



---

---

**DELIBERAZIONE N° VIII / 00217 Seduta del 27 GIU. 2005**

---

---

*Presidente* **ROBERTO FORMIGONI**

*Assessori regionali* **VIVIANA BECCALOSSI** Vice Presidente  
**GIAN CARLO ABELLI**  
**ETTORE ALBERTONI**  
**MAURIZIO BERNARDO**  
**DAVIDE BONI**  
**GIANPIETRO BORGHINI**  
**MASSIMO BUSCEMI**  
**ALESSANDRO CÈ**

**ROMANO COLOZZI**  
**MASSIMO CORSARO**  
**ALBERTO GUGLIELMO**  
**ALESSANDRO MONETA**  
**FRANCO NICOLI CRISTIANI**  
**LIONELLO MARCO PAGNONCELLI**  
**PIER GIANNI PROSPERINI**  
**DOMENICO ZAMBETTI**

Con l'assistenza del Segretario **Maurizio Saia**

Su proposta dell'Assessore alla Sanità **Alessandro Cè**

*Oggetto* **DETERMINAZIONI INERENTI IL PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE ATTIVA, AI SENSI DELL'INTESA FRA IL GOVERNO, LE REGIONI E PROVINCE AUTONOME DEL 23 MARZO 2005.**

*Il Dirigente*

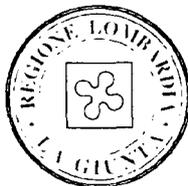
**Loredana Luzzi**  
delegata  
U.O. Programmazione

**Luigi Macchi**  
U.O. Prevenzione

*Il Direttore Generale*

**Carlo Lucchina**

L'atto si compone di **54** pagine  
di cui **53** pagine di allegati,  
parte integrante



**PREMESSO CHE:**

- il d.lgs. n. 502/92 e s.m.i., art. 2, comma 1 stabilisce che spettano alle Regioni, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali, le funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, precisando altresì al medesimo art. 2, comma 2 che “Spettano in particolare alle Regioni la determinazione dei principi sull’organizzazione dei servizi e sull’attività destinata alla tutela della salute....”;
- la l.r. 31/97 e s.m.i., art. 1, comma 3, stabilisce che la Regione eserciti funzioni di legislazione e programmazione, di indirizzo, di coordinamento, di controllo e di supporto nei confronti delle Aziende Sanitarie e degli altri soggetti esercenti attività sanitarie;

**VISTI:**

- l’art. 117, 2° comma, lettera m), Cost., che così recita:  
“Lo Stato ha legislazione esclusiva nelle seguenti materie:  
.....  
m) determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale”;
- l’art. 117, 3° comma, Cost., che annovera, tra le materie di legislazione concorrente, la “tutela della salute”;

**CONSIDERATO** che il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 approvato con Decreto del Presidente della Repubblica del 23.5.2003, annovera tra i dieci progetti per la strategia del cambiamento, il progetto 2.9. avente ad oggetto “Promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute”, nell’ambito del quale:

- è posta, tra l’altro, particolare attenzione, all’importanza del sottoporsi a periodici controlli e test di screening consigliati per la diagnosi precoce dei tumori nelle età e con i tempi appropriati, nonché ad altri temi inerenti alla più generale attività di prevenzione sanitaria;
- è identificato quale obiettivo strategico la necessità“ di orientare l’attività e gli impegni del SSN affinché esso si muova nella direzione dello sviluppo di un sistema di monitoraggio e comunicazione per tutti gli utenti effettivi e potenziali, sugli stili di vita sani e la prevenzione sanitaria”, precisando altresì che, tra le azioni da intraprendere, “è necessario mettere a fuoco le lacune in tema di capacità diffuse di prevenzione”;

**RICHIAMATO** l’art. 2-bis la legge 26.5.2004, n. 138 che prevede la destinazione di risorse aggiuntive da parte dello Stato per la diffusione dello screening del cancro al colon retto ed il contestuale consolidamento degli interventi già in essere per lo screening del cancro alla mammella e del collo dell’utero, da realizzarsi in collegamento con l’assistenza sanitaria di base, anche attraverso l’implementazione di linee di ricerca biomedica ed organizzativa in grado di incrementare le potenzialità diagnostiche e terapeutiche in campo oncologico;

**VISTA** la legge regionale 2.3.1992, n. 8 “Prevenzione e cura del diabete mellito”, concernente l’organizzazione della prevenzione e della diagnosi precoce della malattia diabetica, nonché degli interventi terapeutici ed assistenziali erogati ai pazienti diabetici, per





una risposta globale, specialistica e interdisciplinare ai bisogni dei malati; e con particolare riferimento all'identificazione dei diversi livelli assistenziali nonché alla loro informatizzazione in attuazione della legge 16.3.1987, n. 115;

**RICHIAMATE** le seguenti dd.g.r.:

- n. VI/48301 del 21.2.2000 recante “Indirizzi funzionali ed organizzativi per la prevenzione e la cura del diabete mellito”, che fornisce linee guida diagnostico-terapeutiche per la prevenzione e la cura della malattia diabetica e delinea un modello organizzativo che prevede l'integrazione tra l'equipe diabetologica ospedaliera ed il Medico di Medicina Generale (MMG) e l'adozione del Disease Management come strumento di analisi del percorso assistenziale;
- n. VII/8678 del 9.4.2002 recante “Definizione delle procedure per la gestione integrata del paziente diabetico”, che conferma la rilevanza di tale gestione attraverso l'approccio globale alla sua malattia, misurato con indicatori di qualità, sia per il MMG, sia per il Centro Diabetologico;

**CONSIDERATE** le esperienze in tema di gestione integrata del paziente diabetico, maturate all'interno della Regione Lombardia, con particolare riferimento, ad esempio:

- alle ASL di Brescia e di Pavia, esperienze riportate anche nell'allegato 2 - parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- al progetto “RADICI - Reti A Diversa Intensità di Cura Integrate” programma di ricerca cofinanziato dalla Regione Lombardia e dal Ministero della Salute nell'ambito dei progetti finalizzati ex art. 12 del d.lgs. n. 502/92 – bando 2004, che ha, fra i suoi obiettivi, quello di applicare il modello per l'erogazione di servizi sanitari secondo livelli decrescenti di intensità di diagnosi e cura, basata sulla qualificazione delle strutture ospedaliere ed il potenziamento della medicina sul territorio attraverso percorsi-tipo che diano una risposta a rete, efficiente ed appropriata, alla domanda di assistenza e prevenzione anche nell'ambito dello screening e delle complicanze del diabete, che ha un rilevante impatto sociale;

