni Gisci e Linee guida ministeriali.

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
				serve maggiore attenzione nel verificare l'approfondimento diagnostico, entro o fuori dello screening: questo è molto importante sia per il caso singolo sia per l'impatto complessivo

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
100,00%	98,37%	63,80%	estensione effettiva al 90%

Veneto: relazione a cura dell'Ons (dati 2005)

Il risultato del Veneto sembra complessivamente buono, tendente all'ottimo. L'unico aspetto che rimane critico, come già rilevato nella valutazione degli obiettivi del cronoprogramma, è la percentuale ancora troppo elevata di inadeguati per quanto riguarda la valutazione citologica dei Pap test.

È presente una certa variabilità fra le Asl, che in alcuni casi denota probabili difficoltà a mantenere il ritmo di chiamata (Asl di Chioggia e del Veneto Orientale *in primis*), a valutare la percentuale di copertura. Questo dato, in realtà, a livello nazionale va valutato con prudenza, dal momento che è influenzato dall'organizzazione complessiva dell'accesso pubblico o privato per eseguire il Pap test. Altra criticità riguarda la Dr, molto bassa specialmente in quattro Asl (Chioggia, Adria, Venezia e Legnago). Il dato, però, potrebbe essere influenzato dalla data di attivazione del programma e dal numero di passaggi già effettuati, quindi dai piccoli numeri attuali. Lo stesso valore sotto la media nazionale del Vpp complessivo (i cui valori più bassi interessano le stesse Asl) potrebbe giustificare quest'ultima valutazione.

Le Asl del Veneto Orientale e di Adria sembrano avere alcuni problemi di fidelizzazione in termini di adesione al secondo livello diagnostico per quanto riguarda le lesioni Ascus+, mentre hanno discreti valori relativi alle lesioni Hsil+.

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
non è stato completato l'aggiornamento dei protocolli del secondo livello e del follow up delle lesioni trattate, in attesa delle indicazioni nazionali ed europee	più di 500 operatori, il 70% dei quali non medici, sono attualmente coinvolti nei programmi di screening citologico del Veneto. Circa 120 operatori hanno partecipato nel 2006 a tre eventi formativi. Nel 2006 si è tenuto a Verona il primo corso regionale di formazione e aggiornamento per i ginecologi del secondo livello dello screening. Per gli addetti non medici, la quota di personale formato e da formare in alcune aree chiave dello screening viene monitorata ogni anno		La Regione Veneto nel 2006 ha approntato, con la collaborazione del Registro tumori del Veneto, un software innovativo in grado di uniformare la gestione del processo e di potenziare l'integrazione tra sistema screening e gli altri dipartimenti coinvolti (radiologia, analisi...). Questo software è stato già testato ed è funzionante in una Azienda Ulss, per i tre screening, e verrà installato progressivamente in tutte le Aziende Ulss della Regione	il tasso medio di Pap test inadeguati è quasi il doppio della media italiana

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
97,16%	70,45%	43,82%	estensione effettiva al 90%

Piano nazionale della prevenzione 2005-2007

Screening del tumore della mammella

Grafico 2.1 Estensione (%) dello screening del tumore della mammella in Italia (anni 2004-2006, fonte Ons)

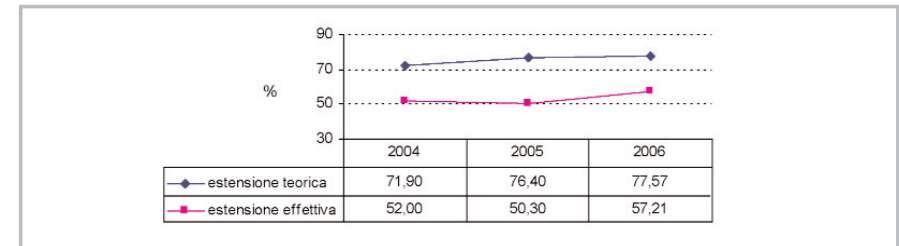


Grafico 2.2 Adesione (%) allo screening del tumore della mammella in Italia (anni 2004-2006, fonte Ons)

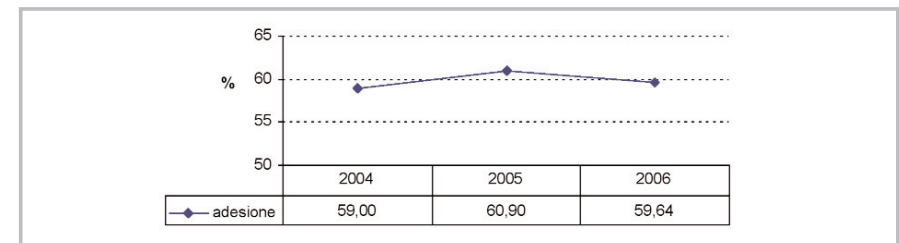


Tabella 2.1 Estensione e adesione (%) dello screening del tumore della mammella al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

Regione	estensione teorica (%)	estensione effettiva (%)	adesione (%)
Abruzzo	40,03	37,04	52,49
Basilicata	100,00	113,47	52,21
Bolzano	100,00	119,98	61,49
Calabria	44,10	20,34	34,88
Campania	100,00	26,17	32,16
Emilia Romagna	100,00	90,53	70,55
Friuli Venezia Giulia	100,00	101,95	50,94
Lazio	77,61	58,28	43,36
Liguria	47,71	34,71	64,97
Lombardia	100,00	77,03	61,93
Marche	100,00	64,59	59,89
Molise	100,00	132,58	37,30
Piemonte	100,00	69,10	60,98
Puglia	0	0	0
Sardegna	20,76	0,85	42,25
Sicilia	27,92	22,11	35,58
Toscana	100,00	83,59	68,12
Trento	100,00	72,88	83,15
Umbria	100,00	104,15	67,99
Valle d'Aosta	100,00	89,10	71,54
Veneto	85,96	70,09	71,80
Italia	77,57	57,21	59,64

Abruzzo: relazione a cura dell'Ons (dati 2005)

L'adesione agli inviti è notevolmente inferiore al livello accettabile. Gli altri indicatori sono stati forniti separatamente per i primi esami e per gli esami successivi, ma non è possibile valutarli appieno senza conoscere il numero e la distribuzione per età delle donne richiamate. È anche evidente che una valutazione approfondita del loro significato può essere fatta solo a livello locale, sulla base della conoscenza del quadro complessivo del funzionamento dello screening e delle sue eventuali criticità. Il tasso di richiamo per i primi esami è molto elevato, vicino al limite superiore del *range* nazionale, mentre quello degli esami successivi ricade entro il valore desiderabile.

Non è fornito il dato dei Tis nelle donne ai primi esami e gli altri indicatori risentono probabilmente del numero relativamente ridotto delle diagnosi.

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
				sarà necessario provvedere a un'adeguata preparazione del personale tecnico e medico all'utilizzo delle nuove dotazioni infrastrutturali, prevista nel rispettivo codice attività

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
40,03%	37,04%	52,49%	estensione effettiva al 90%

Basilicata: relazione a cura dell'Ons (dati 2005)

I dati sono complessivamente buoni, a cominciare dall'estensione teorica ed effettiva, molto puntuale e completa e già in linea con l'obiettivo previsto al 31 dicembre 2007 dal cronoprogramma.

Tra le criticità, la percentuale di adesione corretta è ancora insufficiente. Andrebbero quindi intraprese delle azioni per aumentarla in maniera consistente, ponendosi il problema di raggiungere e superare l'accettabilità. Inoltre, risulta ancora troppo elevata la percentuale di richiamo al primo esame, da analizzare e approfondire. Il tasso di tumori con diametro inferiore a 10 millimetri è invece al limite dell'accettabilità.

Agli esami successivi si verifica un tasso al di sotto dell'accettabilità per quanto riguarda i Tis. I due dati messi assieme potrebbero indurre a prestare più attenzione alla sensibilità della valutazione del test.

Buono, ma migliorabile, il rapporto tra tumori benigni e maligni. Va presidiato meglio, quindi, l'intero percorso diagnostico preoperatorio, per renderlo più decisivo in termini diagnostici.

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
a gennaio 2005 (Dgr 29 del 14 gennaio 2005) è stato approvato il piano delle attività per gli anni 2005-2006 e per ulteriori 7 mesi del 2007	nel marzo 2006 è stato regolarmente svolto il corso di formazione previsto per i Tsm nell'ambito dei programmi formativi della scuola italiana di senologia. Il corso si è tenuto a Potenza nella sede formativa della Asl 2 e ha riguardato i controlli di qualità e un approfondimento sulle tecniche digitali	i programmi di screening sono costantemente accompagnati da campagne informative su giornali e mediante opuscoli e manifesti distribuiti anche in stretto coordinamento con i percorsi della campagna di screening nel luglio 2006 è stata valutata positivamente una proposta di intensificazione della campagna informativa con l'utilizzo degli strumenti già citati	affidamento a ditta esterna che assicura la funzionalità della centrale amministrativa compreso il numero verde, con allestimento di calendari, inviti, spedizioni, informatizzazione dei dati. La stessa ditta assicura l'esecuzione di quota parte degli esami per gli screening mammografico e cervicale	

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
100,00%	113,47%	52,21%	estensione effettiva al 90%

Calabria: relazione a cura dell’Ons (dati 2005)

Programma non attivo nel 2005

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
Dgr 611 del 27 giugno 2005 con cui sono state approvate le linee guida e le direttive alle Asl per gli screening oncologici	approvato un piano regionale di formazione per gli screening del carcinoma della cervice e della mammella (tre eventi formativi già effettuati, sei previsti entro il 2007)	approvato il piano regionale della comunicazione		criticità nel rapporto tra livello regionale e aziendale, soprattutto di natura burocratica, e tempi troppo lunghi di attuazione delle direttive nazionali e regionali
Decreto 406 del 30 gennaio 2006 con cui è stato istituito il Centro regionale di riferimento per gli screening oncologici dei tumori femminili		con la Delibera 334/06 sono stati erogati finanziamenti per i piani di comunicazione alle 11 Asl della Calabria		
		4 Asl su 11 hanno già attivato un piano della comunicazione		

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
44,10%	20,34%	34,88%	estensione effettiva al 50%

Campania: relazione a cura dell’Ons (dati 2005)

Ai primi esami, il tasso di adesione, anche corretta, è decisamente insufficiente. È possibile che sia un passo da scontare per un programma appena iniziato, ma è chiaro che sulla diffusione del messaggio dell'utilità dello screening si deve investire di più. Poiché è possibile che l'informazione sulle mammografie extrascreening sia carente, è prioritario effettuare un'indagine campionaria fra le non rispondenti (a questo proposito, può essere utile anche una verifica dei flussi informativi della medicina specialistica, se esistenti). Si potrà così verificare se per caso non sussista uno screening opportunistico parallelo e decidere quindi se aumentare la consapevolezza dell'utilità dello screening o convertire lo screening opportunistico in organizzato.

Il tasso di richiamo è molto elevato: anche in questo caso si può spiegare con la limitata esperienza di un programma nuovo. Tuttavia, tassi come quello di Avellino dimostrano che i radiologi non sono stati preparati sufficientemente al proprio compito professionale: servono quindi corsi di qualificazione, soprattutto di stage in centri di eccellenza, in seguito a un'indagine precisa che identifichi i radiologi a tasso di richiamo più elevato.

Il tasso di identificazione totale (per 1000) è molto basso rispetto ai livelli nazionali per un primo screening, ma in una Regione a incidenza più bassa il valore osservato potrebbe essere compatibile. Il tasso di identificazione dei tumori inferiori a 10 mm (per 1000) ha invece un valore complessivamente nella media. Tuttavia, una percentuale inferiore al 50% per i tumori al di sotto dei 10 mm è quasi impensabile per un programma al suo inizio e con indicatori che suggeriscono una performance subottimale: è quindi lecito dubitare del dato. Il risultato potrebbe spiegarsi altrimenti, per esempio con un eccesso di *missing* o con un *bias* di selezione per i tumori di piccole dimensioni, che vengono misurati di più.

