

GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

Questo giorno di LUNEDI' 27 (VENTISETTE) del mese di GIUGNO dell' anno 2005 (DUEMILACINQUE) si e' riunita nella residenza di VIALE A.MORO, 52 , la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

- | | |
|-------------------------|-------------------|
| 1) ERRANI VASCO | - Presidente |
| 2) DELBONO FLAVIO | - Vice Presidente |
| 3) BISSONI GIOVANNI | - Assessore |
| 4) BRUSCHINI MARIOLUIGI | - Assessore |
| 5) CAMPAGNOLI ARMANDO | - Assessore |
| 6) DAPPORTO ANNA MARIA | - Assessore |
| 7) GILLI LUIGI | - Assessore |
| 8) PASI GUIDO | - Assessore |
| 9) PERI ALFREDO | - Assessore |
| 10) RABBONI TIBERIO | - Assessore |
| 11) RONCHI ALBERTO | - Assessore |
| 12) ZANICHELLI LINO | - Assessore |

Funge da Segretario l'Assessore BRUSCHINI MARIOLUIGI

OGGETTO: APPROVAZIONE DEL PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2005-2007

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Premesso che:

- in data 23 marzo 2005, con repertorio n. 2271 è stata stipulata un'intesa - in sede di Conferenza Stato-Regioni - tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell'art. 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311
- tale intesa stabilisce che le Regioni si impegnano ad adottare, entro il 30 giugno 2005, il Piano regionale per la realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale della prevenzione 2005-2007, in coerenza con il vigente Piano Sanitario Nazionale, nonché a trasmettere al Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie, idonea documentazione sulle attività svolte per consentire al medesimo Centro di certificare l'avvenuto adempimento;

Dato atto che gli ambiti di intervento indicati nel Piano nazionale della prevenzione 2005-2007 sono i seguenti:

1. la prevenzione della patologia cardiovascolare, comprensiva delle complicanze del diabete;
2. la diagnosi precoce dei tumori;
3. le vaccinazioni;
4. la prevenzione degli incidenti, ivi compresi quelli domestici.

Considerato che con nota DGPREV/IX/13535/P/C.1.b.b del 8 giugno 2005 il Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute ha trasmesso le linee operative per la presentazione dei piani regionali, prevedendo fra l'altro, che la scadenza del 30 giugno 2005 sia riferita ai progetti riguardanti:

1. gli screening oncologici;
2. le vaccinazioni;
3. gli interventi per introdurre la carta del rischio cardiovascolare e le tecniche di gestione integrata (disease management) del diabete;

mentre gli interventi sull'obesità, la prevenzione delle ricadute degli eventi cardiovascolari maggiori (prevenzione terziaria) e la sorveglianza e prevenzione degli incidenti dovranno vedere avvio a partire dal 2006 e, pertanto, i relativi programmi devono essere presentati dalle Regioni entro il 31 dicembre 2005;

Rilevato che, sulla base delle indicazioni sopra riportate è stato predisposto il Piano regionale della prevenzione per il triennio 2005-2007 relativo ai progetti sopra indicati, come previsto dalle linee operative del Ministero della Salute, allegato alla presente deliberazione quale sua parte integrante e sostanziale;

Richiamata la propria deliberazione, esecutiva ai sensi di legge, n. 447 del 24 marzo 2003 recante: "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali";

Dato atto del parere di regolarità amministrativa espresso dal Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali, dott. Franco Rossi, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della propria deliberazione n. 447/2003;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute;

A voti unanimi e palesi

D E L I B E R A

- a) di approvare, per le motivazioni esplicitate in premessa, il Piano regionale della prevenzione per il triennio 2005-2007, predisposto secondo le linee operative elaborate dalla Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute e allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale dello stesso;
- b) di trasmettere il presente atto al Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie, via della Civiltà Romana 7, Roma, ai fini della certificazione di avvenuto adempimento della Regione Emilia-Romagna di quanto previsto dall'art. 4, punto e) dell'Intesa 23 marzo 2005 richiamata in premessa.

- - - -

Regione Emilia-Romagna
Piano Regionale Prevenzione 2005 – 2007
Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005

Premessa	pag. 5
Screening oncologici: Progetti attivati e in corso	pag. 8
Progetto di attivazione di un programma di screening dei tumori del colon-retto nella Regione Emilia-Romagna	pag. 21
Politiche vaccinali in Emilia-Romagna nel triennio 2005 - 2007	pag. 32
Progetto regionale per la diffusione della valutazione del rischio cardiovascolare, attraverso l'uso della carta del rischio cardiovascolare	pag. 47
Gestione integrata del diabete per la gestione delle complicanze	pag. 52

PREMESSA

I fattori che determinano la salute e la malattia in una popolazione vengono in genere distinti in quattro categorie: fattori genetici e biologici, i servizi sanitari, l'ambiente fisico e sociale e il comportamento individuale (o stile di vita). L'impatto del comportamento individuale sulla morbosità e mortalità da malattie croniche é ormai ben conosciuto.