**RICHIAMATA** altresì la d.g.r. VII/19688 del 3.12.2004 recante “Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario regionale per l'esercizio 2005”, in particolare gli allegati 3, 4 e 4A;

**VISTA** l'Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano sottoscritta il 23 marzo 2005 (Atti Rep. 2271) che prevede all'art. 4, comma 1, lett. e) che le Regioni si impegnino ad “adottare entro il 30 giugno 2005, il Piano Regionale per la realizzazione degli interventi previsti dal Piano Nazionale della Prevenzione, coerentemente con il vigente Piano sanitario nazionale”, precisando altresì le risorse da destinare per la completa attuazione di quanto previsto dal citato Piano;

**VISTO** l'allegato 2 alla sopra citata Intesa recante “Il Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007”, nel quale:





- sono declinati gli ambiti di intervento del detto piano ovvero la prevenzione cardiovascolare, gli screening dei tumori, la prevenzione degli infortuni ed il piano delle vaccinazioni;
- sono individuati i compiti e le attività che dovrà svolgere il Centro Nazionale per la Prevenzione ed il controllo delle malattie (CCM) tra cui la traduzione delle linee generali di intervento individuate nel documento in linee operative;
- sono, altresì, precisate le risorse che le Regioni hanno accettato di destinare all'attivazione del citato Piano Nazionale della Prevenzione, ovvero € 240 milioni da vincolare sulla quota di riparto CIPE destinata agli obiettivi specifici di Piano Sanitario Nazionale – ai sensi del comma 34, art. 1 della legge n. 662/92 a cui sono aggiunti € 200 milioni attingendo la quota indistinta della delibera CIPE per ciascuno degli anni 2005, 2006 e 2007;

**RICHIAMATA** la comunicazione del 26.4.2005 del Direttore Generale della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute avente ad oggetto “Attuazione della legge n. 138/2004 (art.2-bis) sul miglioramento degli screening oncologici per il cancro della cervice uterina, del seno e del colon retto. Modalità di assegnazione delle risorse finanziarie alle Regioni e Province Autonome”;

**CONSIDERATO** che con nota dell'8.6.2005, prot. DGPREV/IX/13535/P/C 1.b.b, il Direttore Generale della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute ha comunicato agli Assessorati Regionali la programmazione degli interventi da realizzarsi per l'attuazione graduale del Piano Nazionale delle Prevenzione, così come scaturite dalle valutazioni del Comitato Scientifico e Tecnico del CCM, prevedendo in particolare che:

- gli interventi per migliorare l'offerta degli screening oncologici e delle vaccinazioni, per introdurre la carta del rischio cardiovascolare e le tecniche di gestione integrata (Disease management) del diabete dovrebbero aver inizio a partire dall'anno corrente. Per questo motivo i relativi piani dovrebbero essere presentati entro il 30 giugno 2005;
- mentre gli interventi relativi all'obesità, la prevenzione delle ricadute degli eventi cardiovascolari maggiori (prevenzione terziaria) e la sorveglianza e prevenzione degli incidenti, dovrebbero, invece, vedere avvio a partire dal 2006 ed i relativi piani potrebbero essere presentati entro il 31 dicembre 2005;

**CONSIDERATO** altresì che con la succitata nota della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Ministero della Salute dell'8.6.2005:

1. sono state trasmesse le linee operative per i 4 interventi da avviare quest'anno, ovvero:
  - prevenzione del rischio cardiovascolare;
  - prevenzione delle complicanze del diabete;
  - screening oncologici;
  - vaccinazioni;
2. è stato precisato contestualmente che le linee operative per gli interventi da avviare nel 2006 saranno fornite entro il 30 settembre 2005;





3. è stato altresì evidenziato che per quanto concerne gli screening e le vaccinazioni, la pianificazione regionale dovrà garantire il coinvolgimento, nel triennio, dell'intero territorio regionale. Mentre nel caso del rischio cardiovascolare e del diabete, ai sensi dell'Intesa, le Regioni, fermo restando il tendenziale coinvolgimento di tutto il territorio regionale, dovranno attuare almeno "progetti pilota" estesi cioè ad ambiti territoriali sub-regionali, ad esempio un'azienda sanitaria della Regione, nel primo anno, per procedere successivamente a coprire l'intero territorio, coerentemente ai relativi progetti nazionali;

**RILEVATO** che, come precisato nella nota dell'8.6.2005:

- "per quanto concerne gli screening oncologici, i progetti che saranno presentati in applicazione dell'art. 2-bis della legge n. 138/2004 saranno validi anche ai fini della citata Intesa del 23 marzo 2005. Bisognerà specificare la destinazione delle risorse finanziarie provenienti dalle due differenti fonti. In particolare, i finanziamenti della citata legge potrebbero essere destinati alle dotazioni infrastrutturali (coordinamento regionale, sistemi informativi, formazione, ecc....) mentre i fondi resi disponibili a seguito dell'Intesa del 23 marzo 2005 potrebbero essere destinati alle attività legate all'offerta dei test screening anche in considerazione del fatto che le risorse di cui alla citata intesa devono essere utilizzate per garantire i Livelli Essenziali di Assistenza, essendo parte del Fondo Sanitario";
- in particolare a pag. 3, "per il rischio cardiovascolare e il diabete, le Regioni possono partecipare alle iniziative direttamente progettate e coordinate dal CCM, utilizzando questa progettazione collegandola alle proprie realtà, ovvero continuare od avviare ex novo iniziative autonome che perseguano le medesime finalità ed obiettivi";

**RITENUTO** che quanto già previsto dalla Regione Lombardia nelle sopra citate dd.g.r. nn. VI/48301/2000 ("Indirizzi funzionali ed organizzativi per la prevenzione e la cura del diabete mellito") e VII/8678/2002 ("Definizione delle procedure per la gestione integrata del paziente diabetico") corrisponde sostanzialmente con le indicazioni fornite nel documento "Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007" del Ministero della Salute - CCM, con particolare riferimento sia al capitolo 3 ("Prevenzione delle complicanze del diabete") che all'allegato 2 ("Progetto Integrazione, Gestione e Assistenza del diabete [IGEA]"), in particolare per quanto riguarda il perseguimento delle finalità ed obiettivi;

**VALUTATA** pertanto, l'opportunità per la Regione Lombardia di continuare ad avviare ex novo iniziative autonome sul tema della prevenzione delle complicanze del diabete, in considerazione di quanto precisato dalla sopra citata nota dell'8.6.2005 ed in particolare laddove a pag. 3 prevede che: "Nel caso del rischio cardiovascolare e del diabete, ai sensi dell'Intesa, le Regioni, fermo restando il tendenziale coinvolgimento di tutto il territorio regionale, dovranno attuare almeno "progetti pilota" estesi cioè ad ambiti territoriali sub-regionali, ad esempio, almeno una Azienda Sanitaria della Regione, nel primo anno, per procedere successivamente a coprire l'intero territorio, coerentemente ai relativi progetti nazionali";

