

Progetto per il miglioramento degli screening oncologici
in attuazione della legge 138/2004 art. 2 bis
e successiva Intesa tra Stato Regioni del 23 marzo 2005

**Progetto per il miglioramento e l'implementazione dello Screening
citologico del cervicocarcinoma della Regione Abruzzo.**



Descrizione della situazione regionale e locale. Identificazione dei punti critici:
Descrizione dei punti critici a livello REGIONALE.

1) Formalizzazione delle decisioni Regionali

Nell'ambito del Progetto regionale per il perseguimento di obiettivi prioritari inseriti nel Piano sanitario nazionale 1998-2000, la Regione Abruzzo ha provveduto alla elaborazione di un proprio progetto di screening citologico del cervicocarcinoma, inviato al Ministero della Sanità - Dipartimento della Programmazione sanitaria (nota prot.n. 14628). Con successivo provvedimento il progetto è stato promosso e finanziato e, come previsto dal programma, la Giunta Regionale ha nominato il Comitato Regionale per lo Screening del cervicocarcinoma con compiti di programmazione, aggiornamento e controllo, gestione e distribuzione delle risorse economiche assegnate (ordinanza n. 17/C/99 del 24.8.1999 e successive modifiche).

L'Assessorato Regionale alla Sanità ha trasmesso (nota n.21553/2 del 15 settembre 1999) alla ASL di Teramo identificata come ASL Capofila, la deliberazione n.1863 del 13 agosto 1999 della G.R.A. avente ad oggetto l'assegnazione del finanziamento del Progetto obiettivo di rilievo nazionale a norma dell'art.1 comma 34 e 34 bis della Legge n.662/1997".

La Giunta Regionale ha successivamente disposto l'assegnazione al Progetto di screening di ulteriori 1.083.915,04 € (deliberazioni di G.R.A. n. 520 del 23.7 e n. 1053 del 28.11. 2003 per la Prosecuzione dei Progetti Obiettivo di rilievo nazionale a norma dell'art.1 comma 34 e 34 bis della Legge n.662/1997) e di euro 3.018.446,00, di cui € 624.000,00 (seicentoventiquattromila) riservati al finanziamento della prima annualità del Progetto "Implementazione della citologia in strato sottile"(deliberazione G.R.A. n. 1041 del 29.11.2004), comprensivo del mancato accreditamento da parte de Ministero dell'Economia e delle Finanze dell'accantonamento operato sul FSN anno 2000, che incide percentualmente per una somma pari a euro 39.007,93.

2) Modalità di valutazione

Il Coordinatore Regionale del Progetto trasmette all' Assessorato alla Sanità una dettagliata **relazione trimestrale** che aggiorna sullo sviluppo organizzativo, sulle risorse utilizzate e sulla loro eventuale trasmissione finalizzata alle 6 ASL, sulle tecnologie utilizzate, sul funzionamento complessivo del Programma di Screening.

La relazione contiene l'aggiornamento dei risultati ottenuti: numero di esami di I e II livello (PAPtest e colposcopie) e prospetto delle lesioni rilevate (PAPtest anormali, Carcinomi, etc), numero di donne invitate ed aderenti distinte per ASL e per comune di residenza.

3) Organizzazione dell' infrastruttura regionale

- **Principi organizzativi del programma di screening regionale per il cervicocarcinoma.**

La Gestione è stata affidata al Comitato Regionale per lo Screening nominato dall'Assessore alla Sanità con funzioni di programmazione, aggiornamento e controllo della strategia di screening, di gestione e distribuzione delle risorse economiche assegnate allo screening: elabora le Linee Guida operative regionali per la gestione dello screening - programma, controlla ed aggiorna periodicamente la strategia locale - valuta l'efficacia del programma mediante la stima di indicatori "precoci" di efficacia (tasso di risposta all'invito, stima della sensibilità, etc), approva le modalità di accreditamento e del controllo di qualità delle fasi di accertamento diagnostico e di trattamento: al Comitato Regionale spettano direttive, organizzazione e controlli.



Il Comitato è diretto da un Coordinatore a cui competono responsabilità specifiche per quanto riguarda l'organizzazione, le relazioni con i mass-media, il budget, la garanzia di qualità, la valutazione dell'efficacia, etc.

Le 6 ASL della Regione hanno nominato i rispettivi Comitati Aziendali di screening, che raccordandosi con il Comitato Regionale, sono responsabili delle attività decentrate a loro affidate: organizzazione ed attuazione aziendale dello screening, secondo le Linee Guida approvate dal Comitato Regionale e le direttive impartite dal Coordinatore Regionale.

Nell'Azienda Capofila (ad Atri, sede di lavoro del Coordinatore Regionale) è ubicato un **Centro regionale per lo screening** che cura il sistema informativo (il software utilizzato è unico per tutte le Aziende: i modelli di refertazione, approvati dal Comitato regionale, dovranno essere uguali per tutta la regione), l'aggiornamento e la formazione del personale (mediante l'attività della **Scuola di Formazione per Operatori di screening**, diretta dal Coordinatore regionale), la promozione dello screening (Progetto per la comunicazione per stampa depliant e manifesti, documentario divulgativo, spot, sito internet www.screening-abruzzo.it, rapporti con i media etc.).

- *Disponibilità di dati epidemiologici regionali*

Non esistono, al momento, dati regionali attendibili sulla mortalità per cervicocarcinoma, che sia stato possibile desumere da registri tumori (assenti nella regione) o dai DRG. Stiamo cercando di elaborare i dati delle schede SDO e gli archivi delle U.O. di Anatomia Patologica per poter valutare con maggiore precisione, nell'ultimo triennio, l'incidenza del cervicocarcinoma e la mortalità conseguente in Abruzzo

- *Iniziative regionali specifiche di formazione ed aggiornamento*

Per ogni fase dello screening è previsto un controllo di qualità, necessario sia per garantire efficienza ed efficacia della prestazione sia per ottenere omogeneità dei comportamenti interoperatore.

La gestione della formazione del personale, demandata al Coordinatore ed al Comitato regionale di screening, si articola in distinti Programmi di verifica per ogni livello del Progetto svolti con la collaborazione delle Società scientifiche nazionali e la partecipazione di esperti di realtà di screening extraregionali (verifica di qualità in citologia, verifica di qualità in colposcopia, verifica di qualità interna dei Laboratori di Anatomia Patologica) ed in un articolato Programma di aggiornamento permanente per tutti gli operatori (affidato alla Scuola di Formazione per Operatori di Screening Oncologici, istituita presso la ASL-Capofila).

- *Sistema di governo dello Screening*

Il Comitato regionale per lo Screening, insediato presso l'Assessorato alla Sanità in Pescara, tiene riunioni periodiche (20 riunioni dal 1999 ad oggi), esamina schema organizzativo e proposte del Coordinatore regionale, **procedendo all'approvazione ed al controllo del programma operativo**, su cui il Coordinatore relaziona trimestralmente all'Assessorato.

