



Regione Lombardia

Sanità

UO Prevenzione e tutela sanitaria e veterinaria

Programmi di screening oncologico in Regione Lombardia Analisi organizzativa e report dei primi risultati

A cura di Luigi Macchi, Anna Pavan, Maria Elena Pirola

e con il contributo di

Natalia Bosco, Raffaele Paganoni - **Asl Bergamo** ; Claudio Scotti, Fabrizio Speziali - **Asl Brescia**;
Maria Gramegna – **Asl Como**; Liana Boldori, Marina Dal Soldà - **Asl Cremona**;
Eugenio Invernizzi, Roberto Moretti - **Asl Lecco**; Annamaria Belloni, Giovanni Marazza - **Asl Lodi**;
Luigi Bisanti - **Asl Città di Milano**; Carlo Maggioni - **Asl Milano 1**; Luigi Fantini - **Asl Milano 2**
Nicoletta Castelli - **Asl Milano 3**; Gabriele Gianella, Emanuela Anghinoni - **Asl Mantova**;
Luigi Camana; Giancarlo Magenes - **Asl Pavia**; Lorella Ceconami - **Asl Sondrio**
Franca Sambo; Salvatore Pisani - **Asl Varese**; Luigi Pasquale - **Asl Vallecamonica e Sebino**

Tabulazione dei risultati a cura di Laura Zerbi

Aprile 2006

Premessa

In Regione Lombardia, a partire dal 2000 sono stati progressivamente attivati nelle diverse Asl, in collaborazione con le AO del territorio, programmi di prevenzione oncologica secondaria.

Ad oggi, anche in relazione al contesto epidemiologico, che vede in Lombardia il carcinoma mammario al primo posto tra i tumori femminili sia per mortalità, con tassi significativamente maggiori rispetto alla media italiana (4.8/10000 vs. 3.9/10000), che per incidenza, con un trend in aumento soprattutto nelle classi d'età più elevate (60/10000 nel quinquennio 1978-1982 vs. 77/10000 nel quinquennio 1993-1997) **la linea che ha ricevuto maggior impulso è quella dello screening mammografico.**

A partire dal 2000, infatti, le ASL hanno attivato programmi organizzati, con invito attivo a sottoporsi ad una mammografia ogni due anni alle donne residenti d'età compresa tra i 50 ed i 60 anni ed in questo momento i programmi di screening mammografico sono attivi in 14/15 ASL della regione.

Nel 2004, su un target di circa 1.099.900 di donne, 41.9221 (38%) lombarde sono state invitate a sottoporsi a mammografia di screening.

Di queste circa 231.110 hanno aderito, facendo una mammografia, con tassi medi regionali d'adesione accettabili, superiori al dato medio nazionale (61.3% vs. 59.5%).

Lo screening del **carcinoma colon rettale** invece, mediante offerta attiva biennale della ricerca del sangue occulto fecale (FOBT) ai residenti d'età compresa tra i 50 ed i 69 anni, è stato avviato nel corso del 2005 in 12/15 asl, preceduto da un'azione di formazione regionale e sostenuto da finanziamenti aggiuntivi per l'avvio della attività e l'esecuzione del test di primo livello. Nel corso del 2005 sono state invitate, sul territorio regionale 151.564 persone; di queste 44.299 (29%) hanno effettuato il test.

Il **carcinoma della cervice uterina** è l'unico in Lombardia che presenta tassi di mortalità più bassi rispetto alla media nazionale (1/10.000 vs. 1.13/10.000), e che mostra un trend d'incidenza in costante diminuzione (9.8/10.000/10000 nel quinquennio 1978-1982 vs. 5.8/10.000 nel quinquennio 1993-1997).

In Lombardia la prevenzione del carcinoma del collo dell'utero è storicamente fondata sull'accesso spontaneo delle donne alla prestazione. Ciò trova conferma da quanto emerso dall'indagine Istat Multiscopo 2002: oltre il 75% della popolazione lombarda tra i 25 ed i 69 anni d'età dichiara di aver eseguito almeno un pap test in passato e rende ragione delle diverse modalità con cui le ASL lombarde hanno interpretato le azioni di prevenzione secondaria di questo tumore.

Nel 2005, infatti, sono attivi programmi organizzati di screening rivolti alle donne residenti tra i 25 ed i 64 anni in 8/15 ASL e circa 170.000 donne hanno ricevuto l'invito a fare gratuitamente un pap test; di queste circa 54.000 hanno risposto all'invito. Nelle restanti ASL, considerata l'elevata adesione spontanea alle attività di prevenzione correntemente svolta dai consultori, dagli ambulatori ed anche grazie al ricorso a prestazioni private, non sono stati avviati programmi di screening organizzati.

