

2.5 Screening oncologici

2.5.1 Il contesto regionale

Epidemiologia dei Tumori nella Regione Veneto

Il Registro Tumori del Veneto (RTV), istituito nel 1989, si riferisce ad oltre la metà (2.772.000 residenti) della popolazione regionale. Accanto alle normali funzioni richieste ad un registro accreditato a livello nazionale e internazionale, il RTV contribuisce con elementi essenziali alla valutazione degli screening oncologici.

Carcinoma della Cervice Uterina

I dati più recenti del RTV riportano un'incidenza di 7.5, mortalità 0.93, sopravvivenza a 5 anni 72.4 %.

Si stima, sulla base dei dati del RTV, che nel 2003 in Veneto i nuovi casi di tumore invasivo del collo dell'utero siano stati circa 140. I decessi per tale causa nel 2001 sono stati 19 (ISTAT).

Carcinoma della Mammella

I dati più recenti del RTV riportano un'incidenza di 157.0, mortalità 39.4, sopravvivenza a 5 anni 83 %.

Si stima, sulla base dei dati del RTV, che nel 2003 in Veneto i nuovi casi di tumore della mammella siano stati più di 3.500, pari al 28% di tutte le neoplasie nelle donne. Nel 2001 si sono verificati 944 decessi per tumore della mammella (ISTAT), il 17.5% dei decessi per tumore nel sesso femminile.

Carcinoma del Colon Retto

I dati più recenti del RTV riportano un'incidenza di 80.1 nei maschi e 64.6 nelle femmine, mortalità 33.8 nei maschi e 26.0 nelle femmine, sopravvivenza a 5 anni 57.7 % nei maschi e 58.7 % nelle femmine.

Si stima, sulla base dei dati del RTV, che nel 2004 in Veneto ci siano stati 1800 casi incidenti nei maschi e 1500 nelle femmine. Nel 2001 si sono verificati 745 decessi per tumore colorettales nei maschi e 604 nelle femmine.

2.5.2 Punti critici e obiettivi a livello Regionale

Gli aspetti critici di ciascuno screening sono trattati nelle rispettive sezioni.

Una criticità generale è sicuramente rappresentata dal sistema informativo: si richiede lo sviluppo di un nuovo software che consenta, tra l'altro, di mantenere un database a

record individuale al fine di rendere più agile la valutazione epidemiologica del programma regionale in tutti i suoi aspetti, di rafforzare l'analisi dei dati e di sviluppare la valutazione di impatto dei tre screening.

In prospettiva, si vede la difficoltà non solo di sviluppare, ma anche di mantenere l'attuale livello organizzativo, qualitativo e gestionale dei programmi per problemi legati a carenze di personale dedicato - anche per limiti posti dalla normativa -, alla motivazione del personale, al suo turnover, cui consegue di necessità la formazione e l'aggiornamento continuo per garantire i livelli di copertura e di qualità richiesti.

Premesse queste considerazioni, gli obiettivi regionali per il 2005:

- mantenere e migliorare le attività di monitoraggio e valutazione degli screening
- mantenere e sviluppare le attività di formazione correnti
- aggiornare e, ove indicato, sviluppare i protocolli dei diversi professionisti coinvolti negli screening
- aumentare la capacità di supervisione e verifica ai programmi aziendali.

2.5.3 Screening Citologico

Nel Veneto lo screening citologico è iniziato nel 1998 con cinque programmi ed ha completato la copertura di tutto il territorio regionale nel 2003. Nel corso del 2001 le prime cinque ULSS hanno concluso il primo round; successivamente altre hanno raggiunto questo traguardo.

Al 31.12.2004 erano state invitate complessivamente oltre 1.500.000 donne, e circa 630.000 hanno aderito all'invito.

La Tabella 2.5.3.1 riporta indicatori di progressione territoriale assieme ad alcuni indicatori di qualità.