L'informatizzazione è comune alle 6 ASL della regione (come stabilito nello specifico Progetto Hardware e Software) e, a regime, tutti i dati dovranno afferire ad un Server Centrale Regionale ubicato presso il Centro regionale per lo screening.

- *Attività di comunicazione alla popolazione finalizzata alla partecipazione allo screening*

Per la promozione e l'adesione allo screening è stato elaborato un articolato **Progetto per la comunicazione** per stampa depliant e manifesti, video-documentario divulgativo di circa 15 minuti, presentato alla stampa a Pescara c/o la sede della Giunta Regionale il 11.10.2001, spot interpretato dalla giornalista Barbara Palombelli, sito internet www.screening-abruzzo.it collegato con i principali motori di ricerca, rapporti con i media, etc.



Attualmente è in fase di progettazione il rinnovo della campagna informativa per lo screening, prevedendo anche la realizzazione di specifiche modalità informative per il coinvolgimento della popolazione immigrata.

4) *Definizione dei punti critici più significativi nelle fasi precedenti, che richiedono azioni positive per il miglioramento*

I punti di maggiore criticità si riscontrano nella *gestione della banca dati*:

a- *la gestione anagrafica:*

La Regione Abruzzo ha inizialmente conferito al Coordinatore Regionale un mandato formale per l'acquisizione delle anagrafiche comunali di tutta la popolazione residente e per provvedere al loro corretto aggiornamento. Sono stati quindi stipulati accordi con varie Società informatiche - TINN, Halley, K informatica, A&B, A.P. Systems, De Lisa - che gestiscono l'anagrafica della maggior parte dei Comuni.

Purtroppo, i ritardi burocratici dei comuni e le difficoltà ad ottenere i tracciati record a livello delle singole ASL, non ha portato ancora a liste anagrafiche aggiornate per tutti i comuni. Abbiamo inoltre riscontrato un numero eccessivo di lettere ritornate al mittente, perché gli indirizzi forniti erano carenti o errati e perché l'avvicinarsi di postini stagionali ha parimente determinato un eccessivo rinvio al mittente.

L'entrata in funzione della nuova anagrafica sanitaria regionale basata sul codice fiscale, di cui disponiamo da pochi giorni, dovrebbe migliorare considerevolmente la situazione, anche se abbiamo purtroppo già riscontrato errori, incompletezza e mancato aggiornamento di alcuni dati.

b- *La gestione computerizzata dei dati di lavoro del progetto di screening:*

Abbiamo acquistato e consegnato a tutte le ASL hardware e software dedicato (sistema Winsap di gestione per Screening: banca dati, citologia, colposcopia, archivi di anatomia patologica), provvedendo al cablaggio dei locali ed affrontando alcuni problemi tecnici responsabili di ritardi sui programmi originali (nella installazione del programma computerizzato aggiornato, nel recupero degli archivi storici cartacei o basati su software diversi e nella configurazione dei server, legati anche alla confluenza di proprietà della Olivetti Sanità nella EngiSanità). Abbiamo curato la preparazione del personale addetto alla gestione, anche se saremo costretto ad ulteriore impegno lavorativo per completare il recupero dei dati dal cartaceo e per la loro utilizzazione ai fini statistici, dopo il trasferimento dalle 6 ASL sul server regionale.

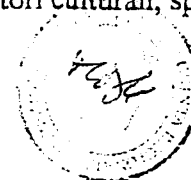
Altri punti di criticità sono rappresentati dal *turnover del personale* e dalla *conoscenza e dall'utilizzo di nuove tecnologie*

c- Non è possibile disporre con continuità del personale addetto allo screening (assenze per gravidanza, pensionamento, trasferimento, malattia), spesso operante in settori vitali per il progetto; le attuali normative introdotte per il controllo della spesa aggravano ulteriormente l'attività di routine. Per cercare di ovviare, ci siamo indirizzati anche all'utilizzo di nuove tecnologie, utilizzate anche al fine di un costante controllo e miglioramento della qualità: ma l'implementazione della citologia in strato sottile e della lettura automatica comportano la necessità di maggiore disponibilità economica e di ulteriore formazione del personale.

Fra le criticità riscontrate a livello regionale va infine sottolineato l'aspetto *comunicazione*:

d- Risulta necessario l'aggiornamento continuo dei messaggi comunicativi, rendendoli sempre più efficaci ed aderenti alle sensibilità; inoltre è oggi carente il coinvolgimento dei media pubblici (come i canali RAI e quelli regionali), la cui possibilità di utilizzo in un serio programma di informazione dovrebbe essere gratuita.

Il coinvolgimento della popolazione immigrata comporta infine tutta una serie di interventi a livello locale (coinvolgimento degli organismi amministrativi, mediatori culturali, specifiche personalità).



Descrizione della situazione regionale e locale. Identificazione dei punti critici:
Descrizione dei punti critici a livello LOCALE.

1. *Estensione dello Screening nella regione*

La popolazione bersaglio, in età compresa fra 25 e 64 anni, è costituita da circa 360.000 donne; il test di screening è offerto, su chiamata, praticamente sull'intero territorio della regione: risultano carenti alcuni piccoli comuni che dispongono di anagrafe soltanto cartacea, per i quali è comunque in corso una chiamata nominativa al PAPtest.

2. *Quanti e quali programmi organizzati*

Il programma è unico per l'intera regione, a gestione organizzativa centrale ed articolato in 6 Aziende USL.

3. *Quali sono i punti deboli dei singoli programmi, considerare le varie fasi:*

3.1. *Pianificazione*

La pianificazione dell'invito viene eseguita a livello di singola Azienda, tenendo conto delle capacità di lavoro nelle varie fasi, ma nel rispetto dei tempi fissati a livello di Comitato regionale (esaurimento del round di chiamata nel triennio): in alcune ASL il round di chiamata si è protratto nell'anno successivo, per carenze locali che non è stato possibile superare, nonostante specifici interventi di supporto anche economici, da parte del Comitato regionale; è stato comunque garantito il test a tutta la popolazione di adesione spontanea (consistente per l'attività informativa, di sensibilizzazione e di coinvolgimento dei medici di medicina generale).

3.2. *Gestione inviti*

In ogni ASL è attivo un Centro per l'invito, dotato dal Centro regionale di software (completo per gestione informatizzata di ogni sezione dello screening: I livello; colposcopia, istologia, follow up e possibilità di gestione statistica) collegabile in rete con i centri di prelievo: alcune difficoltà sono state rilevate localmente per la mancanza di alcune anagrafiche comunali, per la mancanza di PC e per la stessa carenza di una rete aziendale.

Il personale dedicato alla gestione dell'invito in ogni Centro risulta comunque carente e spesso utilizzato per mansioni diverse o collaterali.

3.3. *Esecuzione Test*

Tutte le strutture delle 6 ASL sono pubbliche ed accreditate; l'organizzazione regionale centralizzata ha provveduto a dotarle della strumentazione di cui era stata rappresentata la necessità; il personale tecnico è dedicato.