Obiettivi, materiali e metodi

A cinque anni dall'avvio dell'attività di screening è sorta l'esigenza di conoscere nel dettaglio le modalità organizzative dei diversi programmi di screening lombardi, con l'obiettivo, a partire dalle informazioni raccolte, di valorizzare e condividere il lavoro svolto oltre che rendere omogenea sul territorio regionale l'offerta, individuando criteri omogenei per l'organizzazione e l'erogazione dei test di screening e dei percorsi di approfondimento.

Nei mesi di novembre-dicembre 2005 e gennaio 2006 è stata dunque effettuata una mappatura delle modalità organizzative dei programmi aziendali di screening oncologico esistenti.

Il metodo scelto ha visto la preliminare richiesta di compilazione di tre questionari, uno per ciascuna linea di screening attiva o in fase d'attivazione, a ciascuna delle 15 ASL.

In seguito, alla luce dei dati raccolti, sono stati condotti incontri con referenti aziendali dei programmi di screening e con gli operatori che hanno fornito le risposte.

I colloqui hanno permesso, oltre che di far emergere informazioni importanti, di approfondire e chiarire dubbi, condividere esperienze e attivare un processo di rete tra gli operatori coinvolti.

In questa fase non sono stati presi in considerazione gli aspetti specifici di ciascuna linea di screening, ma ci si è concentrati sugli aspetti organizzativi, di gestione e valutazione.

Oggetto del presente report è quindi l'analisi preliminare relativa alle linee di screening mammografico e del carcinoma colonrettale.

E' stata volutamente omessa l'analisi dei programmi di screening del carcinoma del collo dell'utero, considerato che l'attività organizzata è disomogenea ed in alcuni casi con estensione territoriale dei programmi bassa; tuttavia nel prossimo futuro si provvederà, sulla base di dati che verranno raccolti, ad elaborare uno specifico report.

Risultati

Per ciascuna linea di screening sono state indagate le seguenti macroaree :

1. Coordinamento ed integrazione
2. Organizzazione
3. Sistema informativo
4. Remunerazione e rendicontazione
5. Principali indicatori di attività, processo ed esito

PROGRAMMI DI SCREENING MAMMOGRAFICO

1. Coordinamento ed integrazione (tab.1)

Tra il 1999 ed il 2001 sono stati avviati programmi di screening organizzati in 13/14 ASL; l' ASL di Como ha avviato il programma nel 2004, mentre nell' ASL di Pavia, pur non essendo attivo un programma di screening organizzato, esiste una tradizione di prevenzione secondaria del carcinoma mammario basata sull'accesso spontaneo ed un approccio di tipo clinico.

L'**estensione** dei programmi copre l'intero territorio aziendale tranne che nell'ASL Provincia di Milano 3, dove interessa un numero limitato di Comuni.

Tutti i programmi attivi sono formalmente riconosciuti ed è individuato un responsabile aziendale.

La **responsabilità organizzativa** e **valutativa** dei programmi è in capo a servizi o unità operative del Dipartimento di Prevenzione (prevalentemente Medicina Preventiva di Comunità - MPC) in 10/14 ASL.

Nell'ASL Città di Milano la responsabilità organizzativa e valutativa è in capo al Servizio Epidemiologico - OE; in 3/14 ASL (Mantova, Varese, Milano 2) la responsabilità degli aspetti organizzativi e valutativi è in capo a servizi diversi: rispettivamente MPC per gli aspetti organizzativi e OE per quelli valutativi.

In tutti i programmi esiste un **comitato tecnico**, prevalentemente **interaziendale** che presiede gli aspetti tecnici e organizzativi del programma ed è vigente una **procedura organizzativa**, parte integrante delle convenzioni in essere con gli erogatori.

In 9/14 programmi sono stati condivisi **Protocolli Diagnostici-PD** per il test di screening e per gli approfondimenti; i restanti 5 programmi hanno PD per la mammografia di screening (Cremona, Como, Lecco, Lodi, Milano 3)

2. Organizzazione (tab.2)

Tutti i programmi hanno un **Centro Screening**, con **risorse** umane dedicate. I profili maggiormente rappresentati sono medici, infermieri, assistenti sanitari, amministrativi.

12/14 programmi hanno attivato un **fronte office telefonico** dedicato; di questi 11 hanno un **numero verde**.