E' tuttavia arduo sostenere che il fumare, il bere, il mangiare e il fare l'amore siano il risultato di scelte individuali perfettamente libere, ossia indipendenti dal lavoro svolto, dai gruppi e gli ambienti frequentati, dall'origine familiare, geografica o etnica, dal reddito percepito, ecc.. La prevenzione della mortalità sulle strade, ad esempio, non é in genere visto come un qualcosa che ha a che fare con lo stile di vita. Tuttavia le auto che guidiamo, il modo in cui impariamo a fare uso della strada e l'influenza che una determinata politica dei trasporti ha su di noi formano parte del nostro "stile di vita" che può avere un impatto negativo sulla nostra salute, come lo hanno le sigarette, l'alcol e l'alimentazione.

L'epidemiologia moderna ha inoltre evidenziato come la maggior parte dei comportamenti non siano distribuiti nella popolazione in modo casuale, bensì siano modellati socialmente e spesso si dispongono a grappoli l'uno con l'altro. Molte persone che abusano di alcolici sono anche fumatrici e quelle che seguono pratiche alimentari salutistiche tendono anche ad essere più attive fisicamente. I più poveri, coloro che hanno un livello di istruzione inferiore o sono socialmente emarginati é più probabile che pratichino una vasta gamma di comportamenti a rischio e meno probabile che adottino comportamenti favorevoli alla salute. Questo modello di risposta comportamentale ha condotto a parlare di situazioni che pongono i soggetti "a rischio di rischi".

Fattori sociali contestuali (come il livello di istruzione, lo stato socio-economico, il livello di responsabilità occupato, le risorse personali a disposizione) svolgono quindi un ruolo critico nella adozione e nel mantenimento di comportamenti che influiscono sulla salute.

Inoltre, le capacità di un individuo di affrontare i problemi di salute che incontra sono in larga parte determinati durante il periodo iniziale della sua vita. In altre parole, l'ambiente fisico, sociale e culturale in cui hanno luogo le prime fasi della infanzia ha un profondo rapporto con il futuro di salute nella vita adulta.

La prevenzione secondaria e le cure mediche rappresentano soltanto alcune delle modalità, e non necessariamente a maggiore impatto, per mantenere e migliorare la salute. Interventi di natura non medica possono promuovere in modo significativo lo stato di salute della popolazione.

Poiché salute e condizione socio economica sono così strettamente collegate, per migliorare la salute delle persone occorre promuovere interventi che influiscano sull'organizzazione del contesto sociale. In modo particolare le disuguaglianze sociali ed economiche influenzano lo stato di salute di un individuo.

Secondo Rose (Rose G. *The Strategy of Preventive Medicine* New York, Oxford University Press; 1992.) l'adozione di un approccio esclusivamente comportamentale (ossia interventi di promozione della salute rivolti esclusivamente ai singoli individui) per migliorare la salute di una popolazione non ha molte probabilità di successo in quanto alla singola persona non appaiono sufficientemente evidenti i benefici che può ottenere adottando certi comportamenti. Per poter prevenire una singola morte è infatti necessario far cambiare le abitudini a rischio per la salute ad un numero troppo elevato di persone. Nel caso degli incidenti stradali, Rose calcolava che per potere salvare la vita di una persona per mezzo della cintura di sicurezza è necessario che 400 autisti la indossino per 40 anni. Il che vuol dire che gli altri 399 non vedranno mai i vantaggi immediati per le proprie probabilità di sopravvivenza, dovendosi invece soltanto sobbarcarsi il fastidio di indossare la cintura per tutta la loro vita di autisti.

La ricerca di una efficace strategia di promozione della salute non può quindi limitarsi a considerare l'individuo a sé stante e i determinanti più prossimi che influenzano la sua salute, ma deve rivolgersi a lui nelle relazioni che intrattiene con le realtà sociali in cui è inserito (determinanti distali). Il fatto che la struttura sociale di una popolazione venga vista come difficilmente modificabile e comunque non ad opera del settore sanitario, non deve indurre i professionisti della salute a limitarsi a perseguire soltanto obiettivi apparentemente più facilmente raggiungibili, come, ad esempio, ridurre il contenuto di grassi della dieta o aumentare l'esercizio fisico. Le conoscenze acquisite in questi ultimi anni dimostrano, al contrario, come, in assenza di una attenta considerazione delle situazioni socio-economiche in cui gli individui vivono e lavorano, gli interventi di promozione della salute rischiano di perdere gran parte della loro rilevanza. Come afferma l'*Independent Inquiry into Inequalities in Health* (Acheson Inquiry, HMSO, 1997), "È necessario un approccio ampio poiché molti di questi fattori sono interrelati. Può essere inefficace concentrarsi su di un unico punto della catena se non vengono adottate azioni complementari in grado di influenzare fattori collegati, appartenenti a un'altra area di interesse. Le strategie devono essere "a monte" [distali] e "a valle [prossimali]".