Tabella 2.5.3.1 Principali indicatori di qualità degli screening citologici 2000-2004

Indicatori / Anno	2000	2001	2002	2003
Estensione	54.0	71.3	73.9	63.0
Adesione grezza %	43.0	45.9	41.8	38.8
Adesione corretta %	49.6	46.5	52.8	46.6
Risposta Test – % entro 30 gg	84	81	66	70
Test – colposcopia % entro	83	82	61	35

60gg				
Test inadeguati %	6.8	9.3	6.8	7.1
Test positivi %	4.9	4.0	3.7	3.4
Adesione colposcopia per HSIL +	-	-	88.7	94.4
VPP biopsia per CIN1+ %	35	42	41	48
VPP ASCUS per CIN2+ %	3.0	2.6	3.9	4.4
DR CIN2+ (x1000)			3.4	3.8

I valori riportati sono delle medie, che non rendono conto della grande variabilità inter ULSS, che vede situazioni francamente problematiche. Alcuni esempi:

- in alcune realtà la quota di popolazione invitata rimane del tutto inadeguata rispetto al target annuale;
- sia la proporzione dei pap test positivi che dei test inadeguati si discostano notevolmente dalla media dei programmi italiani e troppo elevate in alcune realtà.
- i Valori Predittivi della biopsia cervicale per CIN1+ e di ASCUS per CIN2+ si discostano troppo dalle medie dei programmi italiani
- I tempi di attesa per la risposta negativa e per la colposcopia mostrano un netto peggioramento negli ultimi periodi, che potrebbe indicare una aumentata difficoltà dei programmi a far fronte ai volumi di lavoro degli screening.

Rimangono molti gli aspetti problematici legati ai programmi di screening e sono solo in parte specifici del Veneto. Innanzitutto, non si è verificato lo spostamento unidirezionale delle donne verso lo screening, come dimostrato dai dati provenienti dai controlli di gestione delle aziende sanitarie, e rimane diffusa l'abitudine di una quota della popolazione a sottoporsi al test più spesso di quanto indicato. Permane una grande confusione nei messaggi inviati alla popolazione femminile target ed è anzi ulteriormente aumentata da quando si è reso disponibile il test virale. Nello screening, nonostante esistano dei protocolli, le donne spesso si scontrano con la difficoltà a liberarsi dal *loop* dei controlli dopo il test positivo e l'eventuale trattamento e a rientrare nella normale programmazione del test. Insomma non sembra diminuire l'eccesso di offerta, l'inappropriatezza ed il disordine delle attività destinate alla prevenzione di una patologia rara, con il risultato di una considerevole quota di diagnosi falsamente positive e sovratrattamento di lesioni transitorie o autolimitate. Di contro, risulta ancora esclusa da qualsiasi test una quota non trascurabile di donne che i programmi non riescono a raggiungere.

Va sottolineato l'eccellente lavoro dei patologi referenti per questo screening, i primi a definire un protocollo, particolarmente propositivi in termini di formazione autogestita ed estesa anche ai biologi e ai citologi. Oltre ad una diffusa partecipazione alle iniziative del GISCi, essi stanno consolidando un sistema regionale di monitoraggio inter-laboratorio della qualità della lettura cito-istologica che prevede anche l'analisi della concordanza inter-laboratorio della lettura di una serie di preparati cito-istologici, che costituirà la base di un archivio a supporto della didattica e di ulteriori corsi di formazione.

La situazione appare ancora critica per l'area ginecologica degli approfondimenti di secondo livello, benché anche i ginecologi abbiano preparato un loro documento-protocollo.

Punti critici dello Screening Citologico e Obiettivi

I punti critici sono stati illustrati in dettaglio, pertanto in questo paragrafo si richiamano solo i valori insoddisfacenti riguardanti l'estensione degli inviti e dell'adesione soprattutto in alcune ULSS, con il permanere di un elevato uso inappropriato del pap test in una quota significativa di popolazione.

Sulla base di quanto evidenziato, si fissano i seguenti obiettivi per il 2005:

- aumento dell'estensione degli inviti soprattutto nelle aree ancora lontane da valori adeguati
- correzione dei problemi di qualità della diagnosi citologica soprattutto attraverso attività specifiche di formazione
- aggiornamento del protocollo delle diagnosi di secondo livello
- aggiornamento del protocollo del follow up delle lesioni trattate.