Per quanto riguarda invece la percentuale dei Tis, questo indicatore può dipendere anche dal patologo locale: in ogni caso solo il 3% di Tis al primo passaggio è inaccettabile, considerando che allo screening prevalente i Tis sono molti e, in genere, più facili da identificare. Il dato potrebbe essere dovuto allo scarso ricorso alla biopsia stereotassica, oggi di regola: spesso si preferisce il controllo nel tempo, a cui però molti pazienti sfuggono, ripresentandosi con un carcinoma invasivo.

Per quanto riguarda il rapporto tra tumori benigni e maligni, l'indicatore è molto buono: anche questo non è usuale in un programma al suo inizio, a meno che non dipenda da una scarsa aggressività diagnostica per cui vengono avviati al chirurgo solo casi con alterazioni a elevato Vpp. Questo si potrà vedere solo quando sarà possibile stimare la sensibilità in base ai cancri intervallo.

Nell'insieme il quadro non è buono e suggerisce un programma a performance insufficiente. Occorre perciò formare meglio il personale radiologico, ma anche valutare l'affidabilità di alcuni indicatori (per esempio l'eccesso di dati *missing*).

Ai secondi esami, il tasso di richiamo è molto buono, quasi eccezionale, soprattutto per una Regione dove il tasso di richiamo al primo livello è molto elevato. Una simile differenza non si spiega solo con la disponibilità di esami precedenti per un confronto. C'è però il rischio che il dato si riferisca solo a un sottogruppo di programmi di più vecchia data, che avevano anche un tasso di richiamo basso allo screening prevalente.

Il tasso di identificazione totale (per 1000) è fortemente negativo e correla con la bassa Dr allo screening prevalente. Sarebbe comunque necessaria una correzione in base all'incidenza locale. Il dato suggerisce una bassa sensibilità da scarsa performance radiologica e la necessità di addestramento.

Il tasso di identificazione dei tumori di dimensioni minori di 10 mm (per 1000), pur con i limiti di affidabilità della variabile, indica ancora una prestazione scadente. Anche il tasso di tumori di dia-

metro inferiore a 10 mm (in percentuale) è un dato inspiegabile, soprattutto in un programma in cui appare evidente una bassa sensibilità, che dovrebbe colpire di più i tumori iniziali. Ci sono quindi forti dubbi sulla completezza dei dati, forse a causa di un *bias* di misurazione a sfavore dei cancri più avanzati.

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
predisposizione di linee di indirizzo regionali per la presentazione dei progetti aziendali: trattandosi di programmi già in parte implementati negli anni precedenti, rispetto all'attuale Pnp 2005-2007, i progetti sono stati integrati da nuove attività, secondo gli indirizzi regionali già emanati	in occasione del convegno congiunto Ons-Gisma-Gisci-Giscor (Napoli 11-13 dicembre 2006) sono stati organizzati corsi di formazione rivolti agli operatori dello screening mammografico (addestramento per medici radiologi, addestramento per tecnici sanitari di radiologia medica, rischio clinico)	realizzazione di una campagna promozionale per gli screening femminili, affidata al Crpo: sebbene la progettazione sia in fase conclusiva, la campagna non è stata ancora pienamente attivata a causa della non omogenea organizzazione delle attività di offerta delle Asl. Alcuni programmi di recente attivazione o con maggiori difficoltà organizzative hanno infatti limitato l'attività ad alcune aree dell'azienda		<p>insufficiente numero di operatori dedicati</p> <p>eccessiva mobilità degli operatori (spostamento ad altra struttura o attività)</p> <p>mancata implementazione di un sistema di controllo di qualità su tutti i livelli del processo</p> <p>mancata attuazione campagna promozionale</p> <p>mancato coinvolgimento dei Mmg per difficoltà attuative della contrattazione regionale</p>

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
100,0%	26,17%	32,16%	estensione effettiva al 50%

Emilia Romagna: relazione a cura dell'Ons (dati 2005)

Nella Regione lo screening mammografico è consolidato da anni su tutto il territorio regionale. I valori medi regionali di estensione e adesione agli inviti sono vicini ai livelli desiderabili. Gli altri indicatori sono stati forniti separatamente per i primi esami e per quelli successivi. Non è possibile effettuare una valutazione approfondita degli indicatori relativi ai primi esami senza conoscere la distribuzione per età delle donne richiamate. In generale, il tasso di richiamo è superiore al valore accettabile, probabilmente per la prevalenza delle fasce di età più giovani. Forse per lo stesso motivo la Dr è bassa.

Per quanto riguarda gli esami successivi, tutta la Regione è su livelli ottimi, a parte Parma e Piacenza. Ci sono alcune criticità, ma prima di trarre conclusioni sarebbe opportuno verificarne la validità e la completezza. È anche evidente che una valutazione più approfondita del significato dei vari indicatori può essere fatta a livello locale, sulla base della conoscenza del quadro complessivo del funzionamento dello screening e delle sue eventuali criticità. In particolare si segnalano le seguenti situazioni:

- Bologna: adesione notevolmente inferiore alla media regionale, ma superiore allo standard accettabile
- Cesena: primi esami con test positivi elevati e lacune nei dati
- Ferrara: primi esami con Dr molto alta e lacune nei dati
- Forlì : primi esami con alti richiami in tutte le fasce (lacune nei dati o numeri ridotti)
- Imola: primi esami con test positivi molto bassi e Dr basse, ma i dati sono da verificare. Negli esami successivi la Dr è un po' bassa
- Modena: primi esami con test positivi alti e nessun Tis (lacuna nei dati). Agli esami successivi, i Tis sono il 26%
- Parma: primi esami con test positivi molto alti. Anche agli esami successivi test positivi alti
- Piacenza: primi esami con test positivi molto alti, Dr molto bassa (forse a causa dei piccoli numeri). Agli esami successivi i test positivi sono alti, forse a causa dei numeri ridotti
- Ravenna: primi esami con test positivi molto alti in tutte le fasce. Agli esami successivi i Tis sono il 23%
- Reggio Emilia: primi esami con test positivi alti, Dr alta
- Rimini: primi esami con Dr basse, forse a causa dei piccoli numeri. Agli esami successivi, pochi richiami e Dr basse.

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
				la criticità complessiva più evidente a livello regionale è quella legata ai tempi del percorso diagnostico-terapeutico nel suo insieme, specialmente per lo screening mammografico

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
100,0%	90,53%	70,55%	estensione effettiva al 90%

Friuli Venezia Giulia: relazione a cura dell'Ons (dati 2005)

Ai primi esami, l'adesione grezza è del 49,6% e si discosta solo lievemente dallo standard di accettabilità, mentre l'adesione corretta si discosta del 10% dal livello accettabile. Entrambi i tassi si mantengono comunque nel *range* nazionale.

Il tasso di richiamo (7,4%) è più elevato dello standard nella fascia di età 50-54 anni, ma decresce nella fasce di età successive, raggiungendo lo standard accettabile.

L'attivazione del programma non è avvenuta per le donne tra 50 e 59 anni (il tasso d'identificazione è pari a zero). Nella fascia di età 60-69, invece, il programma si mantiene nel *range* nazionale.

Non ci sono dati relativi agli esami successivi. Manca anche la stima di alcuni indicatori fondamentali, come il tasso di identificazione dei tumori di dimensioni minori di 10 mm, il tasso di Tis e il rapporto tra tumori benigni e maligni.

È auspicabile individuare delle procedure che aumentino l'adesione al programma di screening.

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
		<p>sono stati definiti nel dettaglio i canali informativi, le tipologie di messaggio e la tempistica per il 2006, unitamente ai sistemi di verifica dell'efficacia degli strumenti e del messaggio scelti</p> <p>la campagna informativa è stata avviata a livello regionale e si è avvalsa di opuscoli informativi distribuiti nelle sedi dei servizi sanitari e attraverso i canali delle associazioni di volontariato, locandine affisse nelle Asl e negli ambulatori dei Mmg, manifesti di vari formati su spazi pubblicitari dei Comuni, comunicati da parte delle principali emittenti radiofoniche locali, realizzazione di un sito web dedicato</p>		difficoltà a cambiare la mentalità dell'utenza, abituata a modelli di diagnosi precoce diversi da quelli proposti programma di screening

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
100,0%	101,95%	50,94%	estensione effettiva al 50%

Lazio: relazione a cura dell'Ons (dati 2005)

L'estensione teorica è in linea con quanto previsto dal cronoprogramma al 31 dicembre 2007, mentre l'estensione effettiva è ancora insufficiente.

I dati regionali e di quasi tutte le Asl nel primo esame sono molto al di sotto dei valori accettabili, per quanto riguarda l'adesione, sia grezza sia corretta: questo rischia di vanificare, in termini di popolazione, il beneficio della diagnosi precoce. La posta in gioco è la riduzione di mortalità per carcinoma mammario nella popolazione bersaglio. Nella Asl Roma A la percentuale di partecipazione sembra decisamente inferiore alla percentuale di copertura della popolazione stessa, che accede spontaneamente ai servizi senologici.

Un altro dato regionale che risulta al di fuori dei limiti degli indicatori è la percentuale di Tis, ai limiti inferiori dell'accettabile.

I dati regionali riferiti agli esami successivi sono decisamente migliori e rientrano tutti negli indicatori accettabili o desiderabili.

Un dato costante in quasi tutte le Asl al primo esame è la mancanza di dati riferiti alle percentuali e ai tassi di tumori di diametro inferiore ai 10 mm e di Tis. Questo impedisce una valutazione sulla possibile efficacia del programma nell'anticipare la diagnosi e nel trovare lesioni piccole (sensibilità). Solo le Asl di Latina, Roma B e Viterbo hanno i dati completi di livello accettabile e in alcuni casi desiderabile. Fanno eccezione Latina, con una percentuale di tumori di diametro minore di 10 mm e di Tis sotto i limiti dell'accettabile, da ricondurre probabilmente a un difetto di sensibilità, e Viterbo, con una percentuale di tumori di diametro inferiore a 10 mm troppo bassa. La Asl di Frosinone presenta un rapporto tra tumori benigni e maligni troppo elevato, pur nei limiti dell'accettabile: bisognerà lavorare per farlo rientrare nei limiti del desiderabile.

Per quanto riguarda gli esami successivi si ripete, nelle stesse Asl, il fenomeno della mancanza degli stessi dati: questo fa pensare a un difetto di registrazione e trasmissione dei dati dalle realtà aziendali al livello regionale. Si confermano invece completi e nel limite di accettabile e desiderabile nelle tre Asl già ricordate sopra.

In termini di indicatori, i dati regionali sono complessivamente entro i limiti accettabili e desiderabili; lo stesso vale anche per le singole Asl, quando i dati sono presenti. Si può parlare pertanto di consolidamento della qualità dell'intervento nel tempo nelle realtà in cui lo screening si svolge. Questo livello di qualità potrebbe essere speso maggiormente a livello comunicativo per aumentare la fidelizzazione e la fiducia dei cittadini nei confronti delle strutture pubbliche. Se invece l'intervento non raggiungerà livelli di diffusione e coinvolgimento adeguati, almeno entro i limiti dell'accettabilità, si rischierà di non vedere gli effetti benefici nonostante la buona qualità dei risultati.