Oltre alla ordinaria formazione disposta dal responsabile della unità operativa, il Comitato regionale cura la formazione ed il controllo di qualità di tutto il personale addetto, concordando gli argomenti, il calendario delle attività e la località, con modalità itineranti nelle varie ASL.

Al 31.12.2004 sono stati eseguiti, nella popolazione target 284.369 PAPtest (i dati sono carenti per difetto, per incompleta informatizzazione), con il riscontro di 10.020 lesioni: sono stati diagnosticati 91 carcinomi, 505 HSIL (lesioni preinvasive di alto grado), 2.821 LSIL (lesioni preinvasive di basso grado), 5.885 ASCUS e 718 AGUS.

3.4. *Secondo livello diagnostico*

Le donne con PAPtest anormale sono indirizzate al II livello, ricevono una risposta che riporta automaticamente, secondo lo SNOMED di refertazione, l'indirizzo diagnostico consigliato e/o il tempo di ripetizione del test. Viene consigliata l'esecuzione nei Centri di II livello che sono stati accreditati ed hanno accettato modalità comuni di verifica e di confronto, nonché la trasmissione dei dati diagnostici riscontrati.



In 3 anni di screening sono state effettuate (dati parziali) 9.885 colposcopie e 3.369 biopsie mirate.

Particolarmente critico è risultato il livello di partecipazione dei colposcopisti, per mancata adesione allo screening: a volte è risultata parziale l'adesione reale ai protocolli comportamentali e di refertazione adottati.

3.5. *Piano terapeutico e follow up*

Il piano terapeutico e del conseguente follow up viene consigliato dal centro di II livello, secondo i protocolli riportati nelle Linee Guida Operative regionali, pubblicate a stampa e aggiornate nella edizione 2004 (che sono state consegnate ad ogni operatore del Progetto).

Il trattamento chirurgico conservativo e/o demolitivo viene eseguito nelle unità operative specialistiche.

3.6. *Sistema informativo*

Il Centro regionale per lo Screening, ubicato ad Atri presso la ASL Capofila, trasmette periodicamente lo stato del programma, dettagliando l'utilizzo delle risorse, la programmazione e l'organizzazione del lavoro e l'aggiornamento dei risultati. Garantisce assistenza e manutenzione (tramite uno specifico contratto stipulato con la EngiSanità, a livello regionale) e l'assistenza tecnica di supporto con un informatico particolarmente esperto nell'uso del programma, assunto a tempo determinato.

Attualmente si sta programmando il trasferimento di tutti i dati locali presso un unico server regionale, in modo da disporre in tempo praticamente reale di tutti i dati e delle conseguenti elaborazioni statistiche sia regionali che di singola ASL.

La mancanza di personale stabile, assunto a tempo indeterminato, rende però precaria la situazione del Centro che dispone come personale dedicato solo di 1 epidemiologo (peraltro formato nell'utilizzo del software), di 1 statistico esperto in informatica, di 1 funzionario amministrativo a part-time e da pochi giorni di 1 operatore EDP a part-time.

Da quanto illustrato anche nel capitolo precedente risulta evidente la **necessità di poter adeguatamente potenziare il Centro regionale per lo Screening sia per la dotazione ed organizzazione informatica** (l'utilizzo di un programma operativo sul Web, che operi come portale risolverebbe in tempo reale la trasmissione di dati e la loro correttezza) **sia per la dotazione di personale esperto ed intercambiabile in vari ruoli.**

Parimenti necessario risulta il potenziamento dell'attività di informazione, riservando una particolare attenzione alle categorie svantaggiate (popolazione in condizioni di disagio e popolazione immigrata) e l'allestimento di almeno 1 punto informativo regionale, consultabile anche telefonicamente ed in fasce orarie adeguate.



Progetto di attivazione di un Programma di screening cervicale. Consolidamento del Programma esistente e correzione di squilibri territoriali

Background epidemiologico

- Non esistono, al momento, dati regionali attendibili sulla mortalità per cervicocarcinoma, che sia stato possibile desumere da registri tumori (assenti nella regione) o dai DRG. Il Comitato regionale di screening si propone di elaborare i dati delle schede SDO e gli archivi delle U.O. di Anatomia Patologica per poter valutare con maggiore precisione, nell'ultimo triennio, l'incidenza del cervicocarcinoma e la mortalità conseguente in Abruzzo: perché sia possibile occorre completare l'informatizzazione degli archivi di anatomia patologica e/o disporre delle schede SDO (la regione ha fornito parzialmente tali dati per il primo triennio di istituzione delle SDO, ma i dati non sono risultati corretti e non è stato possibile utilizzarli).

Nella popolazione target sono comunque state identificate, nel primo round, oltre 10.000 lesioni (91 carcinomi, 505 HSIL, 2.821 LSIL, 5.885 ASCUS e 718 AGUS).

Anche se i dati sono parziali per l'incompleta informatizzazione è stata dimostrata una notevolmente più elevata incidenza di lesioni gravi nelle ASL dove non era mai stata attiva una campagna di screening.

- Al momento, le strutture sanitarie presenti sul territorio sono state disponibili a garantire il sovraccarico diagnostico e terapeutico indotto dallo screening, supportate da specifici finanziamenti finalizzati, assegnati dal Coordinamento regionale; per il secondo livello sono operative modalità di accesso dislocate sul territorio ed i tempi di attesa per l'esecuzione della colposcopia risultano compresi fra i 7 ed i 15 giorni, garantendo comunque accessi facilitati per le indicazioni di maggiore urgenza.

Caratteristiche generali del programma

- La proposta operativa è stata formulata sulla base delle *European Guidelines for quality assurance in cervical cancer screening - Europe against Cancer Programme*, delle *Linee Guida Nazionali della Commissione Oncologica (ediz. 1996 e 2001)*, delle principali *Linee Guida delle Società Scientifiche nazionali ed internazionali*.
- Sono inoltre state elaborate Linee Guida Operative Regionali (edite a ottobre 1999, aggiornate nel 2004), approvate dalla Commissione Oncologica Regionale e dalla Giunta Regionale.

Popolazione bersaglio

- Lo screening è rivolto alla popolazione femminile della Regione Abruzzo di età compresa fra i 25 ed i 64 anni: la popolazione femminile in età da screening, residente nel territorio regionale è pari a circa 355.000 unità. La popolazione bersaglio è stata desunta dalle liste elettorali dei singoli comuni o dalle liste anagrafiche di ASL, periodicamente aggiornate (di norma ogni 6 mesi, in base a decessi, emigrazioni ed immigrazioni). Sono stati adottati appositi programmi di conversione al software di chiamata adottato. Appena disponibile sarà comunque utilizzata la nuova anagrafica sanitaria regionale basata sul codice fiscale.