12 /14 programmi di screening effettuano direttamente, tramite la segreteria del Centro Screening, le **chiamate di primo livello**: gli inviti sono spediti per posta e, tranne che in un caso (Cremona) in cui è indicato un termine entro il quale fare la mammografia, contengono un appuntamento prefissato, modificabile. Le di Bergamo e Brescia hanno delegato la gestione degli inviti agli erogatori che effettuano la prestazione: in entrambi i casi viene inviata una lettera di invito con appuntamento prefissato; per questo motivo non vi è un fronte office dedicato, ma le richieste di informazione vengono evase dagli URP.

Metà dei programmi attivi si avvale a vario titolo, della **collaborazione** con **altri soggetti** (Terzo settore, Università, Enti locali). Sono invece sempre previste azioni di coinvolgimento, soprattutto a carattere informativo, dei **MMG**, senza specifica remunerazione.

Tutti i programmi, tranne quelli delle ASL di Lodi e Milano 3, **sollecitano** per iscritto le donne che non hanno risposto al primo invito, con un intervallo variabile, dai 30 ai 90 giorni dal primo invito.

In ogni caso viene inviata lettera una comunicazione d'**esito negativo** alle donne rispondenti con esame normale, tranne che nell'ASL Milano 1, consegna dell'esito direttamente in radiologia).

Tutti i programmi garantiscono la proposta attiva di un **percorso d'approfondimento** nel caso d'esito positivo del test di screening. In tre casi (Cremona, Città di Milano, Milano 3) il programma, attraverso il centro screening, effettua direttamente i richiami per approfondimento, procurando alle pazienti l'appuntamento presso gli erogatori; in tutti gli altri casi i richiami per approfondimenti sono direttamente gestiti dagli erogatori.

La maggior parte dei programmi prevede esplicitamente, nelle procedure, regole sui tempi di restituzione del referto in caso di negatività/positività di test di screening. Tuttavia appare disomogeneo l'effettivo monitoraggio di detta tempistica.

La **popolazione bersaglio** di tutti i programmi di screening è rappresentata dalle donne di età compresa tra i 50 ed i 69 anni. 2/14 programmi (Varese e Vallecamonica) accettano, su presentazione spontanea le donne d'età compresa tra i 45 ed i 50 anni; il programma dall'ASL Provincia di Milano 1, richiama, se in precedenza rispondenti, le donne fino ai 74 anni.

Riguardo alle **adesioni spontanee** 3/14 programmi non le prevedono; nei restanti casi sono ammesse donne in fascia che aderiscono prima di ricevere l'invito, generalmente prendendo contatto con i centri screening.

Le **liste** per l'identificazione della popolazione bersaglio utilizzano come fonte l'anagrafe assistiti in 6/10 casi (Como, Lodi, Mantova, Sondrio, Varese, Vallecamonica); i restanti programmi utilizzano l'anagrafe residenti. Tutti i programmi hanno disponibili e conservano le liste di chiamata su supporto informatico, che aggiornano periodicamente, con modi e periodicità variabile (non specificata / semestrale / annuale / ad ogni round di chiamata). Il programma dell'ASL Città di Milano ha il collegamento in tempo reale con l'anagrafe comunale dei residenti.

Tutti i programmi hanno definito criteri d'esclusione temporanei e permanenti.

Le **fonti informative** per la “**pulizia delle liste**” sono:

- 4/14 programmi (Bergamo, Brescia, Cremona, Vallecambonica): le **utenti** stesse, a seguito dell’invito, comunicano la propria posizione;
- 5/14 programmi (Como, Lodi, Milano 1, Milano 3, Varese) eseguono una preliminare pulizia mediante l’incrocio con **banche date aziendali** (Schede di Dimissione Ospedaliera e Prestazioni specialistiche ambulatoriali - Circolare 28/San), oltre ad utilizzare a posteriori le informazioni da **utenti e MMG**;
- 5/14 programmi (Lecco, Città di Milano, Milano 2, Mantova, Sondrio) dispongono, oltre alle citate **banche dati aziendali** anche **registri di patologia** o sono sedi di **registri tumori**.

Riguardo al **monitoraggio dei carcinomi d’intervallo**, 4/14 programmi (Bergamo, Como, Lodi, Vallecambonica) fanno una sorveglianza passiva del fenomeno; i restanti programmi, alcuni in maniera sistematica, altri sporadicamente, hanno attivato esperienze di sorveglianza attiva, a partire dalle fonti informative delle banche dati aziendali.

Infine, tutti programmi hanno autonomamente prodotto materiali informativi diversi (lettere d’invito, sollecito ed esito, depliant informativi, locandine, poster).

Sono state fatte campagne informative mediante distribuzione di materiale, articoli su stampa, radio, tv locali; incontri pubblici, ed attivazione di siti dedicati.