**VALUTATA** altresì la necessità di adeguare in termini operativi le iniziative regionali già





intraprese per la prevenzione delle complicanze del diabete al fine specifico di assecondare le indicazioni fornite nel documento allegato alla nota dell'8.6.2005, in particolare per quanto riguarda l'individuazione della/delle Azienda/e Sanitaria/e della Regione da interessare durante il primo anno di attività nonché delle modalità per procedere successivamente a coprire l'intero territorio, coerentemente ai relativi progetti nazionali, entro i termini di vigenza del Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007;

**RITENUTO** altresì che l'attuale formulazione dei documenti di riferimento citati non riporta una programmazione di dettaglio delle attività di prevenzione attiva delle complicanze del diabete e che tale dettaglio dovrà essere formulato con specifico riferimento alla situazione regionale;

**RITENUTO** pertanto di demandare al Direttore Generale della Direzione Generale Sanità di attivare tutte le competenze e di mettere in atto tutte le azioni necessarie al fine della predisposizione, entro il 30 settembre 2005, di un piano di dettaglio per le attività di prevenzione attiva delle complicanze del diabete secondo le indicazioni riportate nei documenti di riferimento citati;

**VISTI** i documenti elaborati dalla D.G. Sanità - allegati nn. 1, 2, 3a, 3b, 3c e 4 al presente provvedimento quali parti integrati e sostanziali - in ottemperanza agli accordi intercorsi con l'Intesa del 23 marzo 2005, secondo le indicazioni di cui alla comunicazione citata dell'8 giugno 2005 e sulla base delle linee operative elaborate dal CCM;

**CONSIDERATO** che gli allegati al presente provvedimento hanno per oggetto:

- Prevenzione del rischio cardiovascolare: diffusione della carta del rischio cardiovascolare in Regione Lombardia – Allegato 1: con d.g.r. 16/2/2005, n. VII/20592, recante "Patologie cardiocerebrovascolari: interventi di prevenzione, diagnosi e cura (a seguito parere della Commissione Consiliare competente)", la Regione Lombardia si è dotata di un documento programmatico che raccoglie, omogeneizza e sistematizza il patrimonio di conoscenze e professionalità in questo specifico settore così da individuare le linee e le modalità di intervento per rendere la prevenzione la diagnosi e la cura sempre più efficaci e tempestive; in particolare, nell'ambito delle azioni previste dal citato provvedimento per l'implementazione di strategie di prevenzione cardiovascolare primaria, è contemplata una maggiore utilizzazione del parametro di rischio cardiovascolare globale. Per raggiungere tale obiettivo è quindi necessario che il maggior numero di soggetti a rischio sia valutato tramite la somministrazione di una carta del rischio cardiovascolare costruita su una popolazione di riferimento con caratteristiche simili a quelle della popolazione lombarda;
- Prevenzione della complicanze del diabete – Allegato 2 recante gli elementi di massima che descrivono il Piano regionale di Prevenzione attiva delle complicanze del diabete;





- Screening – Allegati 3a 3b e 3c aventi ad oggetto i Progetti regionali di screening oncologici – screening cervicale, screening mammografico e screening colonrettale”;  
In relazione all’attività regionale inerente i citati screening oncologici, con d.g.r. VII/18346 del 23.7.2004 recante “Interventi in campo oncologico, in attuazione del PSSR 2002-2004” la Regione Lombardia, in attuazione del PSSR 2002–2004, ha approvato il cosiddetto “Piano Oncologico regionale - una rete per la vita”, avente i seguenti principali obiettivi: ridurre l’incidenza della patologia oncologica; aumentare la sopravvivenza dei malati e migliorare la loro qualità della vita; sviluppare la ricerca e l’innovazione tecnologica. Le azioni principali previste dal citato Piano, in materia di prevenzione attiva, sono: i programmi di educazione alla salute, sia per la popolazione in generale che particolarmente nelle scuole; l’eliminazione o la riduzione dei fattori di rischio (vedi l’educazione a non fumare); i programmi di prevenzione primaria e secondaria (screening da potenziare: mammella, colon-retto).
  - Screening cervicale - Allegato 3a
  - Screening mammografico – Allegato 3b
  - Screening del carcinoma colonrettale – Allegato 3c: con d.g.r. n. VII/20889 del 16.2.2005 “Interventi in campo oncologico: prima attuazione attivazione e finanziamento dei programmi di screening del colon-retto nelle ASL della regione Lombardia” sono stati assegnati all’ASL della Regione Lombardia risorse, per complessivi € 8.220.000,00, per il potenziamento degli screening del colon retto;
- Progetto Vaccinazioni – Allegato 4: come previsto dal Piano Nazionale Vaccini, la Regione Lombardia ha avviato già dal 2004 – con il rinnovo ed il potenziamento di una Commissione Regionale ad hoc - un percorso per la promozione delle vaccinazioni ed il miglioramento dell’offerta nei confronti di bambini ed adulti. In particolare sono perseguiti i seguenti obiettivi generali: adeguare politiche e strategie di carattere europeo e nazionale alla realtà territoriale ed organizzativa della nostra Regione, determinare il percorso di offerta delle vaccinazioni superando, dunque, la diversificazione tra vaccini obbligatori, raccomandati e facoltativi, standardizzare e migliorare la qualità dell’offerta vaccinale, definendo il percorso di accreditamento dei servizi vaccinali, comprensivo dei requisiti strutturali ed organizzativi, dei ruoli e responsabilità delle differenti figure professionali, degli indicatori di qualità;

**CONSIDERATO** altresì che gli interventi relativi alle tematiche da avviare entro l’anno in corso (prevenzione del rischio cardiovascolare, prevenzione delle complicanze del diabete, screening oncologici, vaccinazioni) così come sopra citati e descritti negli allegati 1, 2, 3a, 3b, 3c e 4 al presente provvedimento sono stati pianificati e programmati per il triennio 2005-2007, procedendo alla definizione delle risorse necessarie per l’annualità 2005, come segue:





**Fonti disponibili per la realizzazione del Piano Prevenzione attiva -  
Da Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, per singolo anno**

Risorse che Regione Lombardia deve vincolare sulle risorse per gli obiettivi PSN (importo per anno 2005-2007)	€ 38.419.811
Risorse che Regione Lombardia deve vincolare da quota indistinta delibera CIPE (importo per anno 2005-2007)	€ 32.016.514
<b>TOTALE</b>	<b>€ 70.436.325</b>

**Impieghi per interventi Prevenzione attiva da avviare entro il 2005 – Annualità 2005**

1) Prevenzione del rischio cardiovascolare	€ 15.000.000
2) Prevenzione delle complicanze del diabete	€ 5.000.000
3) Screening oncologici	€ 40.000.000
<i>di cui da finanziamenti ex l. 138/2004, art.2-bis *</i>	€ 3.000.000
<i>di cui da finanziamenti Intesa Stato- Regioni 23.3 2005</i>	€ 37.000.000
4) Vaccinazioni	€ 10.436.325
<b>TOTALE</b>	<b>€ 70.436.325</b>

\* Definito in via previsionale, atteso che non è intervenuto ancora il riparto.