È quindi assolutamente necessario ricorrere in tempi rapidi a interventi intensivi di tipo informativo, comunicativo e formativo mirati alla popolazione bersaglio, coinvolgendo al massimo le istituzioni locali e regionali, le associazioni di volontariato, dei cittadini e delle categorie professionali, i sindacati e i mass media. Si potrebbero per esempio reclutare personaggi noti, testimonial locali particolarmente ascoltati, ma anche coinvolgere attivamente i Mmg grazie ad accordi *ad hoc*.

A questo andranno affiancati progetti di facilitazione dell'accesso e della gestione dei percorsi multidisciplinari, sia diagnostici sia terapeutici, che facciano dell'unitarietà del percorso e dell'integrazione il loro principale obiettivo. Le iniziative dovrebbero essere gestite attivamente dagli operatori, identificando con precisione le tappe e le modalità del percorso e conducendo le utenti fino al *follow up*.

Senza questi sforzi, il lavoro fin qui svolto rischia di essere vanificato per l'impossibilità di dimostrar-

ne l'efficacia in termini di miglioramento della salute delle donne e di diminuzione della mortalità per questo tumore.

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
	<p>corso formatori dei Mmg</p> <p>corso sui tumori intervallo</p>	<p>progetto di empowerment dei cittadini e delle associazioni</p>	<p>sistema gestionale web based</p> <p>progetto per colmare gli squilibri territoriali</p>	<p>la bassa adesione non è solamente determinata dalla carenza di strutture di primo livello, ma anche da campagne informative inefficaci, da scarsa attenzione nelle strategie comunicative, scarsa conoscenza dell'eterogeneità della popolazione target e dei suoi bisogni di salute e, in particolare per la città di Roma, dalla concorrenza dello screening opportunistico</p>

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
77,61%	58,28%	43,36%	estensione effettiva al 90%

Liguria: relazione a cura dell’Ons (dati 2005)

Ai primi esami, l’adesione è buona rispetto agli standard per i centri di Genova-Istituto nazionale per la ricerca sul cancro e Imperia, mentre nei centri di Chiavari e di Genova Asl 3 è al di sotto degli standard, per quanto riguarda l’adesione sia grezza sia corretta, mentre a Savona si osserva un’adesione corretta più bassa, anche se di poco, rispetto al livello accettabile. Il tasso di richiami per approfondimenti è superiore al valore accettabile a Chiavari, anche se è in media con il livello nazionale; è invece molto elevato nel centro di Genova-Istituto nazionale per la ricerca sul cancro, in tutte le classi di età, dove supera il *range* nazionale. I valori sono elevati anche a Savona, per le fasce d’età 50-54 e 65-69 anni, ma contenuti nei valori italiani, e nel centro di Imperia, dove si osservano valori pari al 60% nella fascia di età 50-54 anni e al 22,2% nella fascia di età 65-69 anni.

I tassi di identificazione sono, però, in linea con i dati nazionali e regionali. La proporzione di tumori inferiori a 10 mm e di Tis non è riportata per Imperia e Savona. Negli altri centri i dati sono conformi agli indicatori e in linea con il *range* nazionale. Nel centro di Chiavari l’indicatore è pari al 100% nella fascia di età 60-64 anni e nel centro di Genova-Istituto nazionale per la ricerca sul cancro è pari al 100% in tutte le fasce di età cui i dati riportati si riferiscono. In generale, però, le stime sono piuttosto incomplete. Il rapporto tra biopsie benigne e maligne, dove riportato, è conforme agli indicatori.

Negli esami successivi, il tasso di richiami è conforme agli standard nei centri di Chiavari, Genova Asl 3 e Savona (per la quale è l’unico dato disponibile), mentre è più elevato del livello accettabile e della media nazionale nei centri di Genova-Istituto nazionale per la ricerca sul cancro e di Imperia, in tutte le fasce di età.

Nei centri di Chiavari e di Imperia il tasso di identificazione è più elevato della media nazionale e regionale, mentre è pari a zero nel centro di Genova Asl 3 per le donne più giovani. Il tasso di identificazione di tumori di dimensioni minori di 10 mm è tendenzialmente in linea con i dati nazionali. La proporzione di tumori di diametro inferiore a 10 mm presenta valori anomali per i centri di Chiavari e di Genova Asl 3 (dove è pari a zero nella fascia di età 60-64 anni), nel centro di Genova-Istituto nazionale per la ricerca sul cancro (100% nella fascia di età 50-54 anni) e nel centro di Imperia (dove è pari a zero nella fascia di età 50-54 anni). La proporzione di Tis è presentata soltanto per Imperia, dove comunque il dato non è conforme agli indicatori e nemmeno al *range* nazionale nella classe di età 50-54 anni.

Il rapporto tra biopsie benigne e maligne è al di sopra del livello accettabile dell’indicatore nei centri di Chiavari e di Genova-Istituto nazionale per la ricerca sul cancro, nella classe di età 60-64 anni. È importante cercare di aumentare l’adesione nei centri in cui ciò rappresenta un punto critico. Sarebbe opportuno effettuare degli interventi mirati a contenere i richiami anticipati. In alcuni programmi la proporzione di richiami è molto elevata, a meno che non si tratti di un errore. Si richiede quindi una maggiore completezza dei dati.

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
	corsi per radiologi			l’attività di screening è in carico alle 5 Asl e non si è svolta uniformemente su tutto il territorio nella fase di avvio del programma le attività di informazione dell’iniziativa sono risultate insufficienti e inadeguate il tasso di richiamo è molto variabile è necessaria una revisione del modello di coordinamento a livello regionale

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
47,71%	34,71%	64,97%	estensione effettiva al 90%

Lombardia: relazione a cura dell’Ons (dati 2005)

Il valore medio regionale dell’adesione agli inviti è superiore al livello accettabile. Gli altri indicatori sono stati forniti separatamente per i primi esami e per gli esami successivi, ma non è possibile valutarli appieno senza conoscere la distribuzione per età delle donne richiamate. In diversi casi la numerosità degli eventi è tale da rendere gli indicatori statisticamente poco affidabili. Ci sono infine situazioni con lacune nei dati, che richiedono un’ulteriore verifica. È evidente che una valutazione approfondita del significato degli indicatori può essere fatta solo a livello locale, sulla base della conoscenza del quadro complessivo del funzionamento dello screening e delle sue eventuali criticità. Nei primi esami, in generale il tasso di richiami dei vari programmi è superiore al valore accettabile. Probabilmente questo si spiega, almeno in parte, con una prevalenza delle fasce di età più giovani, sia tra le invitate sia tra le rispondenti. La Dr è bassa, forse per lo stesso motivo. Negli esami successivi i richiami sono in media vicini al valore accettabile. In generale la Dr è bassa. Prima di valutare alcuni dati forniti, in particolare quelli riguardanti i tumori *screen detected*, sarebbe opportuno verificarne la validità e la completezza.

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
avvio a partire dal 1999, a seguito della emanazione del Dcr 1294/1999, delle linee guida regionali (Ddg/San 32012/2001) con il Dgr 3776/2006 è stato definito, come obiettivo di mandato 2007, un tasso di adesione maggiore o uguale al 60% e rispetto dei tempi di round			gruppo di lavoro regionale sull’identificazione di requisiti di qualità analisi organizzativa dei programmi è in corso di verifica il raggiungimento di un’adesione corretta superiore al 60% è in corso di valutazione l’avvio di un flusso specifico con tracciato record, in raccordo con altri flussi informativi già disponibili o in fase di avvio (anatomie patologiche) si stanno valutando le modalità di raccordo con la rete dei registri tumori delle Asl	l’interesse attuale è incentrato sulla necessità di sistematizzare una valutazione di impatto sul territorio regionale: criticità possibili riguardano il raccordo delle diverse fonti informative

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
100,00%	77,03%	61,93%	estensione effettiva al 90%

Marche: relazione a cura dell’Ons (dati 2005)

Nei primi esami l’adesione è accettabile per un programma nuovo. Decisamente migliore la performance di Urbino. Certamente c’è ancora un ampio margine per un miglioramento: sarebbe utile un’indagine campionaria per stimare lo screening opportunistico. Per quanto riguarda il tasso di richiamo, i valori sono compatibili con uno primo screening in centri di poca esperienza: sarebbe opportuno identificare i radiologi a tasso di richiamo più elevato e formarli nuovamente, magari adottando anche il consenso o l’arbitrato dei casi discordanti. Il tasso di identificazione totale (per 1000) è molto basso e potrebbe indicare un deficit di sensibilità. Lo stesso si può dire del tasso di identificazione dei tumori di dimensioni minori di 10 mm (per 1000): il dato va di pari passo con la Dr globale. La percentuale di tumori inferiori a 10 mm è poco credibile, a meno che non si spieghi con un campione ridotto o con un *bias* di registrazione. Anche la percentuale di Tis è un dato certamente falsato da qualche *bias* grossolano o dal campione esiguo: è impossibile quindi dare un giudizio al riguardo. Il rapporto tra tumori benigni e maligni ha invece valore accettabile. Complessivamente si delinea un quadro che suggerisce una bassa sensibilità e la necessità di addestramento: resta un forte dubbio sulla solidità di alcuni dati, poco verosimili. Nei secondi esami il tasso di richiamo generale è buono, compatibile con il dato di prevalenza. Il tasso di Ancona suggerisce una forte influenza clinica, con una tendenza a un eccesso di richiami: sarebbe interessante vedere qual era la Rr allo screening prevalente ad Ancona, se correlata con quella allo screening incidente. Se così fosse, sarebbe opportuno uno stage di riaddestramento. Il tasso di identificazione totale (per 1000) è un dato poco credibile: la Dr è maggiore allo screening incidente rispetto al prevalente. Questo non si spiega in alcun modo, a meno che non si riferisca a un sottogruppo di centri con Dr prevalente più elevata. Comunque è un valore piuttosto basso, certamente da correggere per l’incidenza attesa. Anche il tasso di identificazione dei tumori di diametro inferiore a 10 mm (per 1000) risulta poco credibile. Il dato relativo alla percentuale di tumori inferiori a 10 mm è buono, anche se non correla molto con la bassa Dr, che suggerisce una bassa sensibilità. Il dato relativo ai Tis risulta eccessivo: forse dipende dal campione limitato, da un *bias* classificativo del patologo (per esempio Adh superiore al Dcis) o da un *bias* di classificazione (quanti *missing*?) Il rapporto tra tumori benigni e maligni è un dato molto buono, ma resta il dubbio che possa dipendere da una scarsa aggressività diagnostica e da un *cut off* elevato per il sospetto, che comporta anche una bassa Dr.

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
gruppo scientifico sullo screening mammografico, formalizzato con decreto il 13 luglio 2006	revisione e nuova stesura del protocollo diagnostico-terapeutico			
nel secondo semestre 2006 c’è stata una precisa volontà del livello regionale di concentrare le energie sul far partire la fase sperimentale dello screening del tumore del colon retto. Si è scelto di mettere in atto uno stretto monitoraggio della raccolta dati relativa alla seconda parte della <i>survey</i> Gisci e Gisma 2006 su tutte le 13 Zone territoriali				

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
100,00%	64,59%	59,89%	estensione effettiva al 50%

Molise: relazione a cura dell'Ons (dati 2005)

In Molise lo screening mammografico è iniziato nel 2003, con una popolazione bersaglio di circa 38 mila donne, e ha conosciuto un notevole sviluppo nel 2004. Dai dati forniti al Gisma sembra esserci stato un rallentamento nel 2005, con poco più di 4000 donne esaminate, 775 donne richiamate per approfondimenti e solo nove neoplasie diagnosticate.

Sono stati esaminati gli indicatori principali di qualità del programma alla fine del 2005. Premesso perciò che il problema più importante riguarda l'estensione dello screening, si segnala un'adesione bassa, molto inferiore al livello desiderabile, e una quota molto elevata (18,6%) di richiami per approfondimento.