Software

- È stato adottato un sistema dedicato di gestione per Screening (sistema Winsap della EngiSanità), dotando ognuna delle 6 ASL regionali di hardware e software completo di licenze per la gestione computerizzata del progetto. La dotazione minima consegnata è costituita da: 1 Server, 2 PC, 2 stampanti (laser + ink-jet), 1 Hub (12 porte), cablaggio strutturato dei locali con almeno 5 punti rete, 1 modem, 2 licenze office, 1 software gestione

screening (+ software gestione servizio anatomia patologica), licenze sistema operativo NT sia server che client.

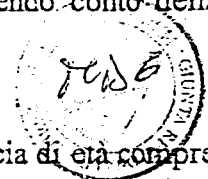
- Il software adottato permette di gestire la banca dati e l'intera attività di screening (stampa ed invio delle lettere di invito e di richiamo, esecuzione ed accettazione del prelievo distinta per centro ed operatore, refertazione, stampa e invio delle lettere di risposta, invio al II livello, sezione colposcopia con archiviazione, possibilità di stampa dei referti completi di immagini, registrazione di eventuali approfondimenti diagnostici richiesti ed eseguiti, sezione completa di archivio per anatomia patologica, possibilità di elaborazione statistiche).
- Per ogni Azienda è stata fornita strumentazione di base per un punto di lavoro collegato via modem con il server centrale (microscopio, telecamera, coloratore, colposcopio, service per citologia su strato sottile compresi reagenti per 2.000 preparati). Sono stati inoltre acquistati, secondo le necessità espresse da ogni Azienda: bisturi a radiofrequenza, colposcopi, laservaporizzatori, videoproiettore, fotocamere, montavetrini automatico.

Campagna informativa

- Nella fase di prima attivazione del Progetto, è stato elaborato un articolato **Progetto per la comunicazione** per la promozione e l'adesione allo screening: stampa depliant e manifesti, video-documentario divulgativo di circa 15 minuti, presentato alla stampa a Pescara c/o la sede della Giunta Regionale il 11.10.2001, spot interpretato dalla giornalista Barbara Palombelli, sito internet www.screening-abruzzo.it collegato con i principali motori di ricerca, rapporti con i media, etc.
- Sono state eseguite indagini a campione sulle non-responders, sulla percezione del messaggio, sulle cause di non adesione e sulla qualità percepita dalle utenti, sperimentando varie iniziative di comunicazione: incontri con le donne organizzati in collaborazione con associazioni femminili, incontri a piccoli gruppi in sedi di associazioni culturali, articoli divulgativi su riviste a diffusione familiare, particolari iniziative di sensibilizzazione in occasione del round di chiamata nei piccoli centri (volantinaggio domenicale all'uscita dalle funzioni religiose).
- Attualmente è in fase di progettazione il rinnovo della campagna informativa per lo screening, prevedendo anche la **realizzazione di specifiche modalità informative per il coinvolgimento della popolazione più vulnerabile** (popolazione in condizioni disagiate e immigrata). Le Linee Guida regionali recentemente aggiornate evidenziano la problematica: "La presenza sul territorio regionale di una rilevante quota di immigrati, in continuo aumento, pone un non trascurabile problema di prevenzione sanitaria sia per la popolazione locale residente (in conseguenza della effettiva promiscuità sessuale che ne deriva) sia per la popolazione immigrata alla quale, come afferma l'Assessorato Regionale alle Politiche sociali *si dovrà dare una risposta qualificata ai bisogni, puntando alla loro piena cittadinanza con parità di diritti e doveri*. Dovranno pertanto essere studiate e programmate idonee modalità di approccio per una proposta preventiva che, tenendo conto della loro specificità, riesca a coinvolgere le loro donne.

Modalità di invito

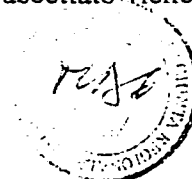
- Il programma di screening è rivolto alla popolazione femminile in fascia di età compresa tra i 25 ed i 64 anni. I dati immessi nel programma sono: nome e cognome, data di nascita, indirizzo completo con numero civico (onde impedire che la lettera di invito ritorni indietro), numero della lista elettorale o di quartiere (importante perché permette la chiamata anche per gruppi abitativi), nominativo del medico di base. Alle "rispondenti" vengono verificati i dati anagrafici disponibili, integrati con il numero telefonico ed il medico curante, ove non già noti.



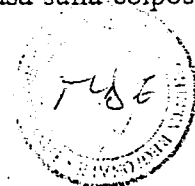
- L'invito avviene tramite lettera prestampata firmata dal Comitato per lo Screening e dal Medico curante che aderisca, spedita per posta a tutte le residenti in età da screening. A chi non si presenta al test verrà inviata una successiva lettera di sollecito, possibilmente entro tre mesi. Dopo un'indagine sulle cause di non partecipazione, entro lo stesso anno, la donna riceverà un ulteriore sollecito (preferibilmente tramite medico di base, o per lettera o per telefono). La mancata partecipazione la farà considerare non-Rispondente: riceverà, comunque, annualmente un invito allo screening.
- Nel primo round, è stata raccomandata ai singoli Centri per l'invito (1 per ognuna delle 6 ASL) l'adozione di criteri di priorità per situazioni ritenute a maggior rischio (fascia di età, per zona geografica svantaggiata, etc). I Centri di invito già attivi per screening negli anni precedenti hanno inizialmente gestito, in via provvisoria, l'invio delle lettere anche per alcuni comuni delle ASL viciniori.

Test di screening

- Il test di screening è il PAP-test, effettuato con periodicità triennale.
- Nell'invito è indicata in maniera chiara la sede e l'orario previsti per il prelievo; viene anche fornito un recapito telefonico tramite il quale è possibile modificare giorno ed orario di prelievo. *Costituiscono possibili sedi di prelievo:* gli ambulatori dei presidi ospedalieri delle Aziende, gli ambulatori distrettuali, gli ambulatori dei consultori e della guardia medica, gli eventuali locali messi a disposizione dagli stessi comuni o gli ambulatori dei medici di medicina generale, nei comuni dove non esistano altre strutture pubbliche sanitarie adeguate (In questo caso si ritiene opportuno attuare lo screening in un periodo limitato di tempo, necessario all'esecuzione dei prelievi alla popolazione interessata); potranno essere utilizzabili eventuali altre sedi di prelievo come, ad esempio, le fabbriche con maestranze femminili, qualora possano disporre di un locale idoneo.
- I punti di prelievo sono dislocati adeguatamente per favorire la donna, devono avere degli orari favorevoli e deve essere fatto periodicamente un controllo di qualità, utilizzando anche le interviste alle non rispondenti, per poter apportare le necessarie modifiche sia dell'orario che della dislocazione delle sedi di prelievo.
- I prelievi e gli allestimenti dei preparati citologici vengono eseguiti con modalità standardizzate da diverse figure professionali (medici, ostetriche, citologi o altro personale paramedico), purché opportunamente addestrate. In fase preliminare è stata controllata l'entità del personale esistente, richiedendo preventivamente la disponibilità di tempo da dedicare ai prelievi oltre che la disponibilità a spostarsi sul territorio. Le carenze sono corrette con l'assunzione di personale mirato all'attività itinerante sul territorio.
- Si prevede la verifica annuale del tasso di prelievi inadeguati per ogni singolo operatore: ogni operatore addetto al prelievo sigla il preparato, mentre il lettore indica sulla scheda la qualità applicando tre categorie di valutazione (soddisfacente, insoddisfacente per valutazione, insoddisfacente per valutazione di anomalie delle cellule epiteliali), specificando i motivi di eventuale inadeguatezza. Per i criteri di adeguatezza sono stati adottati i criteri del Bethesda 2001. Le linee guida della CEE, accettate in Italia, pongono la **soglia di inadeguatezza al 5%**. Mancando indicazioni sul tasso di prelievi adeguati ma non ottimali, la nostra organizzazione indica come valore massimo il 20%.
- Il personale che va oltre i suddetti valore soglia, deve essere sottoposto ad un nuovo training per rientrare nello standard.
- Il centro di screening deve disporre di un apposito servizio accettazione Pap-test con personale qualificato ed attento, che provvede al controllo della corrispondenza tra il numero di identificazione del vetrino e della rispettiva scheda. Il vetrino così accettato viene inviato al laboratorio per la colorazione e la lettura.