Molti dei nostri modelli teorici tradizionali di analisi del comportamento nell'ambito della salute continueranno ad avere un valore esplicativo limitato se non ci impegniamo a studiare i processi

teorici attraverso i quali i fattori sociali possono influenzare la salute. Gli interventi di promozione della salute dovranno quindi sforzarsi di essere il più possibile interdisciplinari, concentrarsi a livelli diversi (individuo, famiglia, comunità e società) e considerare la necessità di intervenire anche sul contesto sociale in modo da renderlo più favorevole alla adozione di stili di vita positivi per la salute.

Questi principi sono concretizzati nella recentissima istituzione, da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, della Commissione sui determinanti sociali della salute che ha, tra i suoi compiti, quello di sensibilizzare i governi sull'impatto che l'organizzazione sociale ha sulla salute.

La Regione Emilia-Romagna ha adottato da tempo il modello di intervento sopra descritto, e lo ha inserito attraverso i "Piani per la salute" nell'agenda degli Enti Locali per sviluppare politiche di promozione della salute attraverso il coinvolgimento dei diversi attori sociali.

La recente Legge regionale n. 29 del 23 dicembre 2004 "Norme generali sull'organizzazione e sul funzionamento del Servizio sanitario regionale" delinea un Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna orientato alla promozione della salute e non solo all'erogazione di servizi sanitari e ribadisce, fra i principi ispiratori dello stesso, "la responsabilità pubblica per la tutela del diritto alla salute per le persone e per le comunità locali"; inoltre attribuisce agli Enti Locali un ruolo fondamentale di programmazione e verifica dei risultati di salute, distinguendolo nettamente dal ruolo gestionale affidato alle Aziende sanitarie. In coerenza con questi principi la nuova Giunta regionale ha riorganizzato le deleghe agli assessori, modificando la denominazione dell'Assessorato alla sanità in Assessorato alle Politiche per la salute.

Il piano regionale della prevenzione dell'Emilia-Romagna si iscrive in tale contesto e va letto alla luce delle considerazioni sopra riportate; pertanto l'importanza del coinvolgimento dei vari attori sociali nella definizione e attuazione di politiche per la salute e la necessità di intervenire sulle disuguaglianze caratterizzano in modo trasversale tutti i singoli progetti presentati.

PROGETTI REGIONALI DI SCREENING ONCOLOGICI DI POPOLAZIONE ATTIVATI E IN CORSO

A) Prima parte: livello regionale

1) Attivazione dei programmi di screening

La Regione Emilia-Romagna, con circolare n. 38 dell'Ottobre del 1994, ha attivato su tutto il territorio due interventi di screening di popolazione, attivamente offerti e controllati, per la diagnosi precoce dei tumori della mammella e del collo dell'utero, a seguito dell'individuazione dei progetti prioritari di intervento indicati dalla Commissione Oncologica Regionale.

La gestione dei programmi è stata assegnata alle Aziende Unità sanitarie locali in stretta collaborazione con le Aziende Ospedaliere là dove presenti.

L'attivazione dei programmi è stata incoraggiata dalla Regione mediante contributi annuali assegnati alle Aziende sanitarie con le delibere regionali n. 897 del 7/3/1995; n. 2332 del 24/9/1996 e n. 1836 del 14/10/1997, e la progettazione, l'attivazione, l'avanzamento dei programmi e la verifica di qualità degli stessi, sono stati annualmente previsti fra gli obiettivi delle Direzioni Generali delle Aziende sanitarie della Regione.

Successivamente, con delibere regionali annuali, sono stati finanziati i programmi regionali di controllo di qualità, di formazione del personale e di informazione/comunicazione (Deliberazioni di Giunta regionale n. 2368 del 14.12.1998; n. 2665 del 30.12.1999; n. 2247 del 12.12.2000; n. 2346 del 5.11.2001; n. 1481 del 2.8.2002; n. 2519 del 16.12.2002; n. 1878 del 7.10.2003; n. 1605 del 30 Luglio 2004).

Tutte le Deliberazioni sopra citate sono consultabili sul sito internet:

www.regione.emilia-romagna.it/wcm/ermes/pagine/delibere.htm

Da rilevare che nel Settembre 1996, con la circolare regionale n. 30, si è disposta l'esenzione dalla partecipazione alla spesa da parte dei cittadini, sia per i test di screening sia per tutti gli accertamenti previsti dal percorso diagnostico-terapeutico eventualmente conseguente ad un test positivo.

Analogamente, con circolare dell'Assessore alla Sanità n. 11 del Luglio 2004, la Regione Emilia-Romagna ha attivato il programma di screening per i tumori del colon-retto su tutto il territorio regionale, fornendo linee guida e la griglia per la predisposizione dei progetti aziendali. Anche lo sviluppo di questo programma è stato inserito fra gli obiettivi annuali delle Direzioni Generale aziendali.