2.5.4.1 Screening mammografico

In seguito all'attivazione dei primi 3 programmi di screening organizzati nel 1998, la proporzione delle donne invitate annualmente rispetto alla popolazione bersaglio ha registrato un incremento costante, pur progredendo con intensità diverse a livello delle singole ULSS.

Lo screening è ora attivo in 18 delle 21 Aziende ULSS del Veneto. Al 31.12.2004 erano state invitate complessivamente oltre 800.000 donne, e circa 485.000 donne aderenti.

La Tabella 2.5.2 riporta gli indicatori di progressione territoriale assieme ad alcuni indicatori di qualità.

Tabella 2.5.4.1 Principali indicatori di qualità dello Screening Mammografico 2000-2004

Indicatori / Anno	2000	2001	2002	2003	2004
N° ULSS con programma attivo	13/21	17/21	18/21	18/21	18/21
Estensione %	42.3	44.5	74.5	76.0	77.7
Adesione grezza %	59.4	60.2	55.8	57.4	
Adesione corretta	69.9	67.0	65.4	70.9	
Richiami primi esami %	10.3	7.5	7.4	8.0	7.9
Richiami esami successivi %	-	4.6	4.5	4.3	4.1
DR (‰) primi esami	7.9	8.3	7.4	6.8	6.7
DR (‰) esami successivi	-	2.8	4.3	5.5	5.0

Complessivamente, gli indicatori risultano abbastanza soddisfacenti a confronto con gli standard nazionali. Ognuno di essi però deriva dalla composizione di valori estremi a volte anche molto lontani dai valori considerati desiderabili. Questi casi vengono segnalati e monitorati con l'obiettivo di migliorare i programmi. Prendendo ad esempio il 2003, 14 ULSS su 18 hanno invitato almeno l'80% delle donne eleggibili, mentre nelle altre 4 la quota di invitate è risultata lontana dal target annuale; l'adesione grezza, cioè il rapporto tra gli esami eseguiti e le donne invitate, è risultata variabile tra il 33.2% e il 79.9%, con una media regionale del 57.4%; solo 6 programmi su 18 rientravano nello standard considerato accettabile per i richiami al primo passaggio di screening. Per quanto riguarda l'adesione, va segnalato un decremento costante dei tassi medi negli ultimi tre anni. Il dato si può comunque considerare globalmente soddisfacente, soprattutto per quanto riguarda l'adesione corretta, verosimilmente più rappresentativa di quella grezza nella maggior parte delle realtà locali, e superiore anche al valore medio nazionale, pari al 57.6% per il 2002.

Permane invece superiore al valore standard considerato accettabile il tasso di richiami per gli esami eseguiti al I° round, mentre quello per il II° round, pur passibile di miglioramento, rientra nello standard.

In Veneto non è ubiquitaria l'adozione del modello organizzativo standard indicato dalle linee guida nazionali ed internazionali e che prevede la lettura differita della mammografia e il successivo richiamo delle donne con risultato al test

positivo/sospetto per gli approfondimenti diagnostici del caso. Attualmente 14 ULSS su 18 seguono tale modello, e tra queste 2 utilizzano l'unità mobile. In 3 programmi vengono eseguiti la lettura immediata e gli approfondimenti non invasivi nella stessa occasione, e in 1 programma alla lettura immediata viene sempre associato l'esame clinico. La doppia lettura delle mammografie viene eseguita soltanto in 13 programmi. Gli screening mammografici in Veneto risentono in modo evidente sia della relativa scarsità di radiologi sia dell'influenza della senologia clinica. Infatti le maggiori resistenze all'implementazione dello screening e/o all'adozione del modello organizzativo standard sono avute state avanzate dai radiologi specificamente impegnati nella senologia.

Sono state inoltre proposte numerose giornate di formazione per i Radiologi e alcune di queste giornate di formazione sono state proposte anche ai tecnici TSRM, con un'adesione sempre superiore all'attesa.