- Le sedi di lettura decentrata (almeno 1 sede locale per Azienda), saranno collegate in rete col Centro di invito e dovranno comunque garantire un idoneo volume di attività ed una regolare verifica di qualità.
- Per mettere in atto controlli di qualità adeguati e raggiungere gli standard indicati dal "Consenso sugli screening in oncologia" garantendo agli operatori un training adeguato ed uniforme, il Centro può avvalersi di collaboratori per eventuale lettura in sede decentrata, secondo le necessità e disponibilità riscontrate nell'Azienda. Come stabilito dal Consenso sugli Screening in oncologia CNR-AIRC - giugno 1996, al fine di mettere in atto controlli di qualità adeguati, i centri di citodiagnostica debbono esaminare non meno di 25.000 Pap-test all'anno, anche attraverso l'aggregazione ed il coordinamento di più servizi.
- Come suggerito dalle Linee Guida Nazionali e Regionali, viene utilizzata una classificazione unica di riferimento, che per la citologia è il Bethesda 2001,
- Il controllo di qualità in questa fase prevede: la verifica della frequenza delle diverse categorie diagnostiche per ogni lettore, lo studio delle cause di falsa negatività, il rescreeing dei casi negativi, la revisione dei preparati, la lettura collegiale, la lettura di set standard, l'utilizzo di sistemi computerizzati di lettura. In attesa dell'emanazione di linee guida definitive per l'automazione della Commissione Oncologica Nazionale è stato sperimentato e valutato un programma di lettura automatizzata (AutoPAP, approvato dalla FDA), integrato da un sistema di trasmissione dati a distanza collegato ad un sistema video e microscopio motorizzato (Slide Wizard Review WorkStation), sia per controllo di qualità (iniziale rilettura del 100% dei preparati, per verificare ed uniformare la refertazione) sia per garantire e velocizzare i tempi di lettura, valutandone congiuntamente validità tecnica e rapporto costi/benefici: la gestione dello studio è stata affidata al Responsabile della fase di diagnosi ed ai Responsabili dei centri di lettura: in un nostro studio di confronto in cieco tra lettura in citologia convenzionale, e lettura computer-assistita (14.510 vetrini, di cui 202 Paptest anormali confermati istologicamente LSIL, HSIL e Ca), il sistema LGS ha confermato una accuratezza sovrapponibile a quella della lettura tradizionale, con un risparmio complessivo nei tempi di lettura del 38%. L'uso della stazione di revisione centrale e periferica è stato inizialmente studiato nelle U.O. di Atri e Lanciano: è risultato pratico, flessibile e senza problemi. Le sue caratteristiche si adattano felicemente alla organizzazione del nostro Programma Regionale di Screening (6 Aziende USL che utilizzano insieme il sistema di lettura ubicato ad Atri); la configurazione integrata semplifica e velocizza l'uso dello strumento permettendo alle altre 5 ASL un facile accesso allo strumento, riducendo i tempi di lavoro e potendo parzialmente supplire anche a momentanee carenze di lettori umani. Nel biennio 2002-2003 è stato proseguito il controllo e la verifica di qualità, anche mediante confronto in cieco con lettore umano, sull'attendibilità del Sistema AutoPap.
- Preso atto della estrema correttezza della lettura e della semplificazione del lavoro, il Comitato Regionale ha previsto, nel nostro programma di lavoro futuro con l'AutoPap, per i vetrini classificati No Further Review lo screening rapido, per i Review verranno analizzate esclusivamente le aree mappate dall'LGS in automatico, mentre la revisione completa da parte del citologo del 15% dei preparati classificati, randomizzati dall'AutoPap, garantirà un ulteriore controllo di qualità.
Per i vetrini sottoposti a scansione computerizzata, deve essere riportato nel referto l'avvenuto utilizzo del lettore automatico, il suo risultato e l'eventuale controllo umano. Il referto riporta la data del richiamo al successivo controllo citologico, secondo il protocollo adottato a livello regionale.
- L'accertamento diagnostico dei casi positivi al test di screening si basa sulla colposcopia e sulla biopsia mirata.





Consegna dei referti negativi

- Come protocollo, i risultati dei PAP-test negativi vanno spediti direttamente alle pazienti, entro 20 giorni dal prelievo, o comunque resi disponibili presso il centro di prelievo. Il referto contiene la data di ripetizione consigliata secondo il protocollo nazionale. In alcune circostanze, previa espressa richiesta della donna al momento del prelievo e riportata sulla scheda, le risposte vengono inviate alla sede di prelievo e consegnate personalmente alla donna dall'ostetrica prelevatrice o da altro operatore autorizzato del consultorio.