**RITENUTO** opportuno rinviare la specifica determinazione delle risorse necessarie all'implementazione ed alla prosecuzione delle attività indicate negli allegati al provvedimento, per le annualità 2006 e 2007 a successivi provvedimenti;

**CONSIDERATO** che la citata comunicazione del 26.4.2005 del Direttore Generale della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute inerente l'attuazione della legge n. 138/2004 (art.2-bis):

- precisa che la sinergia tra le risorse della legge n. 138/2004 e quelle previste dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 "dovrà essere specificatamente evidenziata nella richiesta di approvazione dei progetti che le Regioni e le Province autonome dovranno presentare alla Direzione operativa del Centro Nazionale per la Prevenzione ed il controllo delle malattie (CCM), per accedere al finanziamento ex lege 138/2004";
- nell'Allegato alla medesima comunicazione, avente ad oggetto "Piano per lo screening del Cancro al seno, della Cervice Uterina e del Colon Retto", si precisa che per quanto concerne le risorse è presentata un'ipotesi di distribuzione delle risorse disponibili per l'anno 2004, rilevando di seguito che "le modalità di ripartizione della prima annualità sono diverse dalle modalità della seconda e terza annualità: la prima infatti mira all'attivazione dell'intervento, i successivi finanziamenti terranno conto dei risultati del primo anno;

**RITENUTO** pertanto di quantificare in via provvisoria e previsionale l'ammontare di € 3.000.000,00 per gli screening oncologici a valere sui finanziamenti previsti dall'art. 2-bis





dalla legge n. 138/2004, per l'annualità 2005, in attesa della definitiva determinazione dei fondi attribuiti a Regione Lombardia;

**EVIDENZIATO** che, in relazione al dettato dell'Intesa del 23 marzo 2005 e della successiva comunicazione dell'8.6.2005 della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Ministero della Salute, il piano relativo ai primi quattro interventi sopra citati, da avviare entro l'anno in corso, dovrà essere presentato entro il 30 giugno 2005, a seguito di approvazione con atto formale e presentato al Centro Nazionale per la Prevenzione ed il controllo delle malattie (CCM);

**RITENUTO** di dare mandato al Direttore Generale della D.G. Sanità di inviare al Centro Nazionale per la Prevenzione ed il controllo delle malattie (CCM), entro il 30.6.2005, il presente provvedimento corredato dal Piano Regionale della Prevenzione Attiva per la realizzazione degli interventi di prevenzione del rischio cardiovascolare, prevenzione delle complicanze del diabete, screening oncologici e vaccinazioni;

**RITENUTO** altresì opportuno rinviare ai contenuti dei citati allegati al presente provvedimento, le specifiche modalità di monitoraggio dei singoli interventi descritti;

**RICHIAMATO** il decreto del Direttore Generale della DG Sanità n. 6444 del 2.5.2005 recante "Delega di funzioni dell'Unità Organizzativa Programmazione della Direzione Generale Sanità alla D.ssa Loredana Luzzi";

**VAGLIATE** ed assunte come proprie tali considerazioni;

A voti unanimi espressi nelle forme di legge

### DELIBERA

Per le motivazioni indicate nelle premesse del presente provvedimento e che qui s'intendono integralmente riportate:

1. **di approvare** il Piano Regionale della Prevenzione Attiva 2005-2007 composto dai seguenti documenti allegati al presente provvedimento quali parti integranti e sostanziali, recanti:
  - *Prevenzione del rischio cardiovascolare: diffusione della carta del rischio cardiovascolare in Regione Lombardia – Allegato 1;*
  - *Prevenzione della complicanze del diabete – Allegato 2: come progetto di massima per un intervento di prevenzione delle complicanze del diabete;*
  - *Screening:*
    - *Screening cervicale - Allegato 3a;*
    - *Screening mammografico – Allegato 3b;*
    - *Screening del carcinoma colonrettale – Allegato 3c;*





• *Progetto Vaccinazioni – Allegato 4*

ai sensi dell'Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano sottoscritta il 23 marzo 2005 (Atti Rep. 2271);

2. **di dare atto** che gli interventi relativi alle tematiche da avviare entro l'anno in corso (prevenzione del rischio cardiovascolare, prevenzione delle complicanze del diabete, screening oncologici, vaccinazioni), così come descritti negli allegati al presente provvedimento, sono stati pianificati e programmati per il triennio 2005-2007, procedendo alla definizione delle risorse necessarie per l'annualità 2005, come segue:

<b>Fonti disponibili per la realizzazione del Piano Prevenzione attiva - Da Intesa Stato - Regioni del 23 marzo 2005, per singolo anno</b>	
Risorse che Regione Lombardia deve vincolare sulle risorse per gli obiettivi PSN (importo per anno 2005-2007)	€ 38.419.811
Risorse che Regione Lombardia deve vincolare da quota indistinta delibera CIPE (importo per anno 2005-2007)	€ 32.016.514
<b>TOTALE</b>	<b>€ 70.436.325</b>

<b>Impieghi per interventi Prevenzione attiva da avviare entro il 2005 – Annualità 2005</b>	
1) Prevenzione del rischio cardiovascolare	€ 15.000.000
2) Prevenzione delle complicanze del diabete	€ 5.000.000
3) Screening oncologici di cui	€ 40.000.000
<i>da finanziamenti ex l. 138/2004, art.2-bis *</i>	€ 3.000.000
<i>da finanziamenti Intesa Stato- Regioni 23 marzo 2005</i>	€ 37.000.000
4) Vaccinazioni	€ 10.436.325
<b>TOTALE</b>	<b>€ 70.436.325</b>

\* Definito in via previsionale, atteso che non è intervento ancora il riparto.