Il programma di screening per i tumori del colon-retto si è attivato in tutte le AUSL della Regione il 21/3/2005 con l'invio delle prime lettere di invito.

I protocolli di intervento adottati dalla Regione Emilia-Romagna per i tre programmi di screening organizzato di popolazione attivati sono riportati nella tab. n. 1; gli interventi si sono sviluppati secondo il calendario indicato in tab. n. 2.

Tabella n.1 Protocolli di intervento per i programmi di screening attivati

Screening per la prevenzione e diagnosi precoce di:	Fascia di età	Test di screening	Periodicità
Tumori del collo dell'utero	25-64 anni	Pap-test	Triennale
Tumori della mammella	50-69 anni	Mammografia	Biennale
Tumori del colon-retto	50-69 anni	FOBT	Biennale

Tabella n.2 Calendario degli interventi per i programmi di screening attivati

AUSL	Data di attivazione		
	Tumori del collo dell'utero	Tumori della mammella	Tumori del colon-retto
Piacenza	11/04/1996	19/01/1998	21/03/2005
Parma	01/01/1998	01/07/1997	
Reggio Emilia	01/07/1996	01/11/1996	
Modena	01/02/1996	02/10/1995	
Bologna			
ex sud	20/11/1995	01/01/1998	
ex città	01/01/1997	01/06/1997	
ex nord	14/10/1996	24/11/1997	
Imola	01/01/1997	01/10/1997	
Ferrara	01/10/1996	01/10/1997	
Ravenna	01/12/1995	01/01/1996	
Forlì	04/03/1996	04/03/1996	
Cesena	20/05/1996	01/12/1997	
Rimini	02/01/1996	10/11/1997	

Lo stato di avanzamento al 31/12/2004 dei programmi di screening dei tumori del collo dell'utero e della mammella è indicato nelle tab. n. 3 e 4. I dati riferiti ai primi due mesi di attività dello screening dei tumori del colon-retto, relativi al primo invito, sono riportati nella tab.5.

Tabella n. 3 Screening per la prevenzione e diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero

	Popolazione residente	Popolazione interessata		Donne aderenti *	Adesione nella popolazione coinvolta %***
		N.	%		
I round	1.136.767	1.136.767	100	706.237	62,1
II round	1.143.950	1.143.950	100	715.290	62,5
III round	1.166.160	813.773	69,8	486.171	59,7

Tabella n.4 Screening per la diagnosi precoce del tumore della mammella

	Popolazione residente	Popolazione interessata		Donne invitate	Donne aderenti*	Risposta all'invito ** %	Adesione nella popolazione coinvolta %***
		N.	%				
I round	534.987	534.987	100	495.063	331.726	59,8	62,0
II round	534.096	534.096	100	499.921	359.910	67,0	67,4
III round	533.211	519.914	97,5	468.583	340.166	67,6	65,4
IV round	534.150	209.235	39,2	184.661	133.385	69,4	63,7

* donne che hanno eseguito il test a seguito dell'invito, più donne che si sono presentate spontaneamente alle strutture del programma di screening prima dell'invito ovvero dopo sei mesi dall'invito.

** donne che hanno eseguito il test a seguito dell'invito/donne invitate

*** donne aderenti/popolazione interessata

Tabella n. 5 Screening per la prevenzione e diagnosi precoce del tumore del colon-retto: popolazione invitata al 21 maggio 2005

	Uomini	Donne	totale
Piacenza	335	427	762
Parma	997	944	1.941
Reggio Emilia	3.745	5.180	8.925
Modena	43	61	104
Bologna	1.575	1.675	3.250
Imola	1.267	1.391	2.658
Ferrara	2.337	2.663	5.000
Ravenna	3.728	3.915	7.643

Forlì	223	197	420
Cesena	1.767	1.231	2.998
Rimini	761	814	1.575
REGIONE	16.778	18.498	35.276

Si fa presente che tutti i dati presentati sono tratti dal sistema informativo specifico dello screening; pertanto non tengono conto dell'accesso spontaneo a indagini diagnostiche analoghe ai test di screening (mammografia, Pap-test, sangue occulto e colonscopia). Tale accesso spontaneo è peraltro monitorato nell'ambito dei sistemi informativi dell'attività specialistica ambulatoriale e pertanto potrà a breve essere utilizzato per permettere di calcolare la copertura complessiva della popolazione relativamente agli accertamenti di diagnosi precoce dei tumori oggetto di programmi di screening.

Nel frattempo l'indagine "PASSI", che rileva con interviste telefoniche tutti gli accessi ad indagini diagnostiche preventive per i tumori considerati, permetterà di stimare la copertura complessiva della popolazione nelle fasce di età coinvolte nei programmi di screening.

2) Valutazione dei risultati.