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
			mammografo mobile	elenchi anagrafici non corretti dispersione geografica della popolazione scarsa consuetudine alla cultura della prevenzione novità dell'evento problemi di organizzazione scarsa consuetudine al lavoro di equipe organico della segreteria informatizzazione poste: sistema utilizzato con molti passaggi intermedi rapporto con i Mmg

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
100,00%	132,58%	37,30%	estensione effettiva al 90%

Piemonte: relazione a cura dell'Ons (dati 2005)

Nei primi esami i risultati relativi all'adesione sono discreti, per quanto ulteriormente migliorabili. Sarebbe utile un investimento nella comunicazione, previa verifica dello screening opportunistico (indagine campionaria fra le *non responders*, valutazione dei flussi regionali della specialistica).

Il tasso complessivo di richiami è buono: Torino ha il doppio, non giustificato dalla maggiore incidenza. Bisognerebbe verificare l'effettuazione della doppia lettura (che aumenta la Rr) a Torino e nell'intera Regione.

Il tasso di identificazione totale (per 1000) è decisamente buono, specialmente a Torino: difficilmente il dato può essere dovuto alla Rr elevata, ma potrebbe dipendere dall'incidenza attesa, che andrebbe corretta. Buono anche il tasso di identificazione dei tumori di diametro inferiore a 10 mm (per 1000).

La percentuale di tumori di diametro inferiore a 10 mm è praticamente nei limiti, quindi accettabile. Questo potrebbe derivare da un eccesso di forme avanzate nello screening prevalente per scarsa *breast awareness* nella popolazione, responsabile di falsare il dato.

La percentuale di Tis e il rapporto tra tumori benigni e maligni indicano una buona pratica.

Complessivamente il giudizio è favorevole. Sarebbe interessante sul piano accademico valutare le differenze in Rr e Dr tra Torino e Regione.

Ai secondi esami il dato relativo al tasso di richiami è buono. Il tasso totale di identificazione (per 1000) indica una buona pratica, compatibile con lo screening prevalente, così come il tasso di identificazione dei tumori di diametro inferiore a 10 mm (per 1000), di Tis e il rapporto tra tumori benigni e maligni.

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
Determinazione 442 del 20 novembre 2006 della Regione Piemonte	analisi dotazioni tecnologiche		bando per la sostituzione di 4 mammografi	la principale criticità riguarda l'acquisto di 4 mammografi: si dovrà attendere la conclusione della gara
la Direzione della programmazione sanitaria ha approvato il proseguo del progetto per la struttura di riferimento regionale per lo screening mammografico	controlli di qualità fisico-tecnici valutazione di processo e di impianto dei programmi regionali		digitalizzazione dello screening mammografico	non è ancora disponibile il sistema per mammografia digitale presso il centro di archiviazione

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
100,00%	69,10%	60,98%	estensione effettiva al 90%

Puglia: relazione a cura dell'Ons (dati 2005)

Programma non attivo nel 2005.

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
il progetto di screening mammografico, approvato dalla Giunta Regionale con la Deliberazione 824/2005, nell'ambito del Pnp 2005-2007, si articola in due sotto-progetti: A) garantisce continuità al progetto in corso "Diagnosi precoce del carcinoma mammario" riservato alle donne della fascia di età 40-49 anni B) realizzazione del programma di screening per le donne della fascia di età 50-69 anni				riorganizzazione in atto dei servizi sanitari regionali modifica degli ambiti territoriali

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
0,00%	0,00%	0,00%	estensione effettiva al 50%

Sardegna: relazione a cura dell'Ons (dati 2005)

Programma non attivo nel 2005

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
	è in corso di pianificazione l'attività formativa riguardante gli aspetti specifici relativi allo screening del carcinoma della mammella	è stata affidata all'Ausl 8 di Cagliari la gestione della campagna informativa regionale sugli screening oncologici per l'adeguata sensibilizzazione e informazione della popolazione interessata	L'Ausl 1 di Sassari ha definito un piano operativo aziendale che coinvolge anche l'Ausl 2 di Olbia allineamento delle liste anagrafiche confrontando le informazioni anagrafiche con quelle del registro tumori di Sassari	

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
20,76%	0,85%	42,25%	estensione effettiva al 50%

Sicilia: relazione a cura dell'Ons (dati 2005)

Ai primi esami l'adesione, sia grezza sia corretta, è di poco inferiore al livello di accettabilità dell'indicatore per la Provincia di Catania, mentre è decisamente troppo bassa a Catania e a Palermo. Al contrario è molto elevata per la Provincia di Ragusa. È importante sottolineare che per Caltanissetta e Ragusa l'adesione è l'unico dato riportato.

Il tasso di richiamo è conforme al livello nazionale, con un'unica eccezione per il centro di Catania nella fascia di età 50-54 anni, dove il dato riportato è più elevato dello standard accettabile, ma rientra nel *range* nazionale.

Il tasso di identificazione e quello relativo ai tumori di diametro inferiore a 10 mm sono tendenzialmente bassi a Catania, ma comunque in linea con il *range* nazionale. Nel centro di Palermo i due tassi sono in linea con quelli nazionali, a eccezione della classe di età 50-54 anni, dove sono più elevati. La proporzione di tumori di diametro inferiore a 10 mm presenta valori anomali soltanto nella classe di età 65-69 anni nel centro di Catania, dove è pari a zero. Per quanto riguarda Palermo, i dati sono conformi agli indicatori, o comunque in linea con l'andamento nazionale.

Il rapporto tra biopsie benigne e maligne è riportato soltanto per Palermo, dove non presenta irregolarità.

Non ci sono dati relativi agli esami successivi.

È fondamentale aumentare l'adesione nei centri in cui rappresenta un punto critico: si avrebbero così anche più dati riguardo agli altri indicatori.

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
documento di organizzazione (Dirs/Dir/3026 del 3 novembre 2006)			costituzione del comitato tecnico-scientifico regionale	impossibilità di reperire personale specifico da dedicare alle funzioni di coordinamento
conferenza di servizio dei dipartimenti di Prevenzione delle Ausl (29 gennaio 2007)	elaborazione dei protocolli operativi programmazione delle attività di formazione (non ancora avviate)	progettazione dell'architettura gestionale (software, coordinamento attività e livelli di responsabilità)	definizione delle risorse umane e tecnologiche	difficoltà nel riportare nell'ambito previsto dal piano le attività esistenti (mammella e cervice uterina), molte a collocazione ospedaliera o con bacini d'utenza parziali
Decreto 6065 del 29 luglio 2005 che ha approvato il Prp			bando di gara per il software gestionale	

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
27,92%	22,11%	35,58%	estensione effettiva al 90%

Toscana: relazione a cura dell'Ons (dati 2005)

Ai primi esami l'adesione è generalmente molto buona rispetto agli standard.

Il tasso di richiamo è superiore allo standard nelle Province di Firenze, Grosseto, Livorno, Lucca, Pistoia e Siena: può essere interessante approfondire l'argomento.

Il tasso d'identificazione è in linea con il *range* nazionale. Fanno eccezione le Province di Empoli e di Grosseto (molto elevato nella fascia di età 60-64 anni e nullo nella fascia di età 65-69 anni), la Provincia di Lucca (piuttosto basso nella fascia di età 60-64 anni), le Province di Siena e di Viareggio (basso nella fascia di età 60-64 anni). Infine, nelle Province di Massa-Carrara e Pisa è più basso rispetto alla Regione Toscana, ma si mantiene nel *range* nazionale. Questi indicatori potrebbero suggerire delle lacune nei dati per le classi di età specificate o altri ragioni.

La proporzione di tumori di dimensioni inferiori ai 10 mm riporta in tutte le Province almeno una classe di età con un tasso pari a zero, tranne che nelle Province di Pistoia e di Viareggio, dove l'indicatore è sempre maggiore di zero, e nelle Province di Pisa e Siena, dove il dato non è riportato. Inoltre, nelle Province di Pistoia e di Empoli l'indicatore assume un valore del 100% rispettivamente nelle fasce di età 55-59 e 60-64 anni. L'accuratezza del dato dovrebbe essere verificata (anche per i Tis).

Il rapporto tra biopsie benigne e maligne è superiore allo standard e al di fuori del *range* nazionale per le Province di Empoli (classe 50-54 anni), Grosseto (classe 55-59 anni), Massa-Carrara (classe 55-59 anni). Questo può significare che nelle fasce di età specificate il programma di screening tenda a effettuare un numero ingiustificato di biopsie.

Negli esami successivi il tasso di richiamo è soddisfacente e in molti casi molto buono rispetto agli standard, con l'eccezione delle Province di Massa-Carrara e Siena, dove è decisamente elevato, e della Provincia di Pistoia, dove è leggermente superiore al livello accettabile.

I tassi di identificazione sono elevati rispetto ai dati nazionali nelle seguenti Province: Arezzo (fasce di età 60-64 anni e 65-69 anni), Empoli (fascia di età 60-64 anni), Grosseto (fasce di età 55-59 anni e 65-69 anni), Pisa (fascia di età 50-54 anni) e Prato (fascia di età 50-54 anni). Il tasso di identificazione di tumori di diametro inferiore a 10 mm assume il medesimo andamento.

La proporzione di tumori di dimensioni minori di 10 mm evidenzia anomalie in tutte le Province, tranne Firenze, con almeno una classe di età con un valore dell'indicatore pari a zero. Nelle Province di Empoli, Lucca, Massa-Carrara e Prato è presente una classe di età con un valore dell'indicatore pari al 100%. Anche per quanto riguarda la proporzione di Tis, in tutte le Province, tranne Firenze, è presente un valore dell'indicatore pari a zero in almeno una classe d'età. Questi dati sono anche al di fuori del *range* nazionale e regionale.

Il rapporto tra biopsie benigne e maligne è superiore al livello accettabile dell'indicatore nelle Province di Grosseto (classe di età 50-54 anni), Lucca (classe di età 65-69 anni) e Massa-Carrara (classi di età 50-54 e 55-59 anni). Questo indicatore più elevato dello standard di accettabilità suggerisce che il programma di screening in alcune Province tende a effettuare un numero troppo elevato di biopsie.

I dati relativi al tasso di identificazione, alla proporzione di tumori inferiori a 10 mm e di Tis e al rapporto tra biopsie benigne e maligne in alcune Province non è conforme agli standard: pertanto è auspicabile che questi dati vengano verificati.

Data l'eterogeneità tra le Province, però, una valutazione più approfondita del significato dei vari indicatori dovrebbe essere fatta a livello locale, sulla base della conoscenza del quadro complessivo del funzionamento dello screening e delle sue eventuali criticità.

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
la Dgr 599 del 31 luglio 2006 ha definitivamente sancito la messa in atto del flusso screening			si è costituito un gruppo multidisciplinare composto da informatici, statistici, epidemiologi, clinici referenti delle 12 Asl della Toscana e da statistici appartenenti al sistema informativo socio-sanitario. Il gruppo ha elaborato un tracciato record per tutti e tre i programmi di screening, che permette di raccogliere tutte le variabili di interesse per la produzione di indicatori relativi a estensione, adesione, tassi di richiamo e tassi di positività	è ancora da chiarire se la normativa sulla privacy crei dei vincoli alla strutturazione del flusso screening e se sia necessario apportare solo alcune modifiche in corso d'opera o individuare soluzioni decisamente alternative

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
100,00%	83,59%	68,12%	estensione effettiva al 90%

Umbria: relazione a cura dell'Ons (dati 2005)

Nei primi esami l'adesione è buona. Il dato regionale relativo al tasso di richiamo elevato indica invece la necessità di una formazione in proposito. Terni ha la performance migliore.