Controlli di qualità esterni delle mammografie

Mentre sembrano esistere ragionevoli motivi di fiducia circa i livelli ed i controlli di qualità, eseguiti per legge in ciascuna realtà, il sistema regionale di controllo esterno attivato nel 2000 non ha avuto il successo atteso. Perciò, dal 2004 sono stati introdotti dei variazioni circa il sistema e gli operatori incaricati dalla Regione sono stati cambiati. Possiamo ora affermare che il sistema di controlli esterni funziona ed è ben accettato.

Carcinomi di intervallo

L'identificazione il più completa possibile, l'analisi e la revisione dei carcinomi di intervallo (CI) fa parte della valutazione precoce di efficacia dello screening mammografico che è opportuno aggiungere agli indicatori di utilizzo corrente come il tasso diagnostico, il suo rapporto con l'incidenza di base e lo stadio dei tumori diagnosticati. Nel corso del 2004 in Veneto è iniziata una rilevazione sistematica dei CI in tutti i programmi utilizzando le fonti informative disponibili presso il Registro Tumori del Veneto, i.e. i files regionali annuali delle schede di dimissione ospedaliera (SDO), i quali, benché gravati da un certo ritardo, comprendono anche una quota importante di dati su ricoveri extraregionali, e l'accesso telematico ai Data Base dei principali ospedali veneti. Incrociando i files delle donne screenate con le SDO ed eliminati i casi di tumore *screen detected* si ottengono degli elenchi di limitate dimensioni contenenti i casi sospetti di CI, che sono verificati – spesso per via telematica - presso gli ospedali nei quali sono avvenuti i ricoveri. In questo momento lo studio è stato completato su 4 programmi consolidati, per il triennio 2000-2002 con follow up a fine 2003.

Data Base Regionale di chirurgia mammaria (OLGA)

Nel corso del 2000 i Chirurghi Senologi del Veneto, coordinati dal CRR, hanno iniziato una collaborazione con la costituzione di cinque gruppi di lavoro volti alla formulazione di indicazioni regionali e iniziando un database elettronico per il monitoraggio del trattamento chirurgico del carcinoma della mammella (OLGA). Quest'ultimo consente a ciascuna Unità di Chirurgia di mantenere un archivio dettagliato (sia per Unità che per Chirurgo) della propria casistica in rapporto a diagnosi, stadio e tipo di intervento, di calcolare automaticamente gli indicatori di base ma anche elaborare analisi statistiche supplementari scaricando i dati su PC, di produrre automaticamente una sintesi dei dati di ciascuna paziente, utilizzabile per lettere di refertazione o per archivio.

I Gruppi di lavoro hanno prodotto 5 documenti di consenso, oggetto di revisioni annuali, su importanti controversie riguardanti la diagnosi e il trattamento chirurgico delle lesioni neoplastiche precoci.

Punti critici degli screening mammografici nel Veneto

Ribadiamo innanzitutto che a fine 2004 continuano a rimanere prive un programma di screening mammografico le ULSS 3, 14 e 19.

Va segnalato che in almeno tre delle 18 ULSS con programmi attivi gli inviti rimangono del tutto inadeguati rispetto al target annuale.

Dimensioni delle Aziende ULSS: è auspicabile che almeno le ULSS più piccole si consorzino per i rispettivi programmi in modo da raggiungere il numero minimo consigliato di almeno 10.000 mammografie di screening/anno. Solo 5 ULSS su 21 superano tale valore con il proprio target annuale di donne eleggibili.

Il tasso di richiami per i primi esami è troppo elevato.

Obiettivi per il 2005

- Attivare lo screening nelle Aziende ULSS ancora non interessate e aumentare l'estensione degli inviti nelle realtà ancora lontane da valori accettabili
- Mantenere le attività di formazione dei Radiologi
- Sostenere l'attività dei gruppi di lavoro dei Chirurghi Senologi e aggiornare il database OLGA
- Continuare la valutazione dei Cancri Intervallo
- Sostenere il Programma Regionale di Controllo di qualità delle mammografie.