Le Aziende sanitarie devono fornire al livello regionale i seguenti dati:

- a) *scheda semestrale* (al 30 Giugno ed al 31 dicembre) con i dati di avanzamento dei programmi;
- b) *scheda annuale di verifica di attività* (al 31 Dicembre);
- c) *scheda puntuale annuale* (al 31 Dicembre) per la verifica dell'andamento dell'intervento a quella data;
- d) entro Agosto-Settembre dell'anno in corso: *scheda di sorveglianza* con l'indicazione dei dati di attività per la verifica degli indicatori al 31/12 dell'anno precedente.

I Centri screening delle AUSL dispongono di programmi informatici autonomi acquisiti tenendo conto delle esperienze, delle disponibilità e delle caratteristiche locali. La Regione ha provveduto a standardizzare il formato di raccolta e invio dei dati relativamente ai dati aggregati su tabulato o su data record individuali ad hoc per la raccolta dei casi incidenti o per la raccolta di dati riferiti ad interventi di controllo di qualità su eventi specifici.

I dati sono presentati, valutati e discussi in seminari annuali ad hoc con i Responsabili dei programmi aziendali e regionali, i Responsabili dei gruppi di controllo di qualità, i Referenti aziendali epidemiologici ed i Responsabili dei Registri tumori di popolazione e di patologia. L'elaborazione viene eseguita a livello regionale e viene fornito puntualmente alle Direzioni Generali e Sanitarie delle Aziende USL ed Ospedaliere, nonché ai Responsabili dei programmi

aziendali, report di ritorno mediante relazioni annuali distinte per ogni singolo programma di screening.

A cura del *Centro di Riferimento e Coordinamento Regionale dei programmi di Screening*, come più avanti descritto, inoltre esegue *site visit* ad hoc, mirate alla verifica delle strutture organizzative, tecnologiche, operative ed informatiche dei Programmi ed alla valutazione della qualità; gli interventi di audit fra pari sono affidati ai Gruppi di lavoro per il controllo e la promozione della qualità, rappresentativi di tutte le realtà aziendali della Regione e composti dai professionisti coinvolti negli interventi.

Il modello prescelto per la gestione, la valutazione ed il controllo degli interventi è quello del **modello “partecipato”**, con ripartizione delle responsabilità e coinvolgimento attivo dei professionisti coinvolti negli interventi, non accentrato in un'unica struttura regionale.

Nell'ambito della promozione e valutazione della qualità degli interventi sono previsti annualmente programmi di formazione specifici e seminari di audit fra professionisti mirati a temi o eventi sentinella specifici (comunicazione, colposcopia, cito-istologia, mammografia, test di controllo per la ricerca del sangue occulto nelle feci, trattamento chirurgico delle lesioni della mammella e del collo dell'utero, trattamento oncologico medico dei tumori della mammella ecc. ecc.).

L'attività di approfondimento diagnostico-terapeutico ed i percorsi integrati che da essa scaturiscono hanno come punti di riferimento protocolli diagnostico-terapeutici – messi a punto e periodicamente aggiornati da gruppi di lavoro formati da professionisti, rappresentativi delle diverse discipline (vedi siti internet programmi di screening: www.saluter.it/colon e www.regione.emilia-romagna.it/sanita/screening/documentazione).

Sono stati inoltre predisposti due documenti di accreditamento dei programmi di screening per i tumori del collo dell'utero e della mammella da parte di gruppi di lavoro ad hoc dell'Agenzia Sanitaria Regionale, attualmente in corso di approvazione (i testi dei documenti di accreditamento sono già reperibili sul sito internet www.regione.emilia-romagna.it/sanita/screening/documentazione).

Tutti e tre i programmi di screening di popolazione sono stati preceduti e vengono periodicamente accompagnati da campagne informativo-comunicative predisposti a livello regionale e finanziati dalla Regione stessa, finalizzati alla promozione della partecipazione ai programmi stessi.

Inoltre la Regione predispone e aggiorna i due siti web dedicati al programma di screening per la prevenzione dei tumori femminili e del colon-retto, sopra indicati.

3) Struttura regionale per i programmi di screening

E' presente, presso il Servizio di Sanità Pubblica dell'Assessorato alle Politiche per la Salute, un *Centro di Riferimento e Coordinamento Regionale dei programmi di Screening* quale punto di riferimento per la rete dei programmi presenti sul territorio regionale, a cui è affidato il compito di indirizzare gli interventi stessi e di effettuare il monitoraggio dell'attività e della qualità degli interventi. Per le valutazioni epidemiologico-statistiche e per gli interventi di controllo di qualità, oltre che di strutture proprie, il Centro si avvale della collaborazione del settore epidemiologico dell'Istituto Oncologico Romagnolo di Forlì, attraverso una specifica convenzione.

Dati epidemiologici

I dati che seguono sono tratti dai Registri tumori operanti in Regione Emilia-Romagna e, per la parte mortalità, dal Registro di mortalità della Regione Emilia-Romagna.