Il tasso di identificazione totale (per 1000) è buono: il valore inferiore di Terni andrebbe corretto per l'incidenza attesa ed è certamente, almeno in parte, spiegato dalla diluizione dovuta alla maggiore compliance (+ 7%).

Il tasso di identificazione dei tumori di diametro inferiore a 10 mm (per 1000) è nei limiti rispetto agli standard, ma l'indicatore è incerto, eventualmente da correggere per incidenza.

La percentuale di tumori di diametro inferiore a 10 mm rivela una buona pratica.

Il valore percentuale dei Tis è un po' basso, ma può dipendere dal campione limitato o da un effetto diluente delle neoplasie avanzate. Sarebbe opportuno verificare l'uso della *core biopsy* stereotassica che, se poco diffusa a favore del controllo nel tempo, potrebbe giustificare una bassa Dr.

Il dato regionale relativo al rapporto tra tumori benigni e maligni è buono: il valore elevato di Terni può avere varie spiegazioni (campione ridotto, scarso uso di *core biopsy* a favore della biopsia escissionale, da verificare per eventuali correzioni).

Complessivamente il quadro è accettabile, con qualche deviazione: va verificato se questo dipenda dalla qualità dei dati, dalla fluttuazione statistica o da effettive situazioni di carenza da migliorare.

Nei secondi esami il tasso di richiamo è compatibile con i valori rilevati allo screening prevalente. Il tasso si colloca ai limiti più elevati, con prestazione migliore di Terni: si configura perciò la necessità di un riaddestramento.

Il tasso di identificazione totale (per 1000) è un indicatore scivoloso, se non corretto per l'incidenza attesa. Nella regione la Dr si dimezza, mentre a Terni aumenta. I problemi sono dovuti a un campione esiguo: se a Terni l'incidenza di base è minore, il dato dello screening prevalente è ancora migliore rispetto alla Regione, ma la mancata variazione tra i primi esami e i successivi non si spiega bene. Il tasso di identificazione dei tumori di dimensioni inferiori a 10 mm (per 1000) è un dato altrettanto incerto: la correzione per incidenza è necessaria. La percentuale di tumori di dimensioni minori di 10 mm è molto buona, ma sarebbe interessante verificare quanti sono i *missing*.

Per quanto riguarda i Tis, la pratica è buona, così come il dato relativo al rapporto tra tumori benigni e maligni. Terni si è riallineata alla Regione.

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
			la definizione di un percorso diagnostico e terapeutico regionale, uniforme e condiviso da tutte le Asl, si è fermata alla costituzione di un gruppo di lavoro con professionisti del primo, secondo e terzo livello delle Asl e delle Ao	esistono delle difficoltà dei professionisti nel lavoro di gruppo e nella condivisione di documenti di riferimento per l'identificazione di percorsi di approfondimento uniformi

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
100,00%	104,15%	67,99%	estensione effettiva al 90%

Valle d'Aosta: relazione a cura dell'Ons (dati 2005)

Ai primi esami l'adesione è ottima. Il tasso di richiamo è più elevato del consentito, ma può essere accettato vista la forte riduzione allo screening incidente.

Il valore del tasso di identificazione totale (per 1000) è molto elevato: può essere spiegato da una situazione di base (pre-screening) di scarsa attenzione senologica da parte della popolazione e dei curanti, viste le molte neoplasie avanzate a crescita lenta presenti. In ogni caso, il tasso deve essere correlato all'incidenza di base, che può essere di per sé molto alta. Lo stesso vale per il tasso d'identificazione dei tumori di diametro inferiore a 10 mm (per 1000) e per la percentuale dei tumori stessi.

Buoni anche i valori relativi ai Tis e al rapporto tra tumori benigni e maligni.

Complessivamente il giudizio è molto favorevole, anche se gli indicatori usati mostrano chiaramente i loro limiti di affidabilità, specialmente quando i campioni sono relativamente limitati.

Ai secondi esami, i valori relativi ai tassi di richiamo e di identificazione sono buoni (con i limiti dell'indicatore, che dovrebbe essere corretto per l'incidenza locale)

Il tasso di identificazione dei tumori di diametro inferiore a 10 mm (per 1000) è buono, così come la percentuale di tumori di dimensioni minori di 10 mm.

La percentuale di Tis rivela una buona pratica, anche se, come sempre, l'indicatore può essere influenzato dal campione limitato, dall'effetto diluente di forme invasive o dei *missing*, ma anche da una *bias* di classificazione patologica (Adh superiore al Dcis) o da una eccessiva aggressività bioptica per le calcificazione (sovradiagnosi). Queste ultime condizioni potrebbero essere verificate, la prima con una revisione esterna di preparati, la seconda con una verifica dell'*assessment*. Buona pratica anche per il rapporto tra tumori benigni e maligni.

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
			nell'ottobre del 2005 è iniziata l'applicazione di un protocollo relativo all'effettuazione di ecografie mammarie come test aggiuntivo di screening in donne con seno denso	occorre perfezionare il meccanismo di identificazione e classificazione dei casi che insorgono dopo un esame di screening negativo e proseguire la verifica periodica tramite le Sdo

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
100,00%	89,10%	71,54%	estensione effettiva al 90%

Veneto: relazione a cura dell'Ons (dati 2005)

I dati sono complessivamente buoni, a partire dall'adesione. L'estensione teorica è ancora da completare, mentre quella effettiva resta inferiore al necessario.

Tra le criticità emerse, a livello regionale il tasso di richiamo è apparentemente troppo elevato, sia al primo esame sia ai successivi. Il dato è costante e diffuso: è quindi auspicabile verificarne le ragioni reali, al di là delle ipotesi, e superarlo. Il dato della Asl di Asolo è incomprensibile e va chiarito, in quanto influenza molto la percentuale regionale: in attesa di chiarimenti andrebbe escluso dal calcolo.

Per gli esami successivi si nota una percentuale di tumori al di sotto dei 10 mm ai limiti inferiori dell'accettabilità. Mancano inoltre dei dati di alcune Asl: andrebbero recuperati, anche se la mancanza sistematica in molte realtà fa pensare a problemi di registrazione e di estrazione dal sistema informativo.

Al primo esame mancano: Alto vicentino (percentuale di Tis, rapporto tra tumori benigni e maligni), Asolo (Dr e percentuale di carcinomi inferiori a 10 mm), Bassano del Grappa (Dr totale e carcinomi inferiori a 10 mm, percentuale di carcinomi inferiori a 10mm e Tis, rapporto tra tumori benigni e maligni), Belluno (rapporto tra tumori benigni e maligni), Bussolengo (la Dr manca e la percentuale di carcinomi inferiori a 10 mm pur nei limiti accettabili, sembra troppo alta, è quindi da migliorare il rapporto tra tumori benigni e maligni), Dolo-Mirano e Legnago (come Asolo), Este (come Asolo, in più rapporto tra tumori benigni e maligni). Sono da tenere sotto controllo infine: Ovest vicentino e Pieve di Soligo (percentuale molto al di sotto dell'accettabile di carcinomi inferiori a 10 mm), Rovigo (manca la percentuale di Tis), Treviso e Verona (come Asolo), Veneziana (manca rapporto tra tumori benigni e maligni), Vicenza (manca rapporto tra tumori benigni e maligni).

Agli esami successivi mancano: Alta Padovana (la percentuale di carcinomi inferiori a 10 mm è ai limiti inferiori dell'accettabile), Bassano del Grappa (mancano tutti i dati), Belluno (la percentuale di Tis al limite inferiore dell'accettabile), Bussolengo (la percentuale di carcinomi minori di 10 millimetri è molto bassa), Feltre (percentuale di Tis inferiore all'accettabile), Rovigo (manca percentuale di Tis), Veneziana (manca rapporto di Tis), Vicenza (manca rapporto tra tumori benigni e maligni). Per Asolo, Dolo-Mirano, Este, Legnago, Treviso e Verona Dr e percentuale di carcinomi inferiori a 10 mm.

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
	circa 500 operatori, il 70% dei quali non medici, sono coinvolti nei programmi di screening mammografico. Più di 300 hanno partecipato nel 2006 a 7 eventi formativi. La quota di addetti non medici, formati e da formare in alcune aree chiave dello screening, viene monitorata annualmente			il tasso di richiamo supera lo standard accettabile ai primi esami e migliora agli esami successivi

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
85,96	70,09%	71,80%	estensione effettiva al 90%

Piano nazionale della prevenzione 2005-2007

Screening del tumore del colon retto

Grafico 3.1 Estensione (%) dello screening del tumore del colon retto in Italia (anni 2004-2006, fonte Ons)

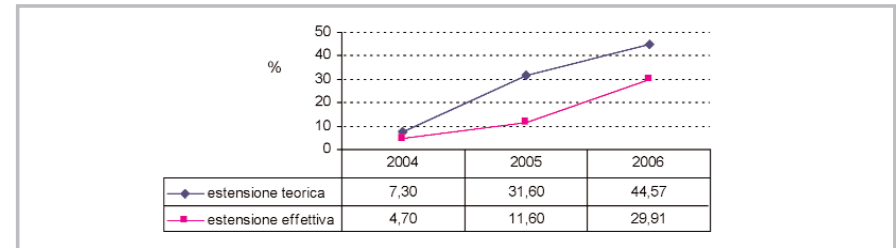


Grafico 3.2 Adesione (%) allo screening del tumore del colon retto in Italia (anni 2004-2006, fonte Ons)

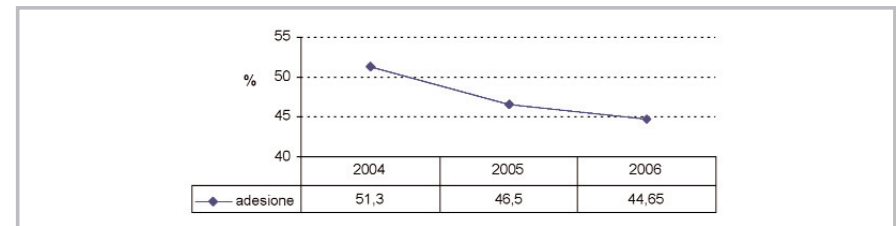


Tabella 3.1 Estensione e adesione (%) dello screening del tumore del colon retto 31/12/2006 (fonte Ons)

Regione	estensione teorica (%)	estensione effettiva (%)	adesione (%)
Abruzzo	16,54	5,63	47,56
Basilicata	100,00	113,05	34,01
Bolzano	0	0	0
Calabria	0	0	0
Campania	29,02	17,66	33,19
Emilia Romagna	100,00	117,55	47,65
Friuli Venezia Giulia	0	0	0
Lazio	19,90	9,75	30,16
Liguria	0	0	0
Lombardia	100,00	63,99	37,90
Marche	0	0	0
Molise	0	0	0
Piemonte (*)	12,57	61,43	22,86
Puglia	0	0	0
Sardegna	0	0	0
Sicilia	0	0	0
Toscana	93,81	66,26	48,63
Trento	0	0	0
Umbria	87,59	18,07	37,09
Valle d'Aosta	100,00	61,68	60,90
Veneto (*)	64,70	60,24	64,29
Italia	44,57	29,91	44,65

(*) Nel Veneto e in Piemonte è anche attivo un programma di screening con proposta di Rss che riguarda complessivamente 49.978 individui, con il 56% di estensione teorica, il 56,4% di estensione effettiva e il 26,9% di adesione

Abruzzo: relazione a cura dell'Ons (dati 2005)

Programma non attivo nel 2005.