2.5.5 Screening dei tumori coloretali

La Regione Veneto ha approvato e finanziato i primi programmi di screening del CCR con DGR n. 3568/2001, e con successive Delibere (DGR 1976/2003 - DGR 2482/2000) ha approvato e finanziato ulteriori programmi.

Lo screening per il carcinoma del colon retto, iniziato nel 2002 con 3 Programmi, a fine 2004 era attivo in 7 ULSS (2, 4, 7, 13,16, 20 e 22) con una popolazione eleggibile pari al 39 % di quella regionale.

A fine 2004 erano state invitate complessivamente circa 109000 persone e circa 85000 avevano eseguito il test (FOBT o FS). I primi indicatori di qualità sono ancora in corso di valutazione.

Nel corso del 2005 sono già stati o saranno attivati gli screening nelle seguenti Aziende ULSS: 1, 3, 5, 6, 8, 15, 17, 18 e 21. Pertanto si stima che il 71% della popolazione eleggibile sarà coperto da programmi di screening del CCR.

Punti critici e obiettivi per il 2005

Questo screening, sul quale sono disponibili conoscenze molto meno consolidate che per gli altri due, si sta sviluppando molto velocemente, generando a volte problemi di sovraccarico lavorativo delle unità operative deputate agli esami endoscopici di approfondimento.

I primi protocolli sono ancora in fase di bozza.

Pertanto gli obiettivi per il 2005 sono:

- sostenere le Aziende ULSS che attivano lo screening
- potenziare le attività di formazione specifiche di questo screening
- approfondire le attività centrali di monitoraggio e di valutazione
- sviluppare i protocolli soprattutto per l'approfondimento diagnostico e per il follow-up delle lesioni riscontrate agli screening
- organizzare un sistema di controllo di qualità del test per il sangue occulto.

2.5.6 Comunicazione

Nel contesto degli screening oncologici, sia in ambito nazionale che internazionale, la qualità della comunicazione viene considerata un elemento fondamentale per l'efficienza e l'efficacia dei programmi, al pari della qualità di tutti gli aspetti relativi all'organizzazione, alla diagnosi e al trattamento. Dal 1998 nel Veneto ogni programma di screening, alla sua attivazione ed a scadenze successive più o meno regolari, ha prodotto una propria modulistica e ha condotto campagne informative con varie modalità, quali esposizione di materiale informativo presso istituzioni sanitarie e

non (parrocchie, mercati, centri commerciali, ecc), coinvolgimento di associazioni di volontariato e di medici di medicina generale, pubblicizzazione sui media locali (stampa, radio televisione). Si è quindi verificata una notevole difformità fra i materiali informativi dei vari programmi, con una decina di modelli diversi utilizzati dalle 21 ULSS regionali. Nel corso del 2003 un gruppo di operatori degli screening citologico e mammografico, coordinato dal CRR, ha effettuato la revisione delle lettere di invito e di risposta "normale", dell'opuscolo informativo e dei poster/locandine, coinvolgendo anche gli utenti, mediante la una tecnica di ricerca qualitativa mediante gruppi focus. Tale lavoro ha portato, con l'aiuto di una grafica professionista, alla formulazione di nuovi materiali standardizzati regionali che sono gradualmente adottati dai vari programmi. Inoltre, tra il 2003 e il 2005, sono stati effettuati sette corsi di formazione sulla comunicazione tra operatori non medici ed gli utenti.

2.5.7 Formazione

Circa 1000 operatori, il 70% dei quali non medici, sono attualmente coinvolti, benché non tutti a tempo pieno, nei programmi di screening citologico e mammografico. A questi si aggiungono i circa 200 operatori dello screening del carcinoma colonrettale, numero destinato a crescere con l'avvio e lo sviluppo di nuovi programmi.