Approfondimenti diagnostici

- Le donne con un Pap-test anormale (Per casi positivi si intendono gli ASC-cellule squamose atipiche, gli AGC-cellule ghiandolari atipiche, gli LSIL o displasie lievi, gli HSIL o displasie medie e gravi, le cellule da carcinoma.) passano, invece, alla fase di II° livello, dopo contatto telefonico (o tramite lettera o tramite il medico curante), non oltre i tre mesi dall'esecuzione del Pap-test, salvo motivi di urgenza correlati alla gravità del referto stesso.
- Potranno essere attivate, anche in via sperimentale, modalità di trasmissione di tali referti al medico di medicina generale che acconsenta a rendere disponibile l'utilizzo della propria e-mail.
- Le modalità di consegna dei referti saranno riportate nella lettera di invito al Paptest e comunque apposte, ben visibili, in ogni centro di prelievo.
- La paziente con Pap-test anormale deve essere inviata dalla Unità di Citologia al Servizio di Colposcopia, con proposta scritta di appuntamento entro 30 giorni dal ritiro del referto (i tempi di attesa per l'esecuzione della colposcopia risultano comunque compresi fra i 7 ed i 15 giorni, garantendo accessi facilitati per le indicazioni di maggiore urgenza). Copia del referto dell'esame citologico deve essere trasmessa direttamente al Centro di Colposcopia competente per territorio.
- La paziente deve essere correttamente informata dal Medico Colposcopista delle modalità di esecuzione dell'esame colposcopico e delle sue finalità, della eventuale necessità di prelievo biotico e/o di trattamento della lesione, sottoscrivendo così il modello di consenso informato adottato. Nella scelta dell'eventuale trattamento si dovrà considerare la peculiarità e la volontà stessa della singola paziente, considerando con lei età, condizione riproduttiva, aspetto psicologico. La paziente deve essere informata della possibilità di persistenza o recidiva della CIN, indipendentemente dalla tecnica usata, nonché della possibilità di un successivo secondo intervento.
- L'accertamento colposcopico centralizzato è da preferire in quanto viene garantita in tal modo la presenza di un limitato numero di operatori esperti che eseguono un elevato numero di colposcopie. Ne deriva un migliore addestramento, con una maggiore sensibilità, mentre l'elevato numero di esami consente un corretto controllo di qualità. La Società Regionale Abruzzese Molisana di Colposcopia e Patologia Cervico-Vaginale, in precedenza incaricata della verifica di qualità per lo screening attivo, ha suggerito un numero minimo di 100 colposcopie per anno, per operatore: tale parametro dovrà essere adottato come riferimento.
- Per garantire alle donne una maggiore facilità di accesso, e quindi una maggiore adesione allo screening, per l'esecuzione della colposcopia sono previste sedi decentrate: per l'organizzazione del lavoro e per la computerizzazione delle schede e dei dati rilevati gli operatori faranno riferimento, rispettivamente, ai responsabili dei centri di colposcopia.
- Per la refertazione colposcopica è adottata la classificazione colposcopica internazionale, approvata a Roma nel 1990 al 7° Congresso Mondiale di Patologia Cervicale e Colposcopica della International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy: nelle more di

pervenire all'informatizzazione in rete di tutti i servizi di colposcopia aderenti al progetto, vengono forniti moduli per refertazione: i referti verranno comunque inseriti manualmente nel server centrale.

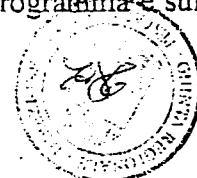
- La paziente trattata con terapia conservativa (escissionale o distruttiva) per neoplasia intraepiteliale della cervice deve essere sottoposta ad adeguati controlli citologici e colposcopici ogni 6 mesi per 2 anni, presso l'Unità Operativa.
- Dopo i 2 anni il follow-up cito-colposcopico è a discrezione della singola Unità Operativa. Si ritiene comunque opportuno un controllo annuale per almeno 10 anni: la paziente va infatti considerata a rischio per recidiva di neoplasia e come tale deve essere seguita nel tempo.
- I soggetti che non dovessero presentarsi ai controlli, devono essere rintracciati dalla Unità Operativa.

Trattamento delle lesioni

- Alla consegna del referto colposcopico e/o biotipico viene concordato il trattamento, proponendo il relativo appuntamento in tempi brevi. Sarà comunque fornita ogni indicazione utile su significato, modalità, luogo di trattamento e follow up.
- Il trattamento della neoplasia cervicale intraepiteliale (CIN) può essere distruttivo o escissionale, utilizzando, nei limiti del possibile, tecniche e metodiche conservative. Deve essere preferenzialmente di tipo escissionale, preservando con cura fertilità e sessualità.
- Pertanto il trattamento ideale della CIN è quello conservativo e deve soddisfare le seguenti condizioni: escissione completa della lesione, facile esecuzione della terapia, bassa morbilità, preservazione della fertilità, basso costo, preservazione della sessualità, ottimizzazione delle procedure diagnostiche di controllo.
- Per un corretto follow-up post trattamento, si raccomandano tecniche chirurgiche che permettano un buon controllo colposcopico e citologico: l'escissione con ansa diatermica o con laser CO2 sembrano fornire maggiori vantaggi rispetto ad una conizzazione a lama fredda, con punti di sutura.
- La paziente deve dare la sua adesione ai modelli di follow-up eventualmente proposti.

Aspetti comunicativi

- *La partecipazione della popolazione bersaglio è il requisito fondamentale per il successo di un programma di screening. Una bassa adesione diminuisce il beneficio in termini di riduzione della mortalità in tutta la popolazione. E' opportuno, pertanto, focalizzare l'attenzione sulle donne che non hanno mai effettuato un Pap-test in passato.*
- A tutte le donne va garantito l'assoluto rispetto della privacy in ogni fase dello screening.
- La partecipazione allo screening è diversamente associata con l'età, lo stato civile, lo stato socio-economico, la frequenza di contatto con il sistema sanitario, ecc..
- Paura per l'esecuzione del test, ansietà per il risultato, paura del cancro, mancanza di fiducia nella efficacia dello screening e della terapia, mancanza di fiducia nel sistema sanitario, mancanza di una adeguata informazione, sono gli *ostacoli alla partecipazione* che vanno valutati anche in relazione a differenti situazioni locali, come le barriere che diminuiscono l'accessibilità alle unità di screening: distanza, orari, disponibilità del personale, ecc..
- L'adesione della popolazione al programma di screening dovrà essere aumentata in vari modi: inviando inviti personali con appuntamento prefissato; facendo firmare l'invito anche dal medico di famiglia o, in una comunità, da altre persone stimare; incoraggiando le non partecipanti ad aderire anche con telefonate personali; adottando tecniche di marketing, come sconti, offerte promozionali, omaggi.
- L'uso dei mass-media può svolgere un ruolo importante, sia cercando di rimuovere le barriere alla partecipazione, sia informando la popolazione bersaglio sul programma e sulla



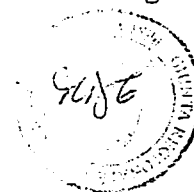
organizzazione, chiarendo gli scopi, le modalità ed i benefici dello screening, fornendo infine i risultati ottenuti. Nelle piccole città e nelle piccole comunità l'organizzazione della vita sociale (associazioni, circoli, parrocchie, ecc..) può consentire di identificare specifiche opportunità per informare le donne e promuovere la partecipazione.

