

.REGIONE LIGURIA	
Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018	
SCHEDA 6	
I. Programma "Prevenzione e promozione di corretti stili di vita"	
C) Adulti	
MO1	Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT

Obiettivi e codici indicatori centrali	Obiettivi regionali
Aumentare l'estensione reale dei programmi di screening alla popolazione target (per ognuno dei 3 tumori oggetto di screening) (1.12.1)	1. Consolidare l'estensione degli inviti al 100% delle tre popolazioni bersaglio migliorando i modelli informativi con il coinvolgimento delle strutture del territorio per favorire l'adesione ai programmi 2. Migliorare l'adesione all'invito a partecipare ai tre programmi di screening 3. Ridurre la quota di soggetti che, invitati dallo screening, scelgono di effettuare gli esami in setting clinico.
Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico (1.13.1)	

Analisi di contesto

L'organizzazione regionale prevede che le cinque AASSLL regionali si facciano carico dei programmi di screening per il proprio territorio con un coordinamento centrale delle attività.

L'analisi di contesto è stata condotta valutando l'attività di un passaggio di screening completo utilizzando i dati inviati annualmente all'ONS. Si ritiene rappresentativa della situazione regionale per i periodi in esame l'estensione grezza degli inviti in quanto le modalità di esclusione pre-invito, a seguito della forte eterogeneità osservata nei cinque programmi regionali, sono state codificate solo a metà 2014; per l'adesione sono stati considerati sia il dato grezzo sia il dato corretto.

Screening mammografico: per il periodo 2012-2013, l'invito è stato esteso al 88% della popolazione bersaglio: il risultato è superiore alla media nazionale riportata dall'ONS (73%) e le due AASSLL che nel 2013 presentavano una situazione critica con un'estensione degli inviti $\leq 60\%$, a seguito di riorganizzazione delle modalità operative aziendali, hanno incrementato in maniera significativa il numero annuo di inviti.

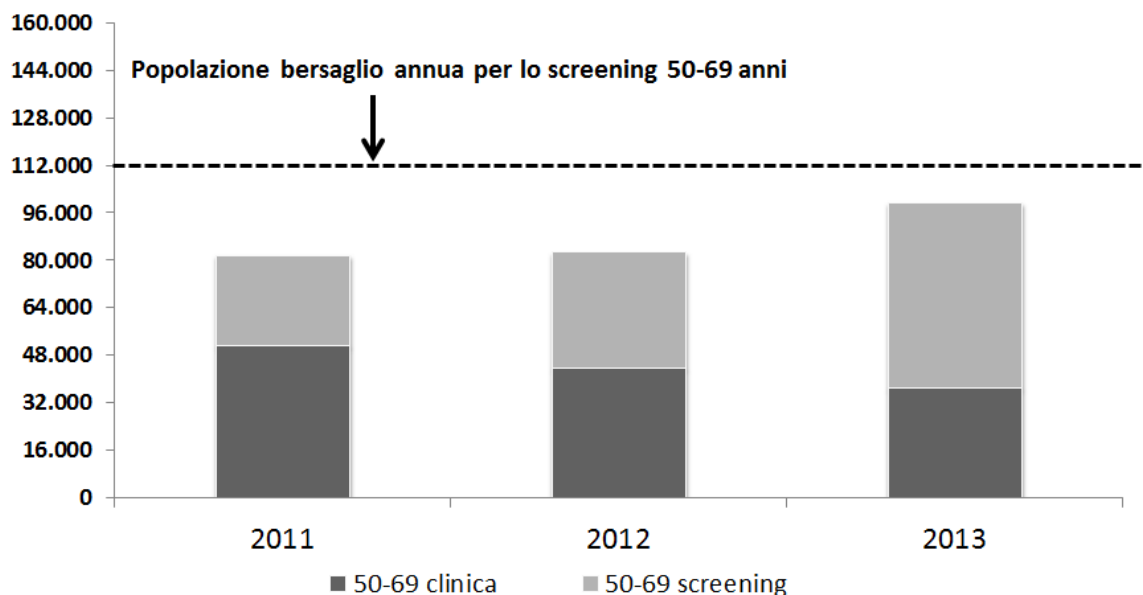
In tabella 1 sono riportate l'estensione grezza l'adesione grezza e corretta all'invito. Nelle AASSLL si osservano dati abbastanza eterogenei soprattutto per quanto riguarda l'adesione grezza: quest'osservazione è indicazione indiretta del permanere di un'elevata quota di attività spontanea particolarmente marcata in una ASL.