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
nomina del Comitato di coordinamento regionale (26 gennaio 2006)	linee guida operative regionali corso di formazione e accreditamento obbligatorio per gli operatori di screening controllo di qualità interno per il test di primo livello	la comunicazione rivolta alla popolazione si è realizzata con la produzione di opuscoli, manifesti, spot televisivi e conferenze stampa dedicate	progetto pilota nella Asl Sulmona-Avezzano accreditamento delle strutture di primo, secondo e terzo livello sistema gestionale con architettura server web	il secondo livello endoscopico rappresenta la fase più critica del programma della Asl pilota e si prospetta come criticità regionale di discreta entità

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
16,54	5,63%	47,56%	estensione effettiva al 50%

Basilicata: relazione a cura dell'Ons (dati 2005)

Il risultato complessivo al 31 dicembre 2005 risente ancora del recente avvio dell'attività, quindi le osservazioni sono molto relative e suscettibili di successivi aggiustamenti. La percentuale di estensione è in linea con quanto avrebbe dovuto rispetto al periodo di attivazione del programma.

Il dato di adesione è insufficiente, anche come dato iniziale. Rispetto agli indicatori, al momento, la percentuale di adesione è molto al di sotto dei valori accettabili. Da qui deriva la necessità di lavorare in maniera particolare sui meccanismi di motivazione all'adesione, con campagne informative mirate e iniziative rivolte ai cittadini per superarne le diffidenze e costruire la necessaria fiducia nelle strutture che propongono l'intervento. Visto che lo screening si basa sulla consegna del test da parte dei Mmg, sarebbe necessario agire anche sulla loro effettiva motivazione a partecipare attivamente a questo programma.

L'attuale percentuale di adesione al secondo livello diagnostico delle persone con test positivo è troppo ridotta: si rischia di vanificare in parte i benefici dell'intervento stesso. È buona, invece, la percentuale di completezza della colonscopia in chi la esegue, che denota un livello qualitativo adeguato dei servizi di endoscopia coinvolti nel programma.

Questa valutazione è confermata dagli ottimi risultati in termini di Dr e Vpp delle lesioni tumorali maligne, uno degli obiettivi primari degli interventi insieme agli adenomi avanzati.

Per questi ultimi, però, non compaiono dati, né in termini di Dr né di Vpp, il che lascia supporre una difficoltà nel reperimento delle informazioni.

Se si aggiunge che non compare il dato dei tumori maligni superiori al secondo stadio dei casi aumenta la necessità di istituire, a livello regionale, dei registri di patologia appositi (che fanno parte anche degli obiettivi da raggiungere nel cronoprogramma in applicazione della Legge 138 e del Pnp 2005-2007) per poter controllare, monitorare e valutare meglio i programmi di screening attivi nel territorio regionale.

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
	programma di formazione per il personale addetto alla lettura dei test della ricerca del Sof			

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
100,00%	113,05%	34,01%	estensione effettiva al 50%

Calabria: relazione a cura dell'Ons (dati 2005)

Programma non attivo nel 2005.

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
Dgr 611 del 27 giugno 2005 con cui sono state approvate le linee guida e le direttive alle Asl per gli screening oncologici		<p>approvato il piano regionale della comunicazione</p> <p>con la Delibera 334/06 sono stati erogati finanziamenti per i piani di comunicazione alle 11 Asl della Calabria</p> <p>4 Asl su 11 hanno già attivato un piano della comunicazione</p>		<p>criticità nel rapporto tra livello regionale e aziendale, soprattutto di natura burocratica</p> <p>tempi di attuazione delle direttive nazionali e regionali troppo lunghi</p>

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
0,00%	0,00%	0,00%	estensione effettiva al 50%

Campania: relazione a cura dell'Ons (dati 2005)

Riguardo all'estensione dell'invito, il dato medio regionale (16,4%) è decisamente inadeguato: il valore più elevato si registra nella Asl 1 di Salerno, dove comunque viene raggiunto appena il 30%. In ogni caso, si tratta di programmi di recente attivazione.

L'adesione corretta media è del 16% circa, con valori di appena il 6% nella Asl 1 e 2, mentre la Asl 3 raggiunge il 30%. È ovvio che, con questi livelli minimi di adesione, le popolazioni esaminate sono sicuramente selezionate e arricchite di soggetti sintomatici, fatto che rende conto dei dati relativi agli altri indicatori. A questo proposito serve una revisione accurata dei meccanismi organizzativi, oltre un'analisi del contesto sociale locale. Devono essere messi in atto correttivi di provata efficacia per incrementare l'adesione, tra cui il coinvolgimento dei Mmg mediante la firma dell'invito, l'adozione di appuntamenti prefissati per la consegna del kit o strategie alternative efficaci in altri contesti, anche se di diversa struttura sociale, come per esempio il coinvolgimento delle farmacie. È necessario inoltre verificare l'accessibilità geografica e temporale delle sedi di consegna dei kit, mentre si raccomanda la disponibilità di un *call center* e l'attivazione di una campagna informativa regionale.

Riguardo al tasso di positività, si segnala un probabile errore nel dato regionale medio (5,9%), che non è congruo con quelli disaggregati per fasce di età quinquennali. Assumendo come corretti i dati delle fasce d'età, l'alto tasso di positività registrato è probabilmente in relazione con il *bias* di selezione già segnalato e dovuto alla bassa adesione. Inoltre, la Asl Salerno 3 non ha inviato i dati per questo indicatore.

L'adesione alla colonscopia e la percentuale di coloscopie complete sono di buon livello, se si esclude la Asl Salerno 3.

Il dato medio regionale della Dr per carcinoma è circa il doppio di quello medio italiano (6,7% contro 3,6%), ma sembra quasi interamente dovuto agli indicatori registrati nella Asl Salerno 1, dove si rilevano valori quattro volte superiori a quelli medi italiani. Probabilmente, questo si deve a una selezione della popolazione o a un'errata classificazione delle lesioni dal punto di vista anatomo-patologico (Cis o carcinomi intramucosi classificati come maligni), il che spiegherebbe anche la bassa Dr per gli adenomi avanzati.

Il dato medio regionale di Dr per adenoma avanzato è tre volte inferiore a quello medio italiano e forse dovuto a problemi classificativi. D'altro canto, il tasso diagnostico degli adenomi a basso rischio è maggiore (nella Asl Salerno 1 di dieci volte) a quello medio italiano. Questo indurrebbe a pensare per lo più a problemi di classificazione anatomo-patologica, piuttosto che a problemi di sensibilità della colonscopia. Non sono stati forniti indicatori relativi agli stadi dei canceri rilevati.

I Vpp per carcinoma e adenomi sono una conseguenza di quanto detto.

Complessivamente, le criticità evidenziano una necessità di revisione degli aspetti organizzativi, per incrementare l'adesione. Si raccomanda anche l'adozione di un controllo di qualità esterno (progetto Veg del Giscor) per confrontare le performance del test di screening e una valutazione della qualità della lettura anatomo-patologica.

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
<p>con gli atti deliberativi 2069/2004 e 2356/2004 la Regione Campania ha approvato le linee guida regionali per l'attività in questione</p> <p>la stesura del Prp, approvato con Dgrc 1133/2005, ha consentito di dare un migliore inquadramento all'organizzazione dell'intera attività di screening coloretale</p> <p>con il Decreto assessorile 262 del 28 marzo 2006, è stato nominato il gruppo tecnico per la valutazione dei progetti aziendali di screening</p>	<p>in occasione del convegno Congiunto Ons Gisima Gisci Giscor (Napoli, 11-13 dicembre 2006) è stato organizzato il corso di formazione "Lo screening per il carcinoma colonrettale": il corso ha interessato 23 medici di varia provenienza (servizio di epidemiologia e prevenzione, gastroenterologi, chirurghi, tecnici sanitari di laboratorio biomedico)</p>			

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
29,02%	17,66%	0,00%	estensione effettiva al 50%

Emilia Romagna: relazione a cura dell'Ons (dati 2005)

La Regione Emilia Romagna ha iniziato lo screening del Ccr su tutto il territorio regionale nel marzo 2005, riuscendo a raggiungere nell'anno un'estensione media del 44 %.

Innanzitutto va sottolineata l'uniforme disponibilità dei dati richiesti già dall'inizio dei programmi, quale indicatore di elevata qualità complessiva dell'organizzazione, coerentemente peraltro con i livelli raggiunti dalla Regione anche negli altri due screening.

L'adesione media regionale ha superato, seppure di poco, lo standard accettabile, a differenza dell'adesione alla colonscopia, risultata inferiore.

Degli undici programmi, tre hanno valori buoni o accettabili per tutti gli indicatori: Cesena, Reggio Emilia e Ravenna. Nessuno dei programmi poteva essere considerato consolidato a fine 2005: questo può contribuire a spiegare una certa disomogeneità di valori degli indicatori e qualche outlier.

In certi casi, in particolare laddove si riscontrano incongruenze, prima di trarre conclusioni si deve verificare la validità dei dati e la completezza della rilevazione.

È evidente che una valutazione più approfondita del significato dei vari indicatori può essere fatta a livello locale, sulla base della conoscenza diretta del funzionamento dello screening e delle sue eventuali criticità, nonché dell'evoluzione del programma nel corso del 2006. Premesso questo, si segnalano le seguenti situazioni:

- a Bologna l'estensione e l'adesione sono notevolmente inferiori alla media regionale e nazionale
- a Ferrara, a fronte di una buona estensione, si è riscontrata una bassa adesione agli inviti. L'adesione alla colonscopia è molto bassa: è opportuno verificare la validità di questo dato e se non ci sia stata un'incompleta rilevazione o una posticipazione di esami oltre il suo ambito temporale. La quota di colonscopia incomplete è altrettanto ridotta
- a Forlì l'estensione inferiore alla media regionale
- a Imola l'estensione è ottima, mentre risulta insufficiente l'adesione alla colonscopia (da verificare)
- a Modena l'estensione è molto bassa
- a Parma i dati sono da verificare, perché si riscontrano valori bassi dell'adesione alla colonscopia, delle Dr di Ccr e di adenomi avanzati e dei Vpp, nonostante siano state esaminate in prevalenza persone anziane. Manca inoltre la distribuzione per stadio delle neoplasie
- a Piacenza l'estensione e l'adesione sono notevolmente inferiori alle medie regionale e nazionale, mentre l'adesione alla Cs è molto bassa (da verificare)
- a Rimini l'adesione è bassa.

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
		predisposizione del materiale informativo per i Mmg e pubblicazione delle circolari regionali con le indicazioni sull'esenzione dalla compartecipazione alla spesa per gli aventi diritto	l'attivazione del braccio che prevede la proposta diretta di colonscopia ai familiari di primo grado di persone affette da Ccr, dopo la predisposizione del protocollo <i>ad hoc</i> concordato con tutte le realtà regionali, è in via di attivazione in tutte le Ausl della Regione: al momento è stato avviato presso le Ausl di Modena, Ravenna e Cesena. coinvolgimento attivo e diretto dei Mmg per incoraggiare le persone dai 70 ai 74 anni a eseguire una colonscopia, se mai fatta prima, o, in alternativa, un test per la ricerca del Sof	la criticità più evidente è un preoccupante aumento dei tempi di attesa legato alla possibilità di accedere alla colonscopia di secondo livello, per un evidente aumento dell'attività dovuta all'attivazione del programma di screening nel suo complesso

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
100,00%	117,55%	47,65%	estensione effettiva al 50%

Friuli Venezia Giulia: relazione a cura dell'Ons (dati 2005)

Programma non attivo nel 2005.