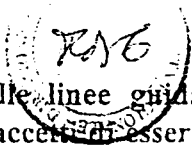
- La pubblicità attraverso i *mass-media* ha effetto per un breve periodo di tempo e deve essere pianificata ad intervalli regolari, per rinforzare il messaggio. Inoltre il contatto con la popolazione dovrà essere sufficiente, altrimenti l'effetto sarà irrilevante. I giornali e le stazioni radiotelevisive possono offrire spazi gratuiti per la pubblicità e si possono trovare sponsor per finanziare l'informazione. Sono utili, inoltre, i *mezzi pubblicitari a stampa*, come l'invio di lettere informative alle dirette interessate o ai figli studenti per le madri, l'affissione di locandine nei supermercati, negozi femminili, posti di lavoro, ambulatori medici, consultori, ospedali e l'affissione di manifesti murali in punti strategici delle città e dei paesi.
- Particolare attenzione è stata rivolta al coinvolgimento dei medici di medicina generale, in relazione al rapporto di fiducia con le pazienti e considerando che la loro piena adesione al programma può portare ad un più favorevole rapporto costo/beneficio e quindi ad un migliore impiego delle risorse sanitarie. Il coinvolgimento dei medici di medicina generale, in relazione al loro rapporto di fiducia con le pazienti, è di estrema importanza in quanto essi possono convincere, meglio di ogni altro mezzo, le donne a partecipare. Ogni medico ha ricevuto dal Comitato di Screening aziendale una lettera che lo informa sul progetto e ribadisce l'importanza della sua partecipazione; viene allegato un questionario di adesione che evidenzia il grado di coinvolgimento.
- Schematizzando, il ruolo dei medici di medicina generale può essere riassunto come segue: correzione delle liste in base a criteri di eleggibilità (escludendo pazienti già affette da tumore o da gravi malattie o isterectomizzate), attiva informazione nei confronti della popolazione, informazione mirata alle donne non rispondenti e loro recupero allo screening (con la loro collaborazione dovranno essere rese diffuse modalità di indagine sulle non-responder, già attivate a campione), "counselling" in tutte le fasi del programma, eventuale attivazione di un programma di riconsegna dei referti tramite il medico di medicina generale, per e-mail.

Nel nostro Progetto la loro partecipazione al programma è stata promossa tramite: partecipazione al Comitato per lo Screening del cervicocarcinoma, definizione degli obiettivi e sviluppo di linee guida dedicati all'attività ambulatoriale dei Medici di medicina generale, partecipazione alla stesura della lettera di invito, programmi di formazione professionale continua, produzione di materiale adeguato a disposizione del Medico di medicina generale per l'informazione delle proprie assistite (curato dal Comitato di Screening regionale e messo a disposizione di ogni singolo medico), organizzazione di convegni scientifici in collaborazione, partecipazione di loro referenti ai programmi di formazione del personale addetto allo screening, definizione delle eventuali modalità di incentivazione professionale ed economica del Medico di medicina generale.

Formazione del personale

- L'accreditamento e la verifica di qualità costituiscono cardini irrinunciabili per una corretta gestione dello screening. L'istituto dell'accreditamento è il riconoscimento formale del possesso di specifici requisiti a tutela di un corretto servizio reso al cittadino.
- Per ogni fase dello screening è previsto un controllo di qualità, necessario sia per garantire efficienza ed efficacia della prestazione sia per ottenere la necessaria omogeneità dei comportamenti interoperatore.



- 
- L'operatore che non operi nel rispetto dei compiti attribuiti e delle linee guida adottate, che non partecipi a corsi di formazione finalizzati o che non accetti di essere sottoposto a controllo di qualità non partecipa allo screening.
 - Le attività di prevenzione del cervicocarcinoma (screening spontaneo o su chiamata), in atto presso le singole Aziende, dovranno essere ricondotte nell'ambito del presente programma regionale di screening.
 - La validazione sulle attività di prevenzione oncologica è compito precipuo della Commissione Oncologica Regionale: ogni attività di screening che venga effettuata al di fuori dei programmi regionali comporta la responsabilità etica ed economica del gestore.
 - Per il controllo di qualità debbono comunque essere osservate le direttive concordate a livello del Comitato Regionale di screening, in modo particolare per quanto riguarda l'eventuale utilizzo di sistemi computerizzati di lettura.
 - Per il controllo di qualità dell'esame citologico, che si è già avvalso di apposite collaborazioni con esperti operatori del CSPO di Firenze (Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica – Istituto Scientifico della Toscana) si prevede un rapporto di collaborazione con esperti nazionali e specifici.
 - Per la verifica di qualità degli operatori dei Centri di Colposcopia del II livello saranno considerati, come riportato nelle specifiche Linee Guida delle Società scientifiche: il numero di nuovi casi/anno di Pap-test anormali, l'adeguatezza dei prelievi biotipici in ordine alla diagnosi istologica, l'accuratezza del colposcopista nel predire lesioni di alto grado, l'effettivo riscontro istologico di lesioni CIN ed HPV evocate alla colposcopia, l'adozione di una scheda colposcopica computerizzata, con riferimento alla classificazione internazionale adottata, che deve essere compilata con accuratezza e sottoscritta dall'operatore, il contenimento del tempo di attesa (di norma non superiore a 30 giorni), la periodica verifica della qualità della diagnosi colposcopica, mediante confronto della lettura colposcopica fra operatori, la periodica verifica della qualità della diagnosi colposcopica, mediante lettura di set colposcopici predisposti e verificati da esperti esterni, la frequenza di corsi di aggiornamento (concordati e/o suggeriti dal Comitato di Screening), la frequenza di stage di aggiornamento presso qualificati Centri di Colposcopia riconosciuti a livello nazionale (ed organizzati dal Comitato di Screening).
 - Per quanto riguarda la terapia deve esistere un collegamento tra il centro di screening ed il centro di terapia. Per il controllo di qualità della terapia si dovrà calcolare il tasso di recidiva per tipo di lesione, per tipo di trattamento e per operatore. Si sarà così in grado di valutare se la terapia è adeguata alla lesione e se l'operatore effettua la terapia correttamente.
 - Nell'ultimo biennio il Comitato regionale ha realizzato, tramite la Scuola di Formazione per operatori di Screenings oncologici istituita presso la ASL di Teramo, Capofila del Progetto, uno specifico programma di formazione accreditato ECM: sono stati già realizzati ben 14 Corsi, gestiti anche con modalità itineranti e rivolti a tutto il personale coinvolto (organizzatori e gestori, ostetriche e prelevatori, citologi, citotecnici, anatomopatologi, biologi, ginecologi, colposcopisti etc.): hanno collaborato come docenti operatori esperti impegnati in altri programmi di screening nazionali e nelle attività dell'Osservatorio Nazionale Tumori.