Tabella 1. Estensione degli inviti in relazione alla popolazione bersaglio (donne 50-69 anni) ed adesione per ASL per l'anno 2013

	Asl 1	Asl 2	Asl 3	Asl 4	Asl 5	Liguria
Popolazione target	15.096	19.820	50.970	20.558	14.762	121.206
Estensione grezza	91%	100%	100%	60%	83%	90%
Adesione grezza	33.2%	64.8%	42.2%	68.3%	43.4%	46.9%
Adesione corretta	61.9%	71.3%	50.1%	78.0%	55.5%	57.6%

Nella fascia d'età 50-69 anni, il numero complessivo di mammografie eseguite in Liguria è salito da 81.444 nel 2011 a 99.099 nel 2013 con un sostanziale incremento dell'attività di screening organizzato e un contestuale decremento dell'attività eseguita su richiesta spontanea: nel 2013 il 63% delle mammografie sono state eseguite in regime di screening (Figura 1). I dati sono tratti dal DWH regionale (prestazioni specialistiche) e dalle schede di rilevazione ONS per il triennio.

Figura 1. Numero di mammografie eseguite in un triennio nel SSR ligure in relazione al setting



Screening del carcinoma coloretta mediante test per la ricerca del sangue occulto fecale (SOF): nel biennio 2012-2013 l'estensione degli inviti era superiore alla media nazionale rilevata dall'ONS (57%) ma anche in questo caso si è osservata una disomogeneità marcata tra le AASSLL (tabella 2). La bassa estensione degli inviti rilevata in due AASSLL è stata determinata dalla impossibilità a garantire in tempi accettabili l'esame endoscopico ai casi con SOF positivo.

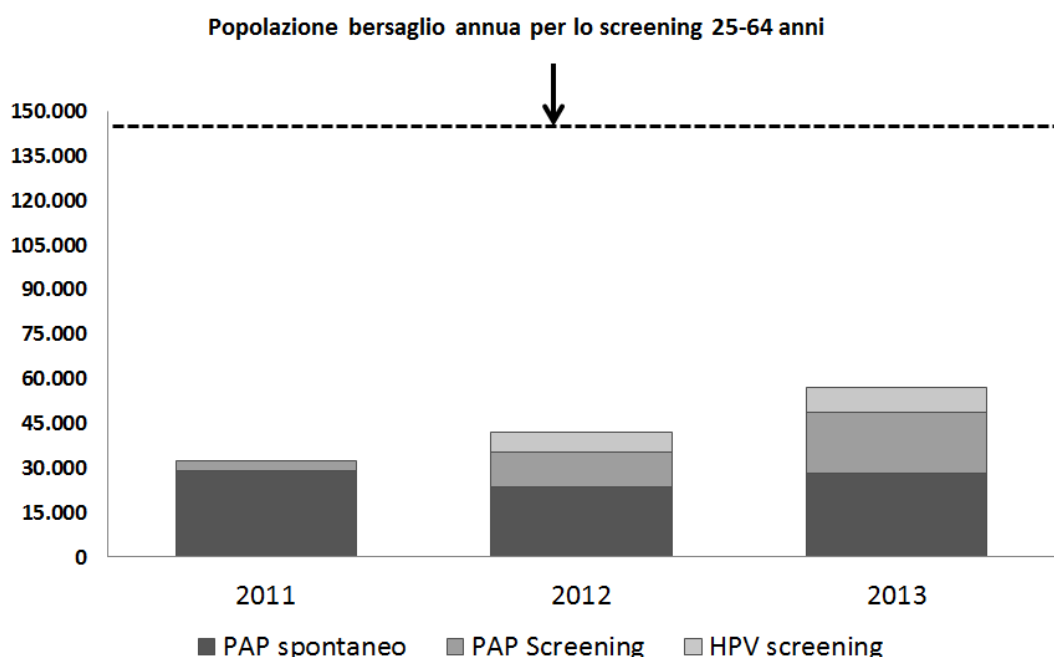
Anche l'adesione all'invito è abbastanza eterogenea ma, diversamente da quanto osservato per lo screening mammografico, adesione grezza e corretta sono praticamente sovrapponibili ad indicare che il tasso di esami su base spontanea è trascurabile.