Il territorio della Regione Emilia-Romagna è coperto per il 75% da Registri tumori di popolazione (Romagna, Imola, Modena, Reggio Emilia, Ferrara, Parma) e per la restante parte (Bologna e Piacenza) da Registri Tumori di Patologia istituiti ad hoc.

Incidenza

In Emilia-Romagna si contano circa 250 nuovi casi di *tumore del collo dell'utero* all'anno, circa 12 ogni 100.000 donne residenti.

Per quanto riguarda i *tumori della mammella*, nella seconda metà degli anni '90, si contano in regione, oltre 3.300 nuovi casi l'anno, 163,5 ogni 100.000 donne residenti. Nel 2000 in Emilia-Romagna i nuovi casi di tumore della mammella sono stati 3.680, 180,2 ogni 100.000 donne residenti.

Gli ultimi dati di incidenza disponibili (1997) relativi ai *tumori del colon-retto* indicano un tasso regionale di 95,5 tumori l'anno per 100.000 residenti negli uomini e 78,4 nelle donne, corrispondenti a circa 3.400 nuovi caso l'anno.

Mortalità

In regione nel 2002 sono morte 5.976 donne per tumore; di queste 56 (0,9%) per tumore del collo dell'utero o per *tumori dell'utero non ben specificati ma attribuibili alla cervice uterina*, e 946 (il 15,8%) per *tumore della mammella* con un tasso grezzo di 45,4 decessi x 100.000.

Nel 2003 in Emilia-Romagna sono morte 13.993 persone per tumore maligno, di queste 1.606 (11,5%) per *tumore del colon-retto*. Nello stesso anno, il tasso grezzo per 100.000 residenti è di 43,3 decessi l'anno negli uomini (31,2 per colon e 12,1 per retto) e nelle donne 35,3 (26,7 colon e 8,5 retto).

Sopravvivenza

In Emilia-Romagna 69 donne con tumore del collo dell'utero su 100 sono vive dopo 5 anni. I dati più recenti indicano che in Emilia-Romagna 83 donne con tumore della mammella su 100 sono vive dopo 5 anni.

I dati dei Registri Tumori (relativi al periodo 1990-1994) indicano che in Emilia-Romagna la sopravvivenza relativa a 5 anni per tumore del colon è 52% negli uomini e 54% nelle donne e per tumore del retto rispettivamente 48% e 45%; complessivamente, per il colon-retto, la sopravvivenza a 5 anni in Emilia-Romagna è del 52%.

4) Punti critici.

Una difficoltà in prospettiva potrebbe essere data dalla possibilità di continuare a garantire l'attuale livello organizzativo, qualitativo e gestionale dei programmi, per problemi legati al ricambio generazionale del personale coinvolto, alla motivazione dello stesso, alla necessità di supportare i programmi con iniziative di formazione ed aggiornamento continuo, anche alla luce dei progressi tecnologici; da non sottovalutare lo sforzo necessario per garantire il mantenimento di una struttura regionale di riferimento che, per quanto agile, richiede comunque energie e risorse per far fronte alle scadenze obbligate dall'osservanza degli indicatori dei programmi stessi. Esiste in particolare la necessità di rafforzare l'aspetto di analisi dei dati e della valutazione di impatto, con riferimento anche alla diffusione alla comunità scientifica dei risultati degli interventi, che fino ad oggi è stata carente.

Per questi scopi risultano oltremodo utili i finanziamenti previsti dalla Legge 138/2004, finalizzati alle dotazioni infrastrutturali necessarie per supportare il progredire dei programmi: nell'**allegato 1** sono indicate le modalità di utilizzo delle risorse erogate ai sensi dell'art. 2 bis della citata legge, che, per la Regione Emilia-Romagna ammontano a 430.423 euro per il primo anno.

Inoltre occorre sottolineare la necessità di attivare un database regionale a record individuale, al fine di rendere più agile la valutazione epidemiologica del programma in tutti i suoi aspetti (la

possibilità teorica di raccogliere i dati in tale formato è stata già verificata essere fattibile da parte di tutti i programmi locali).

B) Seconda parte: livello aziendale

La tab. n. 6 riporta la popolazione destinataria residente per AUSL e complessiva, riferita ai tre programmi attivi su tutto il territorio della regione Emilia-Romagna.

Tabella n.6 Popolazione per programma di screening

AUSL	popolazione destinataria		
	Tumori del collo dell'utero	Tumori della mammella	Tumori del colon-retto
Piacenza	74.650	35.425	69.607
Parma	114.583	52.245	101.709
Reggio Emilia	133.421	56.369	110.722
Modena	185.327	81.313	158.312
Bologna	235.727	111.084	212.417
Imola	34.304	15.514	30.488
Ferrara	100.575	50.268	96.508
Ravenna	101.881	48.521	93.342
Forlì	49.128	23.270	45.074
Cesena	54.613	24.196	47.292
Rimini	81.951	35.945	69.315
REGIONE	1.166.160	534.150	1.034.786

Oltre alle popolazioni sopra riportate occorre considerare anche la popolazione domiciliata, in particolare quella immigrata.