3. **di precisare** che è stato quantificato, in via provvisoria e revisionale, l'ammontare di € 3.000.000 per gli screening oncologici a valere sui finanziamenti previsti dall'art. 2-bis della legge n. 138/2004, per l'annualità 2005, in attesa della definitiva determinazione dei fondi attribuiti alla Regione Lombardia;
4. **di rinviare** la specifica determinazione delle risorse necessarie all'implementazione ed alla prosecuzione delle attività indicate negli allegati al provvedimento, per le annualità 2006 e 2007, a successivi provvedimenti;
5. **di dare mandato** al Direttore Generale della D.G. Sanità di:
- inviare al Centro Nazionale per la Prevenzione ed il controllo delle malattie (CCM), entro il 30.6.2005, il presente provvedimento corredato del Piano regionale della





---

Prevenzione Attiva per la realizzazione degli interventi di prevenzione del rischio cardiovascolare, prevenzione delle complicanze del diabete, screening oncologici e vaccinazioni;

- attivare tutte le competenze e di mettere in atto tutte le azioni necessarie al fine della predisposizione, entro il 30 settembre 2005, di un piano di dettaglio per le attività di prevenzione attiva delle complicanze del diabete secondo le indicazioni riportate nell'allegato 2.



IL SEGRETARIO

Maurizio Sala



27 GIU 2005

**PROGETTO REGIONALE DI SCREENING ONCOLOGICO:**

**PROGETTO DI ATTIVAZIONE DI UN PROGRAMMA DI SCREENING DEL CARCINOMA COLORETTALE MEDIANTE RICERCA DEL SANGUE OCCULTO FECALE**

Regione Lombardia ha pianificato le azioni di prevenzione oncologica secondaria, all' interno di una azione più complessiva di approccio alla patologia tumorale attraverso la emanazione dei seguenti atti:

**D.C.R. n.VI/1294 del 29 luglio 99** "Piano oncologico regionale per il triennio 1999-2001 ed istituzione dei Dipartimenti oncologici" che, nell' ambito della diagnosi precoce individua quali progetti prioritari lo screening per il carcinoma mammario, della cervice uterina e quello per i tumori intestinali;

**Decreto della D.G. Sanità n.H/26954 del 2 novembre 2000** "Linee guida generali per l'organizzazione di programmi di screening oncologico e per lo screening del carcinoma della cervice uterina" che costituiscono un importante supporto tecnico e organizzativo per le ASL che sul territorio in collaborazione con i Dipartimenti Oncologici, attuano le campagne di screening previste dal Piano Oncologico; delinea in particolare il ruolo dei diversi attori, demandando alla azienda sanitaria locale il governo del sistema a livello territoriale ed indica un approccio metodologico interdisciplinare. Regione Lombardia, tramite la Direzione Generale Sanità, svolge un ruolo di coordinamento di tutte le attività di screening e supporto alle ASL, fornendo le linee guida per l'attuazione delle diverse campagne di screening previste dal piano oncologico. Inoltre svolge un ruolo di raccolta e di analisi dei dati utili a valutazioni su base regionale;

**D.C.R. n. VII/462 del 13 marzo 02** "Piano Socio Sanitario regionale 2002 -2004" che nell' ambito della prevenzione, diagnosi e cura della patologia oncologica individua tra le azioni prioritarie in tema di prevenzione secondaria, il potenziamento delle strategie di reclutamento della popolazione target ( obiettivo 76. P2: + 10% dei soggetti reclutati);

**D.G.R. n. VII/18346 del 23 luglio 2004** "Interventi in campo oncologico, in attuazione del Pssr 2002-2004" che individua quale obiettivo della macroarea 3 "Programmi di prevenzione secondaria" l'aumento della sopravvivenza attraverso il potenziamento dei programmi di screening, vincolando a questo obiettivo il 30% delle risorse aggiuntive stimate per il triennio 2004 -2006.

Per quanto attiene specificatamente lo **SCREENING DEL CARCINOMA COLON RETTALE**, sono state inoltre emanati:

**Decreto della D.G. Sanità n. 25854 30 dicembre 2002** " Approvazione delle "Linee Guida per lo screening del Carcinoma del Colon-Retto" che inquadrano l'argomento dal punto di vista generale



fornendo alle ASL indirizzi per la definizione degli aspetti tecnici e suggerendo modalità applicative. Le Linee Guida pertanto assumono un valore generale di riferimento per rendere il più omogenei possibile programmi di screening nel rispetto delle peculiarità organizzative proprie.

**D.G.R. n. VII/18346 del 23 luglio 2004** “Interventi in campo oncologico, in attuazione del Pssr 2002-2004” che per lo screening del CCR individua le seguenti azioni prioritarie :

- 1) avviare i programmi di screening in tutte le ASL, privilegiando la chiamata diretta, e ricercando la collaborazione dei medici di medicina generale e delle farmacie.
- 2) rafforzare le azioni di promozione dell'informazione
- 3) assicurare alti livelli di qualità dei diversi programmi. La certezza dell'efficacia del programma è in stretta relazione con la qualità del programma stesso. Si rende pertanto necessario affrontare il problema della qualità dei centri che svolgono l'attività di screening definendo un programma di verifiche che si avvalga della collaborazione di quelle strutture che a tutt'oggi abbiano una consolidata esperienza in programmi di prevenzione secondaria in oncologia o intervengano nei programmi di screening in posizione di eccellenza.

**D.G.R. n. VII/20889 del 16.2.2005** “Interventi in campo oncologico: prima attuazione. attivazione e finanziamento dei programmi di screening del colon-retto nelle asl della regione lombardia” : con la quale la Direzione Generale Sanità, valutati i programmi presentati da ciascuna e ASL lombarda e considerata la necessità di finanziarli secondo criteri omogenei che assicurino un'adeguata copertura dei costi, attribuisce a ciascuna ASL che abbia presentato il relativo progetto un finanziamento per l'attuazione dello screening CCR, e definisce il valore massimo forfetario per ciascun soggetto screenato, stimato a livello regionale. Definisce altresì i tempi ed i modi di erogazione del finanziamento, vincolandolo sia ai livelli di copertura raggiunti che al riscontro del rispetto degli standard qualitativi. Definisce infine di monitorare l'attivazione e la qualità dei programmi di screening attraverso l'istituzione di un gruppo di lavoro appositamente individuato.

### **Background Epidemiologico**

Il carcinoma colon-rettale (CCR) è una delle neoplasie più frequenti per incidenza e mortalità nei paesi industrializzati.

In Italia sono 28.000 i nuovi casi diagnosticati ogni anno e 18.000 i morti per questa neoplasia.

La tabella 1 mostra i tassi di mortalità /10000ab. suddivisi per sesso in RL (fonte : Atlante di mortalità RL [www.sanita.regione.lombardia.it/publicazioni/Atlante/primapagina.htm](http://www.sanita.regione.lombardia.it/publicazioni/Atlante/primapagina.htm))

Al secondo posto per mortalità, dopo quello del polmone, ed in aumento in termini di incidenza, è, per entrambi i sessi, il tumore maligno del colon-retto, che si distribuisce quasi uniformemente tra maschi e femmine (3,61 nell'uomo e 3,46 nella donna).