Tabella 2. Estensione degli inviti in relazione alla popolazione bersaglio (uomini e donne 50-69 anni) ed adesione per ASL per l'anno 2013

	Asl 1	Asl 2	Asl 3	Asl 4	Asl 5	Liguria
Popolazione target	30.681	37.450	101.910	20.323	28.353	218.717
Estensione grezza	90.5%	29.0%	128.0%	95.0%	87%	90.0%
Adesione grezza	37.8%	44.8%	27.6%	43.0%	20.7%	30.3%
Adesione corretta	47.2%	46.0%	27.9%	43.8%	20.7%	31.4%

Screening del cervico-carcinoma. Nel triennio 2011-2013, l'estensione regionale degli inviti si è attestata al 38% e, quindi, ben lontana dalla media nazionale riportata dall'ONS nel 2012 (77%). Nel 2013 due AASSLL avevano attivo un programma di inviti con PAP test mentre nella ASL2 dal 2012 era attivo un progetto di fattibilità con l'impiego del test HPV-DNA primario per le donne di età compresa tra 30 e 64 anni con periodicità quinquennale. In quest'area il 44% di estensione degli inviti riflette il passaggio dell'intervallo tra due test da tre a cinque anni (come indicato nel report HTA dell'ONS) e quindi con la necessità di mantenere costante nel tempo il carico lavorativo; inoltre non è ancora stato attivato l'invito ad effettuare PAP test per le donne di età 25-29 anni. Nel corso del 2014 le due restanti ASL hanno attivato un programma di screening con PAP test. Il ritardo nell'estensione del programma all'intera popolazione è motivato principalmente dalla carenza di risorse per la preparazione e lettura dei PAP test. In figura 3 il numero di PAP test e HPV test eseguiti nei trienni o 2011-2013 in relazione al setting.

Figura 3. Numero di pap test e HPV test eseguiti in un triennio nel SSR ligure in relazione al setting



L'andamento mostra parallelamente all'attivazione di programmi organizzati nelle AASSLL un irrilevante decremento dell'attività su base spontanea. Ciò sta ad indicare che l'attività di screening organizzato ha attratto prevalentemente donne che effettuavano il test in ambito sanitario privato o che non lo effettuavano e non quelle che già usufruivano della prestazione presso strutture del SSR.

L'adesione all'invito ad effettuare PAP test è inaccettabilmente bassa (16% in ASL1 e 12% in ASL3). Il progetto pilota con HPV-DNA test in corso in ASL2, in assenza di sollecito delle non aderenti, ha avuto un tasso di adesione costantemente prossimo al 50%. Nella stessa area, nel periodo 2011-2013 i PAP test su base spontanea processati presso l'UO di Anatomia Patologica sono diminuiti del 60% (da 5.723 a 2.322).

A seguito della deliberazione regionale del 2015 è prevista, a partire dal 2016, per le donne di età 30-64 anni, la graduale conversione dello screening con PAP test allo screening con HPV-DNA test primario.