1) Tutte le aziende dispongono di un *Centro screening* (nella maggior parte unico per tutti gli interventi, in alcuni casi separato per ogni programma di screening), che svolge le funzioni di segreteria, cura la raccolta e registrazione dei dati di attività e la valutazione dei risultati, e coordina anche le funzioni di front office e call-center per i cittadini. Ogni Centro screening, attivo ed accessibile per l'intera giornata o secondo fasce orarie ben definite ed

indicate, è dotato di personale formato e dedicato e dispone di un programma informatico per la gestione, la raccolta ed elaborazione dei dati provenienti dal programma.

Per quanto riguarda la pianificazione tutte le aziende dispongono degli archivi dei propri assistiti derivati dalle anagrafi comunali, aggiornati periodicamente che consentono loro una buona programmazione e gestione degli inviti.

I Centri screening gestiscono la spedizione delle lettere di invito con appuntamento prefissato e chiare indicazioni di dove ritirare o eseguire il test. Le lettere sono accompagnate sempre da un pieghevole informativo in cui sono illustrate le caratteristiche, gli obiettivi ed i limiti del programma.

2) I test di screening vengono eseguiti, per quanto riguarda lo screening mammografico e del collo dell'utero, presso Centri oncologici, Unità di Senologia, U.O. di Radiodiagnostica, Consultori Familiari, da personale opportunamente e specificatamente formato e in gran parte dedicato (Tecnici Sanitari di Radiologia Medica ed Ostetriche). Per quanto riguarda lo screening dei tumori del colon retto, il kit per effettuare il test FOBT può essere ritirato presso strutture territoriali come le farmacie (prevalentemente) e le sedi distrettuali (centri prelievi ed infermieristici), gli stessi Centri Screening, strutture ospedaliere o, in alcuni limitati casi, dai Medici di Medicina generale. Il kit per l'esecuzione del test per la ricerca del sangue occulto nelle feci è consegnato in tutti i casi da personale adeguatamente preparato e specificatamente formato. Gli esami colonscopici di approfondimento diagnostico, in caso di positività del test, sono eseguiti, con sedute dedicate, presso i Servizi di Gastroenterologia individuati specificamente a livello delle singole Aziende sanitarie.

Le tecnologie utilizzate (in particolare per quanto riguarda la mammografia nell'ambito dei programmi di screening) rispondono ai criteri tecnologici previsti dalle normative vigenti e sono regolarmente e periodicamente sottoposte a specifici controlli di qualità effettuati in collaborazione dai medici radiologi, i TSRM dedicati e le U.O. di Fisica Sanitaria aziendali coordinate a livello regionale. Le caratteristiche di qualità dei mammografi e delle apparecchiature e procedure connesse sono oggetto di site visits periodiche: i relativi dati sono registrati, pubblicati ed accessibili ad ogni realtà tramite password in un sito internet ad hoc (http://www.ausl.mo.it/tech_zone/fissan/index.htm), gestito dal Centro di riferimento regionale per i controlli di qualità in mammografia dell'AziendaUSL di Modena.

3) Ogni AUSL ha individuato le strutture di riferimento adeguatamente attrezzate (ecografi, possibilità di eseguire ago-aspirati o prelievi di microbiopsia stereotassica o sottoguida ecografica) a livello locale (Centri oncologici o di senologia prevalentemente, Consultori familiari oppure U.O. di Radiodiagnostica dedicate, Ginecologie e Gastroenterologie) per lo svolgimento ottimale degli approfondimenti diagnostici dei test risultati positivi.

Lo stesso vale per le strutture cliniche (Chirurgie, Radioterapie, Oncologie Mediche, Ginecologie) per il trattamento delle lesioni riscontrate. In particolare per il trattamento chirurgico delle lesioni mammarie la valutazione della qualità è fatta nell'ambito del programma nazionale SQTM.

Il follow-up è generalmente attivamente programmato ed eseguito secondo quanto previsto dai protocolli regionali.

La percentuale di adesione al II livello diagnostico ed al trattamento delle donne richiamate con test positivo od inviate al trattamento al termine del percorso diagnostico è indicata nella tab. n. 7

Tabella n.7 Percentuale di adesione al II livello diagnostico e al trattamento

AUSL	Screening Tumori del collo dell'utero*		Screening Tumori della mammella^	
	Adesione al II livello %	Adesione al trattamento %	Adesione al II livello %	Adesione al trattamento %
Piacenza	68	99	99	60
Parma	82	non disponibile	91	100
Reggio Emilia	96	100	99	100
Modena	92	100	99	99
Bologna				
ex sud	83	99	99	94
ex città	86	100	99	89
ex nord	91	99	99	97
Imola	91	100	99	98
Ferrara	86	100	99	97
Ravenna	97	99	99	96
Forlì	98	100	100	100
Cesena	96	97	97	97

Rimini	92	99	99	97
REGIONE	90	99	98	95

* dati definitivi relativi al 2° round completato

^ dati relativi al 3° round quasi completato (situazione al 31/12/2003)

1) Principali criticità

La principale criticità a livello locale è rappresentata da una generale difficoltà ad assicurare un rigoroso rispetto dei tempi di risposta alle persone che risultano normali al test e i tempi intercorrenti tra un test positivo e i successivi accertamenti diagnostici e gli interventi terapeutici

La Regione Emilia-Romagna infatti ha monitorato con rigore i parametri sopra riportati fin dall'avvio dell'intervento.