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
	è stato definito nel dettaglio il piano di formazione per le varie componenti professionali all'interno del programma (operatori da coinvolgere, moduli formativi gestionali ed epidemiologici, piano finanziario)	non si è ancora proceduto alla stampa e alla diffusione del materiale informativo, perché si è preferito concentrare le attività sui due screening femminili e valutarne l'efficacia prima di attivare i contratti per la campagna informativa del colonretto. Pur considerando il target diverso si vuole valutare se il messaggio e le tipologie di diffusione del medesimo siano risultate efficaci		una criticità è stata l'errata valutazione delle risorse disponibili per gestire contestualmente il progetto complessivo del programma e lo studio di fattibilità del protocollo con proctosigmoidoscopia

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
0%	0%	0%	estensione effettiva al 50%

Lazio: relazione a cura dell'Ons (dati 2005)

Per quanto riguarda l'estensione degli inviti, pur essendo il programma di recente attivazione, l'indicatore non è in linea con gli standard di riferimento. Il dato sconta la recente attivazione del programma che, per consentire la progressiva messa a punto dei meccanismi organizzativi, prevede un avvio graduale.

L'adesione non raggiunge ancora lo standard accettabile, anche se il dato per un programma regionale di recente attivazione può essere considerato incoraggiante e con possibili prospettive in incremento. Per rinforzare questa tendenza è necessario investire nella comunicazione, tramite campagne informative e di sensibilizzazione per motivare la partecipazione della popolazione bersaglio e portare avanti un'azione incisiva sui Mmg perché svolgano al meglio la loro funzione di facilitatori nei confronti dei propri assistiti.

Un problema evidente è la percentuale insufficiente di adesione alla colonscopia a seguito di un test di screening positivo. Tuttavia, questo potrebbe dipendere dal breve periodo di attivazione del programma, destinato a incrementare e accrescere la fidelizzazione dei cittadini interessati nei confronti delle strutture endoscopiche di riferimento dei programmi.

La percentuale di completezza delle colonscopie e i risultati in termini di Dr e Vpp delineano la presenza, nelle zone di attivazione del programma, di servizi endoscopici di buona qualità: questo dovrebbe facilitare l'incremento della percentuale di adesione alle colonscopie di approfondimento diagnostico.

Un'attenzione particolare va dedicata all'organizzazione della gestione attiva del percorso diagnostico, che faciliti il più possibile le modalità di accesso a questa fase rilevante del programma.

Non compare l'indicatore riferito alla percentuale di tumori intestinali di stadio superiore al secondo, che lascerebbe ipotizzare una difficoltà nella stadiazione dei casi. Da questo punto di vista emerge la necessità di condividere a livello regionale i criteri di classificazione da parte degli operatori a cui questo compito è affidato, ma anche di disporre di un registro di patologia regionale per la raccolta e la caratterizzazione completa dei casi.

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
	corso per animatori di formazione (formatori) dei Mmg	progetto di empowerment dei cittadini e delle associazioni	integrazione dello screening spontaneo tramite colonscopia nel programma di screening organizzato	enormi carenze organizzative dei centri di secondo livello, che non hanno messo a disposizione dello screening tempo e strutture sufficienti

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
19,90%	9,75%	30,16%	estensione effettiva al 50%

Liguria: relazione a cura dell'Ons (dati 2005)

Programma non attivo nel 2005.

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
	è stato definito nel dettaglio il piano di formazione per le varie figure professionali che operano all'interno del programma, individuando i singoli operatori da coinvolgere, i moduli formativi gestionali ed epidemiologici e il piano finanziario	preparazione della lettera di invito e dell'opuscolo informativo	redazione delle linee guida regionali e dei manuali operativi per la fase di organizzazione identificazione delle strutture di endoscopia digestiva survey di attività programma sperimentale 1297 del 16 novembre 2004	non sono state attivate entro il termine le segreterie organizzative dei programmi. Nonostante gli screening siano parte integrante dei Lea, la forte carenza di risorse a livello regionale ha fatto sì che l'attenzione dei Direttori generali fosse principalmente volta alla clinica corrente, a discapito delle attività di prevenzione

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
0%	0%	0%	estensione effettiva al 50%

Lombardia: relazione a cura dell'Ons (dati 2005)

Innanzitutto la disponibilità di gran parte dei dati richiesti già dalle fasi iniziali dei programmi è un indicatore complessivo di buona qualità dell'organizzazione.

I programmi di screening del Ccr della Regione Lombardia sono iniziati prevalentemente verso la fine del 2005. In particolare vanno considerati del tutto iniziali (meno di 1000 persone screenate) almeno i programmi di Brescia, Lodi e Milano 1. Da segnalare inoltre il peso del programma di Cremona, iniziato da anni, che da solo contribuisce per circa un terzo ai dati regionali medi. Nessuno degli altri programmi poteva essere considerato consolidato a fine 2005: questo può contribuire a spiegare una certa disomogeneità di valori degli indicatori e la presenza di outlier. In certi casi, specialmente dove si riscontrano incongruenze, vanno verificate la validità dei dati e la completezza della rilevazione prima di trarre conclusioni. È anche evidente che una valutazione più approfondita del significato dei vari indicatori può essere fatta a livello locale, sulla base della conoscenza diretta del funzionamento dello screening e delle sue eventuali criticità, nonché dell'evoluzione del programma nel corso del 2006.

Delle medie regionali, a parte l'estensione molto bassa per i motivi detti, risultano inferiori al livello desiderabile l'adesione all'invito e l'adesione alla colonscopia. Quest'ultimo indicatore va sempre verificato, perché può esserci stata una rilevazione incompleta o una posticipazione di esami oltre l'ambito temporale previsto.

Premesso questo, si segnalano le seguenti situazioni:

- a Cremona, dove c'è l'unico programma consolidato, è opportuno valutare attentamente alcuni indicatori: bassa adesione alla colonscopia, bassa Dr di adenomi avanzati sia ai primi stadi sia ai successivi, Vpp bassi. Mancano inoltre i dati sulla distribuzione per età delle lesioni
- a Milano si ha un valore basso dell'adesione alla colonscopia e della quota di colonscopie complete. Inoltre, manca il dato della distribuzione per stadio delle neoplasie
- a Mantova l'adesione è inferiore allo standard e sono basse sia la quota di colonscopie complete, sia la Dr di adenomi avanzati, a fronte però di buone Dr di tumori
- a Lecco si ha una quota bassa di test positivi, basse Dr e bassi Vpp. Questi valori sono da verificare e forse dipendono dal campione ridotto.

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
linee guida regionali mandato alle Asl di avviare il programma attribuzione alle Asl di risorse aggiuntive per l'avvio della attività (2005) e per il raggiungimento di un'estensione territoriale del 30% (2006) obiettivo di mandato 2007 estensione dell'invito al 70% del target biennale	formazione regionale allargata rivolta ai diversi attori coinvolti localmente nei programmi di screening		analisi organizzativa dei programmi gruppo di lavoro regionale sulla identificazione di requisiti di qualità	non si evidenziano al momento particolari criticità rispetto all'avvio di questa linea di screening sul territorio lombardo

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
100,00%	63,99%	37,90%	estensione effettiva al 50%

Marche: relazione a cura dell'Ons (dati 2005)

Programma non attivo nel 2005.

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
definizione del modello organizzativo (Dgr 1443 del 15 dicembre 2007)	stesura completa del protocollo diagnostico e terapeutico	materiale informativo	esame della questione privacy implementazione del software informativo e gestionale per questo screening	il livello regionale nel suo complesso deve ancora pensare a un'organizzazione territoriale di questo screening, per Zona territoriale o per Area vasta l'avvio del progetto screening si è sovrapposto con la messa a regime dell'Asur lavorare per progetti e gestire per processi non è nella fisiologia del sistema, ma richiede un accompagnamento sistematico e coerente da parte dei responsabili centrali del progetto

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
0%	0%	0%	estensione effettiva al 50%

Molise: relazione a cura dell'Ons (dati 2005)

Programma non attivo nel 2005.

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
con atto dell'organo regionale competente sono stati individuati il referente e i responsabili di progetto	avviati i corsi di formazione per il personale interessato al progetto	campagna informativa e pubblicitaria gli inviti alla popolazione rientranti nella fascia di età interessata allo screening si invieranno non appena saranno perfezionate le attività propedeutiche		

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
0%	0%	0%	estensione effettiva al 50%

Piemonte: relazione a cura dell'Ons (dati 2005)

L'analisi dei risultati della survey 2005 relativa alla Regione Piemonte mette in luce buone performance complessive dei programmi. Si segnala soltanto che l'estensione dell'invito non raggiunge il livello di accettabilità per nessuno dei tre programmi, evidenziando una difficoltà a coprire la popolazione bersaglio complessiva dell'anno.

L'adesione all'invito è circa il 25-30%, in linea con il dato nazionale e con quello degli studi randomizzati svolti in queste aree. È probabile che il dato sia migliorabile con il reinvito dei non *responders*.

Gli altri indicatori documentano il buon livello di qualità di questi programmi.

Le valutazioni del programma di screening per i tumori del colon retto mediante Fobt evidenziano buone performance complessive dei programmi, con alcune eccezioni. Il dato medio regionale di estensione dell'invito (circa il 39%) è in linea con quello medio italiano, ma al di sotto degli standard di accettabilità.

L'adesione corretta media è del 30% circa. Si tratta di due realtà (Torino e Asti) fortemente urbanizzate, dato che può spiegare i bassi livelli di adesione. È comunque auspicabile un'analisi dei meccanismi organizzativi e la messa in atto di correttivi di provata efficacia, come il coinvolgimento dei Mmg. È necessario inoltre verificare l'accessibilità geografica e temporale delle sedi di consegna dei kit.

I valori del tasso di positività sono compatibili con la composizione per età della popolazione invitata, che è più vecchia di quella italiana di riferimento.

Per quanto riguarda l'adesione alla colonscopia e la percentuale di colonscopie complete emergono alcune criticità e la necessità di una revisione dei meccanismi organizzativi di *recall rate*, anche se si tratta di popolazioni più anziane e meno disponibili nei confronti dell'approfondimento colonscopico. In particolare, si deve porre attenzione alla percentuale di colonscopie complete, sensibilmente inferiore alla media nazionale, soprattutto nella Asl di Asti. La Dr per carcinoma e adenoma avanzato e relativi Vpp confermano le buone performance dei due programmi aziendali.

Si segnala inoltre che è anche attivo un programma di screening con offerta di Rss flessibile, che ha 37.196 residenti destinatari, con un'estensione effettiva del 57,2% e un'adesione del 23,9%.

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
	valutazione di processo e di impianto dei programmi regionali		<p>stima dei volumi di attività e indagine sui servizi coinvolti</p> <p>integrazione software di gestione della Rss con l'applicativo del programma Fobt</p>	<p>molte direzioni aziendali non hanno ancora formalmente approvato i programmi di screening</p> <p>la rilevazione delle esigenze di integrazione della strumentazione ha comportato una ridiscussione degli obiettivi dei servizi, con conseguenti ritardi nell'attivazione dei programmi</p>

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
12,57%	61,43%	22,86%	estensione effettiva al 50%

Puglia: relazione a cura dell'Ons (dati 2005)

Programma non attivo nel 2005.

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
	nell'ambito del comitato regionale, che vede la partecipazione di tutte le società scientifiche, non si è raggiunto un accordo sul programma formativo per diversità di vedute		<p>costituzione del comitato regionale con compiti di coordinamento e alla individuazione delle unità operative territoriali da parte delle Ausl</p> <p>individuazione del centro unico di riferimento regionale (Istituto di gastroenterologia dell'Università di Bari)</p> <p>costruzione della rete di unità operative specialistiche in possesso dei requisiti previsti dalle linee guida a cura del Ccm e, quindi, in grado di effettuare la colonscopia</p> <p>censimento delle necessità di implementazione tecnologica a favore delle unità specialistiche impegnate negli esami di approfondimento</p>	<p>ritardi nei tempi per l'acquisizione di nuovi colonscopi (per la necessaria implementazione delle singole dotazioni strumentali), dovuti alle procedure amministrative ulteriormente complicate dall'accorpamento delle Ausl</p>

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
0%	0%	0%	estensione effettiva al 50%

Sardegna: relazione a cura dell'Ons (dati 2005)

Programma non attivo nel 2005.