Monitoraggio del programma

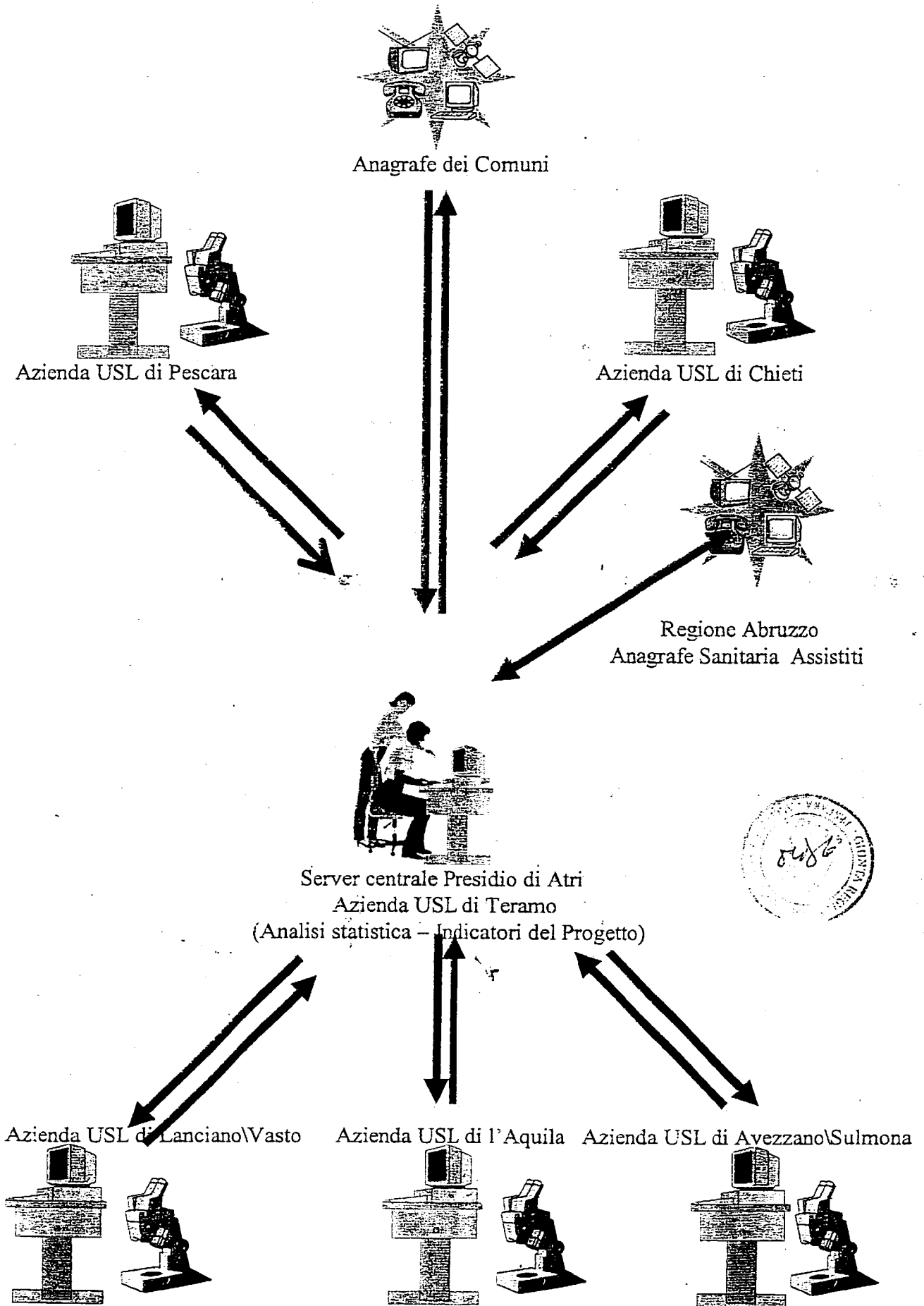
A regime, completata l'informatizzazione regionale, il programma prevede la valutazione statistica di:

- a) l'invito di tutte le donne che non hanno mai effettuato un PAPtest ed il richiamo di tutte le donne che hanno effettuato controlli spontanei e che rientrano negli intervalli previsti dalle linee guida regionali - Per l'anno 2004 nella ASL di Teramo sono stati effettuati 9.601 inviti

- b) possibilità di considerare separatamente sia la risposta diretta all'invito sia la partecipazione spontanea - *Per l'anno 2004 nella ASL di Teramo hanno aderito all'invito 3.068 donne, pari al 31,3% ma hanno effettuato un PAPtest 9.006 donne in età da screening (copertura del 46,4% calcolata sui dati di 2 U.O. di anatomia patologica sulle 3 operanti).*
- c) distribuzione dei risultati citologici - *su 9.458 PAPtest risultano 8.750 negativi, 48 ASCUS, 14 AGUS, 29 LSIL, 11 HSIL e 1 Carcinoma squamoso*
- d) % di vetrini inadeguati - *605 su 9.458, pari al 6%*
- e) % di donne inviate in colposcopia - *224, pari al 2%*
- f) compliance all'approfondimento colposcopico - *nel 2003 132 su 186 inviate, pari al 71%*
- g) tasso di identificazione (detection rate) diagnostica - *nel 2003 DR 4,7%° per CIN I, 1,3%° per CIN II-CIN III, 0,57%° per Cancro microinvasivo*
- h) valore predittivo positivo per tutte le donne inviate in colposcopia - *VPP 33% per CIN I e 12% per CIN II-III, 25% VPP di ASCUS per CIN II, 22,5% VPP di LSIL per CIN II e 87,5% VPP di HSIL per CIN II.*
- i) compliance al trattamento indicato - *pari al 95%*
- j) tempi di attesa test positivo-approfondimento - *Entro 30 giorni nel 50% dei casi, entro 60 giorni nel 95 % dei casi*
- k) tempi di attesa test negativo-risposta - *Entro 30 giorni nel 95 % dei referti*



Schema dell'organizzazione informatica dello screening regionale



Legge 138/2004 art.2 bis

Screening per tumori - Piano Finanziario 2004 - 2006

(in euro)

Attività (1)	356 € Obiettivo 1	43.497 € Obiettivo 3
di cui:		
Campagne informative per immigrati		43.497
Segreteria ed assistenza comitati	356	

(1)

Obiettivo 1 – Riequilibrio/Correzione degli squilibri territoriali “Raggiungere in tre anni l'estensione della copertura della popolazione”

Obiettivo 3 – Consolidamento di quanto già esiste “Garantire la qualità dello screening cervicale sia attraverso il monitoraggio epidemiologico regionale di indicatori di qualità, sia attraverso la definizione di standard di qualità controllabili anche mediante visita ispettiva”.

Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 Intesa Stato – Regioni 25 marzo 2005
Screening per tumori - Piano Finanziario 2004 - 2006

Finanziamento triennale	€ 4.000.000,00	+ € 1.248.000,00 *
Spese per il personale	1.500.000,00	
di cui:		
Personale dipendente	700.000,00	
Altro personale	500.000,00	
Formazione e Comunicazione	200.000,00	
Trasferte	100.000,00	
Programmi di ricerca applicata		€ 1.248.000,00 *
Spese per beni e servizi	2.900.000,00	
di cui:		
Informatizzazione e altre Attrezzature (inclusi canoni, leasing, noleggi)	1.000.000,00	
Reattivi e Materiali	700.000,00	
Collaborazioni specialistiche	200.000,00	
Altri servizi	100.000,00	
Spese generali	500.000,00	
Spese generali:	500.000,00	
Totale generale	€ 5.248.000,00	



* riservati al finanziamento della seconda e terza annualità del Progetto “Implementazione della citologia in strato sottile” (deliberazione G.R.A. n. 1041 del 29.11.2004), già finanziato per la prima annualità 2005.