Il confronto con analoghi dati dei programmi locali attivati in Italia che riescono a fornire tali informazioni (72 programmi su 88 attivati, compresi i 13 programmi aziendali dell'Emilia-Romagna – dati GISMa 2003) mostra una percentuale di risposte al test negativo entro 21 giorni (standard di riferimento) inferiore nella nostra regione rispetto alla mediana: 66% contro 85%.

Per quanto riguarda invece i tempi fra la mammografia di screening risultata positiva e l'intervento chirurgico, il 41% è contenuto entro 45 giorni e il 63,3% entro 60 giorni. Esiste pertanto ancora il 37% delle donne per le quali è indicato l'intervento chirurgico che ha tempi di attesa superiori a 60 giorni.

Per quanto riguarda invece il percorso fra diagnosi di sospetto al test di screening e conferma diagnostica, tutte le Aziende hanno individuato percorsi specifici e dedicati gestiti attivamente dai centri screening, che evitano il ricorso agli accessi correnti alla attività specialistica.

Infine si segnala esistono alcune isolate realtà regionali che, nell'ambito di un quadro regionale nel complesso buono, hanno difficoltà a mantenere la cadenza regolare degli inviti (24 mesi per la mammografia e 36 per il Pap-test).

Obiettivi per il triennio 2005-2007

In coerenza con quanto sopra esposto si identificano i seguenti obiettivi:

- 1) Garantire la continuità dei programmi di screening attivati e il mantenimento dei buoni risultati di qualità raggiunti;

- 2) Consolidare i processi regionali di monitoraggio e sorveglianza dei programmi aziendali, evidenziando tempestivamente i problemi di organizzazione e qualità che dovessero insorgere e supportando le Aziende sanitarie nell'adottare soluzioni appropriate.
- 3) Occorrerà anche rafforzare gli aspetti di valutazione di impatto e razionalizzare gli attuali flussi informativi, per rispondere più agilmente ai molteplici debiti informativi. Entro il 2006 verrà pertanto effettuata una analisi degli sviluppi necessari del sistema informativo regionale, anche alla luce degli sviluppi delle indicazioni dell'Osservatorio nazionale screening;
- 4) Mantenere e consolidare le iniziative di controllo di qualità, formazione e comunicazione in atto, adeguandole ai problemi che verranno di volta in volta evidenziati;
- 5) Approfondire l'analisi delle criticità riguardanti i tempi dei percorsi diagnostici e terapeutici sopra evidenziate, attivando occasioni di confronto per individuare gli interventi più appropriati al fine di migliorare la situazione;
- 6) Assicurare su tutto il territorio regionale l'estensione dei programmi di screening alle persone domiciliate, in particolare alle fasce di popolazione più svantaggiate ed emarginate come la popolazione immigrata.

Allegato 1

**IMPEGNO FONDI EX LEGGE 138: ASSEGNAZIONE 2004 PER LA REGIONE EMILIA-
ROMAGNA 430.423,00 Euro**

1) Monitoraggio e coordinamento regionale dei programmi aziendali:

192.500,00 Euro

2) Valutazione e controllo di qualità:

237.923,00 Euro

Totale: 430.423,00 Euro

COSTI PER LA GESTIONE ORDINARIA DEI PROGRAMMI DI SCREENING

- **Programma di screening per i tumori del collo dell'utero:**

Popolazione target: 1.130.000, adesione 61% (donne aderenti 700.600), costo per persona aderente 22 euro (test ogni 3 anni):

tot. 5.100.000,00 euro/anno

- **Programma di screening per i tumori della mammella:**

Popolazione target: 530.000, adesione 72% (donne aderenti 376.300), costo per persona aderente 40 euro (test ogni due anni):

tot. 7.500.000,00 euro/anno

- **Programma di screening per i tumori del colon-retto:**

Popolazione target: 1.034.000, adesione 50% (persone aderenti 517.000), costo per persona aderente 24 euro (test ogni due anni):

tot. 6.200.000,00 euro/anno

A tali costi vanno sommati i costi generali relativi alle campagne di informazione e comunicazione, nonché i costi generali relativi al sistema informativo, in modo particolare quelli relativi alla gestione dei Registri tumori e dei registri di patologia presenti in Regione.

Costi “infrastrutturali”: 700.000,00 euro/anno

TOTALE 19.500.000,00 Euro/anno