Per questo tipo di neoplasia le medie italiane si avvicinano a quelle lombarde (rispettivamente 3,04 e 3,11).

**Tabella 1 - Mortalità per causa e sesso in Lombardia ed in Italia (tassi x 10.000)**

	LOMBARDIA		ITALIA	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne
T.M. colon, retto e dell'ano	3,61	3,46	3,04	3,11
Tutti i tumori	36,89	25,14	29,73	21,87

I tassi di incidenza/10000 ab. standardizzati sulla popolazione mondiale, suddivisi per sesso, riportati in tabella 2 si riferiscono al periodo 1978 – 1997 e sono stati di recente resi disponibili dal Registro tumori di Varese.

**Tabella 2: Regione Lombardia: incidenza /10000 ab. CCR**

Anni	78-82	83-87	88-92	93-97
Maschi	37	38,6	43,5	40,4
Femmine	26	25,1	26,9	25,6

Il trend mostra una lieve riduzione di casi in entrambi i sessi. Si è infatti passati dal 43,5 x 100.000 del periodo 88-92 al 40,4 del periodo 93-97 per i maschi e dal 26,9 al 25,6 per le femmine.

Il 90% dei casi diagnosticati su base clinica riguarda individui sopra i 55 anni, localizzati soprattutto nel sigma e nel retto. La sopravvivenza a cinque anni dipende dallo stadio alla diagnosi; infatti è del 90% quando la malattia è limitata alla parete intestinale, scende al 35-60% in caso di coinvolgimento dei linfonodi regionali ed è meno del 10% in soggetti con malattia metastatica.

L'andamento dei ricoveri in RL per CCR nel periodo 2000-2002 è descritto in tabella 3. E' evidente un trend in incremento sia per i ricoveri totali che per quelli chirurgici, con un picco che riguarda in particolare l'utilizzo dei day surgery.

**Tabella 3: Regione Lombardia: ricoveri, codici 153, 154 in diagnosi principale**

Anni	2000	2001	2002	Δ% (00/02)
Ricoveri tot. (o+dh)	10655	10752	11140	4.55%
Ric. chirurgici (o+dh)	6369	6593	6855	8.10%
Dh + Ds	1128	1084	1055	-6.47%
Day Surgery	16	38	57	256.25%



Il tasso standardizzato di ricovero, riferito al 2002, mostra una sostanziale omogeneità di distribuzione nelle diverse asl, con le eccezioni di Cremona e Lodi (fig. 1)

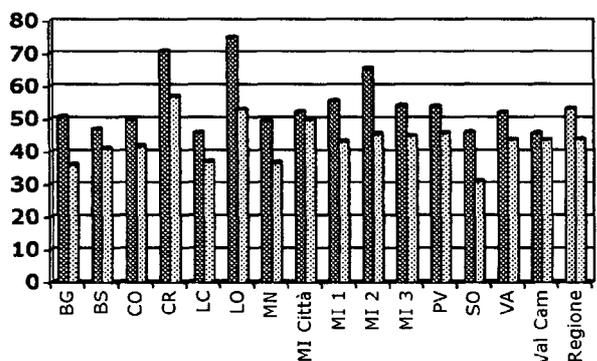


Fig. 1 : RL 2002; tassi standardizzati di ricovero x CCR per sesso e asl

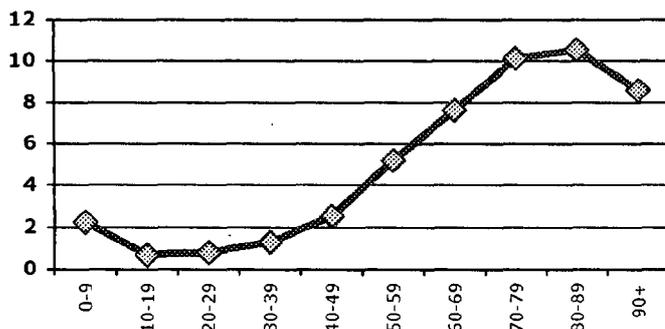


Fig. 2 : RL 2003; FBOT tassi specifici per età ( x100 sogg.)

I dati disponibili, relativi al 2003, in assenza di screening organizzato, mostrano livelli di copertura per l'FBOT nella popolazione oggetto dello screening che variano dal 6 al 10% (fig. 2).

### Esperienze Pilota

Il Piano Oncologico Regionale 1999-2001 (D.C.R. n.VI/1294 del 29 luglio 99) prevedeva la sperimentazione dello screening per il CCR.

Programmi pilota sono stati introdotti sperimentalmente nelle ASL della provincia di Pavia e successivamente nella ASL della provincia di Cremona. E' stata utilizzata la metodica della ricerca del sangue occulto nelle feci su soggetti residenti in età compresa tra i 50 ed i 69 anni. I risultati preliminari dei due programmi testimoniano la buona adesione agli inviti mediamente superiore al 50% presso la ASL di Pavia e del 40% presso quella di Cremona. La valutazione positiva di questa fase pilota è stata di stimolo per estendere lo screening, a partire dal 2005, a tutto il territorio regionale.

Per rendere omogenea sul territorio regionale l'azione di screening sono state predisposte apposite linee guida regionali. (Decreto della D.G. Sanità n. 25854 30 dicembre 2002)



Nella ASL della provincia di Pavia è stata effettuata anche un'esperienza pilota rivolta ai soggetti ad alto rischio (famigliari di 1° grado di soggetti ammalati di CCR), invitati direttamente ad effettuare la pancoloscopia. La percentuale di adesione è stata solo del 21%, contro l' 80% di adesione all'approfondimento tra coloro che una volta risultati positivi al test del sangue occulto eseguono poi la pancoloscopia.

Pertanto si evidenzia che, sulla base dell' esperienza effettuata, benché l' esecuzione della coloscopia abbia la capacità teorica di ridurre in modo sostanziale l'incidenza e la mortalità per CCR, il problema che si pone è quello della compliance da parte della popolazione generale, nonostante l'esenzione alla compartecipazione della spesa.

### **Caratteristiche generali del programma**

Si dettaglia di seguito l' assetto organizzativo e ruolo attribuito a ciascun attore in tema di organizzazione del programma di screening nel contesto regionale lombardo.( Decreto della D.G. Sanità n.H/26954 del 2 novembre 2000)

Le ASL e le strutture sanitarie accreditate concorrono secondo le competenze definite dalla Legge Regionale 31/97 alla programmazione e attuazione degli screening oncologici.