Interventi programmati

Il principale vincolo, dichiarato dalle AASSLL titolari dell'attività di screening, all'estensione dell'invito all'intera popolazione bersaglio a partecipare ai tre programmi è rappresentato da una insufficiente disponibilità di risorse (principalmente umane) per svolgere le attività di primo e/o secondo livello. In prima istanza è indispensabile mettere in atto interventi volti a recuperare risorse umane impiegabili per le prestazioni di screening e questo obiettivo può, in parte, essere raggiunto migliorando l'appropriatezza delle prestazioni che ad oggi vengono effettuate dal SSR. Gli interventi saranno necessariamente diversi per i tre screening. In seconda istanza si valuterà la possibilità di acquisire prestazioni dalle Aziende Ospedale ed IRCCS al momento non impegnate nell'attività di screening regionale.

A livello regionale, con la collaborazione delle Aziende impegnate nei programmi di screening, sarà messo a punto un piano di informazione e comunicazione per favorire la disincentivazione dello screening spontaneo.

Intervento 1

Screening mammografico: attuazione di modelli per disincentivare l'attività di prevenzione secondaria spontanea al momento effettuata con modalità di tipo clinico (visita clinica, mammografia e, per una percentuale elevata di casi, ecotomografia mammaria) per liberare risorse da destinare allo screening organizzato. Come verifica dell'efficacia dell'intervento si utilizzerà il risultato dell'incrocio tra adesione allo screening e liste del Centro Unico di Prenotazioni per verificare quante donne che aderiscono allo screening eseguono spontaneamente mammografia ad un anno da quella negativa eseguita in screening. Questo consentirà inoltre di evitare che chi partecipa al programma di screening possa effettuare la mammografia intermedia usufruendo dell'esenzione in accordo con la legge finanziaria 2001 art.85.

Intervento 2

Screening per il tumore della cervice uterina: disincentivazione del PAP test spontaneo ad intervalli ravvicinati attraverso la collaborazione dei medici prescrittori e informazione dell'utenza sull'opportunità di eseguire il test ad intervalli più lunghi ma in un regime sottoposto a controlli di qualità. L'estensione del programma organizzato con HPV-DNA test potrebbe contribuire a ridurre l'entità del problema in quanto l'attività di refertazione citologica sarà limitata ai casi HPV-DNA positivi e sarà concentrata in un'unica UO di anatomia patologica che gestisce anche l'attività di laboratorio relativa al test HPV-DNA.

Intervento 3

Screening del carcinoma coloretale mediante SOF. L'unico vincolo rilevato all'estensione degli inviti è costituito dalla impossibilità di garantire in tempi accettabili l'esecuzione degli esami endoscopici di approfondimento diagnostico nei casi con SOF positivo.

In prima istanza, si costituirà un tavolo di lavoro con la rete gastroenterologica regionale e si proporrà una valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni erogate tramite un sistema di monitoraggio soprattutto per quanto riguarda le endoscopie effettuate per sorveglianza a seguito di trattamento di adenoma e carcinoma coloretale per verificare la possibilità di riconvertire prestazioni.

Intervento 4

Facilitare l'uniformità dell'informazione alla popolazione bersaglio attraverso:

- a) la condivisione di un prototipo per le lettere di invito e di sollecito ai non rispondenti per i tre programmi di screening da utilizzare in tutte le AASSLL liguri che tenga conto di specifiche modalità operative introdotte localmente.
- b) la predisposizione di una campagna informativa della popolazione mediante brochure, locandine, depliant uniformi e omogenei per tutto il territorio ligure.

Intervento 5

Introdurre di routine la lettera di sollecito per i non rispondenti ad un intervallo di tempo dal primo invito non superiore a 6 mesi.

Intervento 6

Introdurre, in via sperimentale, per le donne asintomatiche che chiedono spontaneamente mammografia le modalità operative dello screening (solo esame mammografico e doppia lettura in cieco della mammografia, ecotomografia solo in presenza di indicazioni dalla mammografia).