Tra le funzioni previste per il CRR, l'attività di formazione appare cruciale per mantenere gli alti standard qualitativi richiesti da un intervento di sanità pubblica complesso, impegnativo e dalle caratteristiche multidisciplinari come gli screening oncologici. Ai diversi operatori devono essere forniti gli strumenti conoscitivi e le competenze necessarie per raggiungere e mantenere gli alti standard qualitativi richiesti da tali programmi. In particolare gli obiettivi formativi sono:

- attuare sia una formazione di base, rivolta ai nuovi programmi di screening che iniziano, che una formazione continua per i programmi già esistenti
- trattare tematiche sia multidisciplinari che specifiche, mirate alle diverse qualifiche professionali degli operatori operanti nello screening: basi teoriche degli screening oncologici, aggiornamento e analisi dei risultati annuali, monitoraggio della qualità della diagnosi e del trattamento del carcinoma della mammella, qualità dell'esecuzione della mammografia, qualità della diagnosi cito-istologica, comunicazione con le utenti
- effettuare presentazioni sulle attività del Servizio in incontri a livello regionale o nazionale

- ove pertinente, promuovere la partecipazione degli operatori a corsi e/o seminari extra-regionali o nazionali su aree specifiche

- richiedere l'accreditamento ECM per le diverse qualifiche professionali interessate

L'iscrizione ai corsi è gratuita, le eventuali spese per il trasporto e l'alloggio sono sostenute dalle Aziende ULSS. Nel periodo di avvio degli screening (1997-2001) il CRR ha organizzato 18 corsi di formazione cui hanno partecipato circa 800 operatori. Nel 2002 sono stati realizzati 12 corsi per un totale di 321 operatori, nel 2003 15 corsi per un totale di 547 operatori, nel 2004 12 corsi per un totale di 480 operatori.

Per quanto riguarda gli operatori non medici, si calcola che finora abbiano avuto una formazione di base circa l'85% del personale delle segreterie organizzative, il 70% di coloro che effettuano il prelievo citologico, il 60% dei citotecnici e il 60% dei tecnici di radiologia. Di questi ultimi, circa il 60% ha partecipato anche ad un corso specifico sull'esecuzione della mammografia. Oltre il 90% dei citotecnici ha partecipato a 2 corsi sulla qualità della lettura citologica. Degli operatori impegnati nel Front Office telefonico più del 90% ha avuto una formazione specifica sulle tematiche relazionali con gli utenti.

2.5.8 Monitoraggio e sistema informativo degli screening

Gli screening sono interventi di sanità pubblica complessi, offerti attivamente a un elevato numero di persone, in grandissima parte sane, e che richiedono un monitoraggio continuo dei parametri di qualità. Perciò, il sistema informativo e il software che lo supporta ne rappresentano una componente essenziale.

Prima dell'inizio degli screening il CRR ha studiato assieme ai Centri Elaborazione Dati delle Aziende ULSS la possibilità di adottare un unico software a livello regionale. Si è dunque avviato con finanziamenti regionali un sistema informativo basato su una soluzione di mercato, consistente in un software per PC e reti locali, che nel tempo ha subito evoluzioni e aggiornamenti. Peraltro i problemi emersi localmente hanno determinato nel tempo il sovrapporsi di interventi e adeguamenti non omogenei, spesso causati dall'urgenza, con il determinarsi di una situazione di difficile gestione. Nella sostanza, le versioni personalizzate attualmente in esercizio non risultano adeguate al conseguimento degli obiettivi posti in partenza, soprattutto in termini di qualità uniforme delle informazioni, con inconvenienti sia per le funzioni di valutazione sia nell'attività di gestione. Perciò è in fase avanzata di studio e progettazione una soluzione innovativa, che, basandosi sulla rete INTRANET regionale, sia in grado da un lato di rendere assolutamente uniforme sul territorio regionale le modalità di gestione

de l processo, e dall'altro di standardizzare e rendere ancor più efficaci, grazie agli strumenti della cooperazione applicativa, le integrazioni tra il sistema di screening e gli altri dipartimentali coinvolti (radiologia, laboratori di analisi, anatomia patologica, ecc.).