In particolare:

- **L'ASL**, a cui compete di garantire i livelli di assistenza definiti dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale, ha il compito di:
  - promuovere nell'ambito territoriale di competenza, coinvolgendo il Dipartimento Oncologico, il programma di screening coerentemente con il contesto locale in termini di domanda e di offerta delle prestazioni e con gli indirizzi previsti dalle linee guida regionali;
  - assicurare le risorse necessarie per la sua attuazione, definendo specifici accordi o contratti con le strutture erogatrici di prestazioni specialistiche;
  - assicurare (attraverso, di norma, il Dipartimento delle Cure Primarie) il coinvolgimento dei medici di medicina generale;
  - assicurare l'informazione e la sensibilizzazione della popolazione e il coinvolgimento delle associazioni di volontariato;
  - assicurare (attraverso, di norma, il Dipartimento di Prevenzione) la gestione e la valutazione dei programmi garantendo il sistema informativo e il coordinamento operativo dei professionisti e delle strutture coinvolte.
- Le **strutture sanitarie accreditate** che aderiscono ai programmi di screening garantiscono l'effettuazione dei test di screening e i successivi approfondimenti diagnostici. Nell'ambito delle strutture specialistiche i Dipartimenti Oncologici rappresentano la struttura di riferimento per la



collaborazione con l'ASL nell'attività di programmazione, indirizzo e valutazione dei programmi con particolare riferimento ai protocolli e alle procedure diagnostiche, ai requisiti tecnico professionali delle strutture e degli operatori coinvolti, ai percorsi diagnostico - terapeutici dei soggetti risultati positivi al test.

- Il **Medico di medicina generale** rappresenta nell'ambito dei programmi di screening la domanda di salute dei propri assistiti, garantendo il raccordo tra l'impostazione di comunità del programma e l'adesione e partecipazione dei singoli.

Il coinvolgimento di diverse aziende e professionisti richiede la messa a punto in ciascuna ASL, adattando le indicazioni regionali alle peculiarità di ciascun territorio, di linee guida locali condivise, di un programma che definisca i processi operativi (il ruolo delle diverse aziende e professionisti, risorse necessarie modalità di gestione, il monitoraggio e la valutazione) ed di un piano di attuazione che definisca azioni, responsabilità e tempi.

**Regione Lombardia**, tramite la **Direzione Generale Sanità**, svolge un ruolo di coordinamento dell'attività di screening, fornendo le linee guida per l'attuazione delle indagini nelle singole ASL e svolgendo un ruolo di supporto alle stesse. Inoltre la Regione svolge un ruolo di raccolta e di analisi di alcuni dati selezionati in modo da poter effettuare valutazioni su base regionale.

Ciò premesso, nella descrizione che segue si esplicitano le linee di indirizzo progettuali di cui si è dotata Regione Lombardia per la realizzazione dello screening per il CCR sul territorio regionale.

Ciascuna Azienda Sanitaria Locale, nel rispetto della propria autonomia aziendale, ha il compito di tradurre operativamente, nel territorio di competenza, le linee di indirizzo regionali, adattandole alle peculiarità locali.

Richiamate le esperienze pilota sopra descritte che hanno coinvolto due su 15 ASL Lombarde, si individua la seguente tempistica, per la messa a regime del programma di screening sul territorio regionale:

Anno	Obiettivo	Indicatore
2005	Preliminari ed avvio campagna in ciascuna Asl	Provvedimenti di approvazione
2006	Invito di almeno il 45% della popolazione target in ciascuna Asl	N° inviti/popolazione target
2007	Invito di almeno il 95% della popolazione target in ciascuna ASL	N° inviti/popolazione target



### Popolazione bersaglio

La popolazione bersaglio individuata è rappresentata dai soggetti, di entrambi sessi residenti nei Comuni di riferimento di ciascuna asl lombarda, di età compresa tra i 50 ed i 69 anni di età.

Nella tabella 4 è descritta la numerosità del target in Regione Lombardia, suddiviso per ASL di residenza.

**Tabella 4:2004 R.L; popolazione target per lo screening del CCR mediante FBOT, suddivisa per ASL e classe di età:**

ASL	Classi di età		
	50-59	60-69	totale
Bergamo	124200	106379	230579
Brescia	130233	113855	244088
Como	70772	63016	133788
Cremona	44634	42053	86687
Lecco	41125	36089	77214
Lodi	27099	24462	51561
Mantova	49028	46032	95060
Milano città	169163	175784	344947
Milano1	126543	107574	234117
Milano2	71626	60330	131956
Milano3	136861	125277	262138
Pavia	64637	65862	130499
Sondrio	22027	19948	41975
Varese	108318	98776	207094
Vallecamonica	12646	10891	23537
<b>Totale</b>	<b>1.198.912</b>	<b>1.096.328</b>	<b>2.295.240</b>

Ciascuna Asl definisce la propria popolazione target, sulla base delle informazioni desunte dal link tra anagrafe comunale/assititi; nella fase di invito è necessario tenere conto dei motivi di esclusione, permanenti e temporanei, per motivi anagrafici o per patologia, ciò al fine di stimare un tasso di adesione più preciso, di effettuare una migliore valutazione del programma.

### Software e valutazione

Fermo restando che ciascuna ASL ha facoltà di utilizzare lo strumento informatico che meglio si adatta alle proprie esigenze, è indispensabile lo sviluppo in ciascuna realtà di un sistema



informativo che localmente faciliti la gestione e consenta la valutazione territoriale del processo e contribuisca alla costituzione del database regionale.

A livello di **ASL** il sistema informativo deve consentire:

- disponibilità della lista della popolazione eleggibile, aggiornata periodicamente;
- identificazione univoca di ciascun soggetto
- eleggibilità o meno con relative esclusioni
- gestione degli inviti agli utenti e relativo esito
- gestione del sollecito
- risultato del test di screening
- risultato dell'approfondimento

Di seguito si riportano i campi utili per la definizione della procedura informatizzata.

- **Anagrafica** :nome e cognome; codice fiscale; data/comune nascita; sesso; comune residenza;
- **Invito**: data invito, presenza invito
- **Test di screening**: data esito; presenza esito , esito test di screening
- **Approfondimenti diagnostici**: data colonscopia, esito colonscopia,estensione esame coloscopico, qualità esame endoscopico, biopsia, polipectomia, complicanze,esito approfondimento
- **Polipi**: numero,localizzazione,diametro endoscopico;tipo istologico ,trattamento.
- **Cancro**: localizzazione,tipo istologico,trattamento, stadiazione

Ciò costituisce l'ossatura del tracciato record in via di definizione, finalizzato a produrre in ciascuna realtà territoriale dati omogenei ,confrontabili e linkabile con altri flussi informativi già attivi come, ad esempio, quello relativo alle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Il livello regionale procede ad una integrazione dei dati provenienti dai vari programmi di screening, attraverso una rendicontazione almeno annuale per definire il quadro regionale complessivo.