Attori (A) e Beneficiari (B)

A:

- Gruppo Tecnico Regionale (GTR): La giunta regionale ligure in data 20/03/2015 ha approvato la deliberazione n. 354 ad oggetto: "Procedure per l'organizzazione e la qualificazione dei programmi di screening oncologici (carcinoma della mammella, della cervice uterina e del colon retto) nella Regione Liguria. Costituzione gruppo tecnico regionale".
Il GTR ha compiti decisionali di tipo strategico ed ha il mandato di redigere le procedure per l'organizzazione e la qualificazione dei programmi di screening oncologici e relativi protocolli diagnostico-terapeutici in Liguria e di monitorare i programmi in atto.
- Gruppi di lavoro regionali specifici per patologia costituiti da tecnici delle diverse branche specialistiche impegnate nei tre programmi di screening nelle 5 AASSLL territoriali
- Personale sanitario dei servizi territoriali e ospedalieri impegnati nell'attività di primo e secondo livello dello screening e nel trattamento dei casi *screen detected* nelle 5 AASSLL territoriali e nell'Azienda Ospedale e IRCCS regionali
- Medici di Medicina Generale

B:

- Screening mammografico: donne residenti nelle 5 AASSLL liguri di età compresa tra 50 e 69 anni
- Screening per il tumore coloretale mediante SOF: uomini e donne residenti nelle 5 AASSLL liguri di età compresa tra 50 e 69 anni
- Screening per il tumore della cervice uterina: donne residenti nelle 5 AASSLL liguri a) età compresa tra 25 e 29 anni: offerta di pap test ad intervallo triennale; b) età compresa tra 30 e 64 anni: progressiva implementazione dell'offerta di test HPV-DNA primario ad intervallo quinquennale

Coinvolgimento portatori di interesse:

Organi decisionali regionali e aziendali, società scientifiche, rappresentanti dei cittadini e associazioni che operano nel settore del volontariato.

Setting

Comunità, gruppi di lavoro dei programmi di screening aziendali, strutture assistenziali.

Obiettivi perseguiti di salute

Offrire all'intera popolazione bersaglio dei tre screening oncologici la possibilità di partecipare a programmi che prevedono interventi basati sull'evidenza scientifica, validati e monitorati attraverso la rilevazione di indicatori in tutte le fasi del percorso (organizzazione, esecuzione dei test, approfondimenti diagnostici ed esito).

Aumentare la percentuale di soggetti della popolazione bersaglio dei tre screening oncologici che partecipano a programmi che prevedono interventi basati sull'evidenza scientifica, validati e

monitorati attraverso la rilevazione di indicatori in tutte le fasi del percorso (organizzazione, esecuzione dei test, approfondimenti diagnostici ed esito).

Diminuire la percentuale di donne asintomatiche nella fascia d'età bersaglio dello screening mammografico e del PAP test che eseguono spontaneamente i test in un contesto clinico che non è soggetto a monitoraggio e a controlli di qualità e che non offre l'opportunità di un "accompagnamento" in un eventuale percorso diagnostico e terapeutico.

trasversalità, intersettorialità, multisettorialità

n.a.

misure per le diseguaglianze:

Individuare univocamente la popolazione eleggibile per i tre screening esplicitando i criteri di esclusione per le tre popolazioni bersaglio e garantire l'equa distribuzione territoriale degli inviti nella fase di implementazione per raggiungere il 100% della popolazione.

Valutare l'adesione all'invito sulla base della residenza utilizzata come indicatore indiretto dello stato socioeconomico e valutare l'introduzione di correttivi sulle modalità di informazione ed invito.