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
la commissione regionale ha definito i requisiti professionali e ambientali che dovranno possedere i centri che effettueranno l'endoscopia	in corso di pianificazione l'attività formativa sugli aspetti specifici dello screening coloretale	è stata affidata alla Ausl 8 di Cagliari la gestione della campagna informativa regionale sugli screening oncologici per l'adeguata sensibilizzazione e informazione della popolazione interessata		

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
0%	0%	0%	estensione effettiva al 50%

Sicilia: relazione a cura dell'Ons (dati 2005)

Programma non attivo nel 2005.

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
documento di organizzazione (Dires/Dir/3026 del 3 novembre 2006)	elaborazione dei protocolli operativi	progettazione dell'architettura gestionale	costituzione del comitato tecnico-scientifico regionale	impossibilità di reperire personale specifico da dedicare alle funzioni di coordinamento
conferenza di servizio dei dipartimenti di Prevenzione delle Ausl (29 gennaio 2007)	programmazione delle attività di formazione (le attività non sono state ancora avviate)	(software, coordinamento attività e livelli di responsabilità)	definizione delle risorse umane e tecnologiche	riportare le attività esistenti (mammella e cervice uterina), molte a collocazione ospedaliera o con bacini d'utenza parziali, nell'ambito previsto dal piano
Decreto 6065 del 29 luglio 2005, che ha approvato il Prp			bando di gara per il software gestionale	difficoltà nell'impostare <i>ex novo</i> il programma e nel coinvolgere i Mmg nella fase di consegna del test di primo livello

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
0%	0%	0%	estensione effettiva al 50%

Toscana: relazione a cura dell'Ons (dati 2005)

La percentuale di inviti rispetto alla popolazione bersaglio è generalmente buona rispetto agli standard, con l'eccezione delle Province di Firenze e Prato.

Per quanto riguarda l'adesione corretta, si osservano valori superiori allo standard desiderabile per le Province di Arezzo e Pistoia e superiori allo standard accettabile per Empoli, Firenze, Livorno, Pisa e Prato. L'unica non conforme agli standard è la Provincia di Lucca, che si discosta dalla media nazionale di quasi il 20%.

Come atteso, la percentuale di test positivi ai primi esami, ha un trend crescente per età, complessivamente nello standard. Ad Arezzo il dato non è riportato.

Rispetto agli esami successivi, la percentuale di test positivi è sempre inferiore al limite previsto dallo standard.

L'adesione alla colonscopia è ottima a Empoli, mentre nelle altre Province è poco al di sotto del livello di accettabilità, con l'eccezione di Arezzo in cui è pari a zero (possibili lacune nei dati). La percentuale di colonscopie complete è superiore allo standard accettabile a Firenze, Livorno, Pisa e Prato e superiore allo standard desiderabile a Empoli e a Lucca. L'indicatore è pari a zero per le Province di Arezzo e Pistoia (potrebbero esserci delle lacune nei dati).

La Dr di carcinomi ai primi esami è conforme agli standard, o comunque in linea con i dati nazionali nella maggior parte dei centri, con l'eccezione di Livorno. Lucca e Pisa hanno invece valori *borderline*, mentre per il centro di Arezzo il dato non è riportato. Negli esami successivi l'indicatore è sempre conforme agli standard, tranne a Lucca, dove è pari a zero nei soggetti 50-59enni e ad Arezzo, dove il valore è sempre zero. Inoltre, il dato non è riportato per i centri di Pistoia e di Prato, che verosimilmente sono al primo round. La Dr di adenomi avanzati, ai primi esami, è sempre molto elevata, tranne che a Livorno. Ad Arezzo il dato è mancante.

La Dr di adenomi a basso rischio, dove il dato è riportato, è sempre compresa nel *range* nazionale.

Il Vpp della colonscopia per carcinomi è piuttosto eterogeneo e va dal 2% di Pisa all'8,9% di Pistoia. Per gli esami successivi la situazione è più stabile, in quanto l'indicatore è attorno al 5%: in ogni caso il dato è sempre compreso del *range* nazionale. Il Vpp della colonscopia per adenomi avanzati, dove riportato, è sempre conforme agli standard. Anche la percentuale di cancro in stadio successivo al secondo, dove riportata, è conforme allo standard di accettabilità.

È auspicabile aumentare l'adesione alla colonscopia, che consentirebbe di ottenere delle stime più stabili. Sia la Dr che il Vpp sono piuttosto eterogenei tra le varie Province, dove una prevalenza diversa potrebbe spiegare almeno in parte tale variabilità. Potrebbe essere interessante effettuare delle valutazioni specifiche nelle varie Province, dopo aver colmato le lacune nei dati.

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
la Dgr 599 del 31 luglio 2006 ha definitivamente sancito la messa in atto del flusso screening			si è costituito un gruppo multidisciplinare composto da informatici, statistici, epidemiologi, clinici referenti delle 12 Asl della Toscana e da statistici appartenenti al sistema informativo sociosanitario. Il gruppo ha elaborato un tracciato record per tutti e tre i programmi di screening, che permette di raccogliere tutte le variabili di interesse per la produzione di indicatori relativi a estensione, adesione, tassi di richiamo e tassi di positività	è ancora da chiarire, se la normativa sulla privacy crei dei vincoli alla strutturazione del flusso screening e se sia necessario apportare solo alcune modifiche in corso d'opera o individuare soluzioni decisamente alternative

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
93,81%	66,26%	48,93%	estensione effettiva al 50%

Umbria: relazione a cura dell'Ons (dati 2005)

Programma non attivo nel 2005.

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
	seminario regionale per l'avvio del programma di screening, come primo momento regionale di informazione e formazione per tutti i soggetti interessati a vario titolo nello screening, nella prima metà del 2006	è stata organizzata su tutto il territorio regionale la campagna informativa per l'avvio del programma di screening; è prevista una valutazione tramite questionario alla fine del primo round per esplorare le conoscenze, la percezione del rischio, ecc		

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
87,59 %	18,07 %	37,09%	estensione effettiva al 50%

Valle D'Aosta: relazione a cura dell'Ons (dati 2005)

Programma non attivo nel 2005.

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
		nel marzo del 2006 è stata attuata una campagna informativa (inserzioni su giornali locali e passaggi radiofonici, affissioni conferenze) su tutto il territorio regionale		i punti di forza e di criticità sono ambedue legati al modello adottato, che prevede la distribuzione delle provette ai cittadini, convocati per lettera a un appuntamento prefissato, da parte dei volontari della Lilt. Questa modalità, particolarmente gradita agli utenti, risulta complessa dal punto di vista organizzativo (ricerca e prenotazione delle sedi comunali, disponibilità di locali <i>ad hoc</i> , grande afflusso di cittadini in alcune situazioni, impegno dei volontari, ecc)

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
100%	61,68%	60,90%	estensione effettiva al 50%

Veneto: relazione a cura dell'Ons (dati 2005)

Per quanto la copertura del territorio non sia ancora completa, il risultato complessivo del Veneto sembra ottimo. Analizzando i dati regionali sistematicamente per realtà, si può riscontrare solo qualche problema isolato, non sistematico. In alcune realtà, pur essendo l'intervento cominciato da tempo, la percentuale di copertura non è in linea con quanto dovrebbe. Questo fa pensare che, pur avendo iniziato, queste realtà abbiano difficoltà a proseguire (in particolare Asolo, Dolo-Mirano, Rovigo).

Per quanto riguarda la *compliance*, la media regionale, veramente ottima, deriva da picchi molto alti, assolutamente di eccellenza, assieme ad altri in linea con la media in altre Regioni. L'unica eccezione è a Chioggia, forse perché il programma è stato attivato solo di recente e non è ancora a regime. In alcune realtà si possono rilevare alcuni piccoli problemi di adesione alla colonscopia, ma del tutto marginali e recuperabili.

Sono necessarie infine alcune precisazioni su alcuni risultati in singole realtà. A Legnago si è registrato un valore di Dr molto basso per gli adenomi ad alto rischio (non carcinomi) e, di conseguenza, un Vpp ridotto. Pur in presenza di un'alta percentuale di positività al test, solo in piccola parte dovuta a lesioni tumorali maligne, questo dato è incomprensibile: la popolazione era già stata sottoposta precedentemente a interventi di screening organizzati di altro tipo? La pressione diagnostica endoscopica era già molto forte prima? Dal risultato sembrerebbe di sì, ma è necessaria una conferma da parte del livello gestionale e di verifica regionale.

A Feltre sembra molto basso il tasso di cancri di stadio successivo al secondo, a fronte di un'alta Dr per cancro: non è chiaro se questo dato è dovuto a cancri precoci o a ragioni diverse, per esempio problemi di recupero dei dati.

Per quanto riguarda l'intervento di Verona basato sulla Rss sembra molto bassa, in particolare, la Dr per cancro. Non è chiaro se questo è dovuto al fatto che la popolazione è stata già ben setacciata in passato, a un'incidenza bassa di partenza o a motivi diversi. Sarebbe lecito aspettarsi un tasso superiore, considerando che in genere la Dr di cancro nelle altre realtà è molto più alta.

Infine, nella Regione è anche attivo un programma di screening con offerta di Rss flessibile, che ha 12.782 residenti destinatari, con un'estensione effettiva del 57,2% e un'adesione del 37,7%.

Sintesi della relazione a cura del referente regionale (2006)

attività legislativa riferita	miglioramento qualità o formazione	comunicazione	iniziative speciali	criticità
	nove corsi di formazione con oltre 500 partecipanti	sono stati sviluppati i materiali informativi per gli utenti	gruppi di lavoro di patologi ed endoscopisti per scambio di esperienze e condivisione dei protocolli	la parte della survey relativa ai trattamenti risente di un'eccessiva incompletezza dei dati

Indicatori di copertura e adesione al 31 dicembre 2006 (fonte Ons)

estensione teorica	estensione effettiva	adesione	obiettivo al 31 dicembre 2007
64,70%	60,24%	64,29%	estensione effettiva al 50%

Adh	Atypical ductal hyperplasia
Agc	Atypical Glandular Cells
Asc-H	Atypical Squamous Cells-High grade
Ascus	Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance
Asl	Azienda sanitaria locale
Ausl	Azienda unità sanitaria locale
Asur	Azienda sanitaria unica reginoale
Asp	Atypical Squamous Proliferation
Asp Lazio	Agenzia di sanità pubblica del Lazio
Cin2	Cervical Intraepithelial Neoplasia 2
Ccm	Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie del ministero della Salute
Ccr	Carcinoma del colon retto
Crpo	Centro regionale per la prevenzione oncologica
Dcis	Ductal carcinoma <i>in situ</i>
Dcr	Deliberazione del Consiglio regionale
Ddg	Decreto del Direttore generale
Dgr	Deliberazione della Giunta regionale
Dm	Decreto ministeriale
Dr	Detection rate
Fobt	Fecal Occult Blood Test
Fsr	Fondo sanitario regionale
Gisma	Gruppo italiano screening mammografico
Gisci	Gruppo italiano screening cervicale
Giscor	Gruppo italiano screening coloretale
Hpv	Human Papillomavirus
Hsil	High-grade Squamous Intraepithelial Lesion
Lea	Livelli essenziali di assistenza
Lilt	Lega italiana per la lotta ai tumori
Mmg	Medico di medicina generale
Ons	Osservatorio nazionale screening
Rr	Referral rate
Sdo	Scheda di dimissione ospedaliera
Sof	Sangue occulto nelle feci
Tis	Tumori <i>in situ</i>
Tsrm	Tecnici sanitari di radiologia medica
Veq	Valutazione esterna della qualità
Vpp	Valore predittivo positivo