E' evidente che il livello di completezza indicato richiederà del tempo per essere messo a regime.

I dati devono essere inviati alla D.G. Sanità con cadenza annuale: la Regione Lombardia con la stessa cadenza temporale provvederà all'elaborazione complessiva dei dati pervenuti per effettuare una valutazione del programma di screening a livello regionale.

### **Campagna informativa**

Ciascuna ASL, nel rispetto delle caratteristiche locali, provvede a pianificare la campagna informativa, individuando messaggi, target e strumenti nel rispetto delle indicazioni sottoriportate



Di massima i messaggi chiari, sintetici e con linguaggio semplice, finalizzati a consentire una scelta consapevole di partecipazione all'utente devono fornire informazioni sulla malattia, sulle diverse possibilità di cura, sull'utilità della diagnosi precoce, dove e quando e con quali modalità verrà effettuato lo screening, la gratuita, i limiti e i rischi dello stesso. E' raccomandata la individuazione di un logo che caratterizzi la campagna di screening. E' consigliabile mettere a disposizione dell'utente numeri telefonici dedicati (es. numero verde). E' opportuno assicurare, nell'ambito dell'informazione, che il programma preveda la massima riservatezza nei confronti dell'utente. Materiale illustrativo preparato ad hoc (pieghevoli, manifesti, locandine) può essere distribuito nelle sedi dei quartieri cittadini, negli ambulatori medici e specialistici, negli ospedali, nelle farmacie, nei distretti sanitari, negli uffici pubblici e, possibilmente anche nelle imprese private se la popolazione target fa parte della forza lavoro. Il coinvolgimento dei media locali è utile, sia nella fase di avvio dello screening sia successivamente, a scopo di rinforzo. La collaborazione con associazioni di volontariato può incentivare la partecipazione. L'invito alla partecipazione allo screening deve essere personalizzato, a firma preferibilmente del medico di famiglia e ripetuto, in caso di non rispondenza, mediante sollecito. La partecipazione allo screening e la soddisfazione dell'utente vanno attentamente valutate in relazione alle diverse modalità organizzative dello screening e alla tipologia della popolazione bersaglio coinvolta nel programma.

### **Modalità di invito**

Si raccomanda a ciascun programma la cura delle istruzioni operative riguardanti: la gestione degli inviti, i solleciti, i richiami per approfondimenti, l'inoltro dei referti.

La lettera di invito, da recapitare presso il domicilio, deve contenere precise e sintetiche informazioni su: emittente; obiettivi del programma; caratteristiche dell'esame; cadenza periodica e necessità di un adeguamento ai tempi dei successivi controlli; modalità di fruizione (gratuità, come ottenere chiarimenti); garanzia della riservatezza. Per i soggetti non rispondenti al primo invito deve essere predisposta una seconda lettera di invito con allegato materiale informativo. E' auspicabile ricercare la collaborazione attiva dei medici di medicina generale.

### **Test di screening**

In generale la ricerca del sangue occulto fecale deve essere condotta con test di provata affidabilità, validati in modo specifico nell'ambito di programmi di screening, che consentano la parziale o totale automazione della procedura.

Le esperienze pilota svolte nelle Asl di Pavia e Cremona hanno utilizzato test immunologici, con campionamento unico, e cut off di lettura fissato a  $> 100\text{ng/ml}$ .



Ciascuna ASL, nel protocollo locale deve valutare e circostanziare le modalità di:

- distribuzione agli assistiti del kit per la ricerca del sangue occulto, che potrà di massima avvenire secondo le seguenti modalità: a cura del Medico di Medicina Generale o direttamente con invio postale in apposite buste assieme all'invito per partecipare allo screening oppure con la collaborazione delle farmacie.
- informazione accurate sulla modalità di raccolta del campione e sulla modalità di conservazione;
- indicazione all'assistito sui punti di consegna dei test;( direttamente presso i laboratori analisi; farmacie; sedi dei Comuni;altro).

### **Consegna dei referti negativi**

Possono essere previste diverse modalità tra cui : invio per posta entro tre settimane dalla effettuazione del test; presso l'ambulatorio del Medico di Medicina Generale; altro.

### **Consegna dei referti positivi**

In caso di esito non negativo del test il soggetto è informato telefonicamente, da personale addestrato, entro pochi giorni dalla data di effettuazione del test. Al momento della comunicazione l'operatore deve offrire un appuntamento per l'esecuzione della colonscopia o altro esame di secondo livello definito dal protocollo. In caso di irreperibilità telefonica la comunicazione avverrà per posta con procedura celere e raccomandata; nella lettera saranno indicati gli estremi di un appuntamento fissato per gli accertamenti di secondo livello. In ogni caso devono essere ricercate le modalità di contatto attivo con i soggetti risultati non negativi.

### **Approfondimenti diagnostici**

Sono richiamati per eseguire la colonscopia tutti i soggetti risultati non negativi al test per la ricerca del sangue occulto. Di norma tali accertamenti sono condotti dai centri endoscopici individuati dal programma di screening. Se impossibile l'esecuzione della pancolonscopia (fino al fondo cecale) gli ulteriori approfondimenti **nei soggetti positivi** sono la colonscopia sx sinistra insieme al clisma opaco con doppio mezzo di contrasto. L'esito degli accertamenti di secondo livello è comunicato personalmente dal medico che ha eseguito l'esame a conclusione delle procedure diagnostiche, compreso l'esito dell'eventuale

indagine istologica. Nel corso dell'incontro è consegnata all'utente una relazione con tutti i referti associati agli accertamenti diagnostici effettuati ed un giudizio diagnostico conclusivo con le eventuali proposte terapeutiche ed eventuale ulteriore follow up.



### **Formazione del personale**

E' prevista entro quest'anno la effettuazione di un corso di formazione regionale destinato al personale territoriale coinvolto.

### **Controllo qualità e monitoraggio**

Come previsto dal DECRETO DGSAN N. 25854 30 dicembre 2002 " Approvazione delle "Linee Guida per lo screening del Carcinoma del Colon-Retto.

### **Tempi di realizzazione ed investimento previsto:**

Durata Triennale 2005-2007

Per l'annualità 2005 (fase di avvio) sono stati stanziati con la d.g.r.VII/20889 del 16.2.2005 € 8.220.000, di cui € 1.000.000 a valere sulla legge 138/2004 (art.2-bis).