Per ogni programma attivato dalle singole Aziende ULSS il sistema consentirà di gestire: la definizione della popolazione target; le esclusioni dal programma; le agende dei centri erogatori; il processo di invito/sollecito allo screening; le funzioni di stampa; gli esiti degli inviti (adesione); gli esiti dei test (refertazione ed azione conseguente); gli approfondimenti (refertazione ed azione conseguente); i round di screening; le analisi statistiche; le configurazioni; le integrazioni con i dipartimentali di interesse; i profili di utenza per la visibilità e gestione del contenuto informativo e delle configurazioni.

Il CRR ha concordato una scheda regionale, da aggiornare nel tempo, per la raccolta dei principali dati aggregati di attività di ciascun anno solare. Le schede delle singole Aziende ULSS vengono analizzate dal CRR. I risultati e gli indicatori di ciascun programma, rapportati alla media regionale e agli standard raccomandati, sono oggetto di seminari annuali *ad hoc* con i Responsabili dei programmi aziendali, i Responsabili dei gruppi di controllo di qualità e gli Specialisti di riferimento. In tali occasioni i dati e gli indicatori sono discussi in modo critico e in funzione di verifiche e approfondimenti e di interventi correttivi. Inoltre viene prodotto un Rapporto Annuale per ciascuno screening, che oltre ad essere presentato alla Regione, riceve un'ampia divulgazione dalle Direzioni Generali a tutti gli operatori dei Servizi.

I dati specifici del monitoraggio relativi ai vari programmi di screening sono già stati presentati nei paragrafi precedenti.

2.5.9 Attività Regionali di coordinamento degli screening oncologici

Nel 1996 la Regione Veneto ha emanato le "Linee Guida Regionali sugli Screening Oncologici" della Commissione Oncologica Regionale in accordo con quelle della Commissione Oncologica Nazionale dello stesso anno e con DGR n. 2284/1996 ha deliberato l'attivazione degli screening citologico e mammografico a livello delle Aziende ULSS. In particolare, con DGR n 1200/97 ha finanziato i primi 7 programmi di screening mammografico e 15 di screening citologico. I primi programmi di screening del carcinoma colorettaie sono stati approvati e finanziati con DGR n. 3568/2001. La Ragione ha sempre mantenuto la procedura di approvare e finanziare i programmi aziendali, lasciando alle Aziende ULSS l'autonomia e la responsabilità per

la scelta del modello organizzativo e gestionale. I contributi assegnati tra il 1997 e il 2001 alle Aziende ULSS per attivare o per sostenerne gli screening mammografico e citologico ammontano complessivamente a 13.523.000 Euro. A questi vanno aggiunti 1.500.000 Euro assegnati nel periodo 2001-2004 per l'attivazione e il sostegno dei programmi di screening coloretale, e circa 1.300.000 Euro per attività "centrali" (spese acquisto e canone software gestionale per quasi tutti i programmi, coordinamento e attività gruppi professionali, centro di coordinamento regionale).

La Regione Veneto, pur mantenendo rapporti diretti con le Aziende Sanitarie per gli aspetti gestionali e di finanziamento, con DGR n. 2284/1996 e successive, ha identificato quale interlocutore tecnico il Centro Regionale di Riferimento – Registro Tumori del Veneto (CRR) e gli ha affidato il compito di promuovere l'attivazione degli screening oncologici sulla base delle Linee Guida nazionali ed europee, di coordinarli, di costituire gruppi di lavoro specifici per le diverse figure professionali (responsabili dell'organizzazione e valutazione; patologi; ginecologi; radiologi, chirurghi, ecc.), di monitorare le attività degli screening e gli indicatori di processo e di qualità, rapportandoli agli standard nazionali ed europei. Successivamente nell'ottica di un modello "partecipato" con ripartizione delle responsabilità e coinvolgimento attivo dei professionisti coinvolti negli interventi piuttosto che di un modello accentrato in un'unica struttura regionale, la funzione di coordinamento tecnico è stata rafforzata affiancando al CRR altri soggetti/strutture operative di Aziende Sanitarie e sviluppando un sistema regionale a rete per il monitoraggio e la promozione della qualità degli screening oncologici.