(Indicatori sentinella evidenziati)

Indicatori	Fonte di verifica	Valore baseline regionale	ANNO 2016		ANNO 2017		ANNO 2018	
			Valore atteso	Osservato	Valore atteso	Osservato	Valore atteso	Osservato
Estensione dell'invito ad effettuare la mammografia di screening indicatore centrale (1.12.1)	Attività di verifica del GTR* Monitoraggio del progetto MeS (S. Anna di Pisa) Rilevazioni annuali dell'ONS	88%	100%		100%		100%	
Estensione dell'invito ad effettuare il SOF per lo screening del cancro coloretale indicatore centrale (1.12.1)	Attività di verifica del GTR* Monitoraggio del progetto MeS (S. Anna di Pisa) Rilevazioni annuali dell'ONS	70%	80%		100%		100%	
Estensione dell'invito ad effettuare il PAP test per lo screening del cancro della cervice uterina nelle donne di età 30-64 anni indicatore centrale (1.12.1)	Attività di verifica del GTR* Monitoraggio del progetto MeS (S. Anna di Pisa) Rilevazioni annuali dell'ONS	38%	40%		30%		10%	
Estensione dell'invito ad effettuare il PAP test per lo screening del cancro della cervice uterina nelle donne di età 25-29 anni indicatore centrale (1.12.1)	Attività di verifica del GTR* Monitoraggio del progetto MeS (S. Anna di Pisa) Rilevazioni annuali dell'ONS	40%	80%		100%		100%	
Adozione del prototipo condiviso per le lettere di invito e di sollecito a non rispondenti indicatore regionale	Attività di verifica del GTR*	n.a.	100%		100%		100%	

Indicatori	Fonte di verifica	Valore baseline regionale	ANNO 2016		ANNO 2017		ANNO 2018	
			Valore atteso	Osservato	Valore atteso	Osservato	Valore atteso	Osservato
Introduzione del sollecito a non rispondenti all'invito indicatore regionale	Attività di verifica del GTR*	n.d.	≥70%		≥80%		100%	
Proporzione di donne che aderiscono all'invito per lo screening mammografico indicatore sentinella	Attività di verifica del GTR*; Monitoraggio del progetto MeS (S. Anna, Pisa) Rilevazioni annuali dell'ONS	47%	≥50%		≥55%		≥61%	
Proporzione di persone che aderiscono all'invito per lo screening per il cancro coloretale mediante SOF indicatore sentinella	Attività di verifica del GTR* Monitoraggio del progetto MeS (S. Anna, Pisa) Rilevazioni annuali dell'ONS	27%	≥30%		≥35%		≥46%	
Proporzione di donne che aderiscono all'invito per lo screening cervico-vaginale mediante PAP test indicatore sentinella	Attività di verifica del GTR* Monitoraggio del progetto MeS (S. Anna, Pisa) Rilevazioni annuali dell'ONS	19%	≥25%		≥35%		≥49%	

Cronoprogramma delle attività:

Azioni	2015												2016											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
(1)	//	//	//	//	//	//																		
(2)	//	//	//	//	//	//																		
(3)	//	//	//	//	//	//																		
(4)	//	//	//	//	//	//																		
(5)	//	//	//	//	//	//																		
(6)	//	//	//	//	//	//																		
(7)	//	//	//	//	//	//																		
(8)	//	//	//	//	//	//																		
(9)	//	//	//	//	//	//																		

Azioni	2017												2018											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
(1)																								
(2)																								
(3)																								
(4)																								
(5)																								
(6)																								
(7)																								
(8)																								
(9)																								

Legenda:

- (1) Tavolo di lavoro con la rete gastroenterologica regionale
- (2) Monitoraggio per la valutazione della appropriatezza dei follow up endoscopici
- (3) Progressiva estensione degli inviti all'intera popolazione bersaglio dei tre screening
- (4) Introduzione del sollecito a non rispondenti
- (5) Elaborazione del prototipo condiviso per le lettere di invito
- (6) Predisposizione di una campagna informativa della popolazione
- (7) Attuazione della campagna informativa della popolazione
- (8) Accordo con i MMG
- (9) Per le richieste spontanee di mammografia introdurre modalità operative dello screening