3. Sistema informativo (tab.3)

Ciascun programma, ad eccezione di un caso per cui il dato non è disponibile, prevedono esplicitamente un **debito informativo** da parte degli erogatori per i dati d’esito sia del test di screening, che degli approfondimenti, con modalità differenti (trasmissione periodica dei dati su supporto cartaceo e data entry da parte del centro screening, disponibilità del software per immissione diretta presso gli erogatori e successiva trasmissione al centro screening, collegamento in rete dei diversi centri erogatori con il centro screening).

Analogamente, ad eccezione che in un caso, è stato individuato un referente presso gli erogatori, per la chiusura degli esiti di approfondimento.

Tutti i programmi hanno un **software** dedicato per la gestione dei passaggi del programma di screening: 12/14 programmi si avvalgono del prodotto fornito da un’unica softwarehouse, pur con versioni diverse, tranne l’ASL Provincia di Milano 1 (software di gestione web based realizzato in proprio) e l’ ASL di Lodi.

I software dispongono di un archivio informatizzato a record individuali e tutti consentono, pur con diversi livelli d’autonomia, l’estrazione di report periodici sia di attività che di esito, pur con diversi livelli di dettaglio (aziendali, per centro erogatore, per distretto, per comune)

4. Remunerazione e rendicontazione (tab. 4)

Considerando la prestazione “screening”, come un percorso che inizia con il test di primo livello e termina con l’esecuzione di tutti gli accertamenti d’approfondimento necessari, tranne che per le prestazioni soggette a DRG, 7/14 programmi hanno concordato tariffe omnicomprensive per ciascuna donna esaminata; 6/14 programmi invece hanno concordato una tariffa per il test di screening, (sovrapponibile o meno al nomenclatore tariffario) applicando poi il nomenclatore per la remunerazione degli approfondimenti.

Infine 12/14 programmi hanno fatto periodiche verifiche della corretta rendicontazione delle mammografie di screening nel flusso informativo delle prestazioni specialistiche ambulatoriali da parte degli erogatori, con esito variabile: 7/12 programmi hanno verificato la coincidenza con quanto rendicontato in Circolare 28/san e quanto risultante dai registri di screening, in 5 casi invece le mammografie rendicontate risultano inferiori a quelle effettivamente fatte dal programma.

5. Principali indicatori di attività, processo ed esito

Si espongono di seguito sinteticamente i dati riferiti alla survey annuale del 2004.

Nel periodo 2001 – 2004 sono state invitate attivamente 1.505.644 donne; di queste 799.297 si sono sottoposte alla mammografia di screening.

E' evidente nel triennio un trend positivo del numero di inviti/anno (+ 102.289) e del numero delle mammografie eseguite/anno (+75.786)

L' **estensione teorica** , cioè la quota di donne residenti in zone in cui è attivo un programma di screening organizzato è pari al **94 %**.

L'**estensione effettiva**, (fig. 1) cioè la quota di donne che hanno ricevuto effettivamente un invito nell' anno osservato, è pari al **38%** vs. 35.5% nel 2002 ed a una media d'area (nord Italia), pari a 46.5%. Si osservano valori variabili dal 4 al 63%: solo 3/14 ASL si avvicinano o superano il 50%, questo dato indica indirettamente il rispetto dell' intervallo di round (fig. 1).

Il valore medio regionale del **tasso di adesione corretta** (fig. 2) è pari a **61.3%**, (accettabile >60%) vs. 57.7% nel 2002 ed a una media nazionale, sempre riferita al 2002 pari a 60.8%; (fig. 2); 10/14 ASL hanno una adesione corretta maggiore dello standard accettabile.

L'adesione corretta è uno dei principali indicatori precoci di impatto e valuta l'efficienza del programma nel ridurre la mortalità. Esso è infatti direttamente correlato all' outcome finale. Bassi tassi di adesione possono vanificare l'ingente impiego di risorse che lo screening mammografico comporta.

Il valore medio regionale del **tasso approfondimento** (richiami per approfondimenti/mammografie eseguite) **per i primi esami** (fig. 3) è pari a **9.2%** (accettabile <7%) vs. 8.7% riferito al 2002 ed a una media nazionale, sempre riferita al 2002, pari a 7.7%.

Solo 3/10 ASL rientrano nello standard accettabile; i restanti programmi mostrano valori fuori standard; in particolare 2/10 ASL mostrano valori significativamente fuori standard.

Il tasso di approfondimento medio regionale **per gli esami successivi** (fig.4) è pari a **4.5%** (accettabile <5%) vs. 6.4% riferito al 2002 ed a una media nazionale, sempre riferita al 2002 pari a 4.7% ; 6/9 ASL rientrano nello standard accettabile.

Il tasso di approfondimento rappresenta il principale indicatore di specificità diagnostica del programma di screening nella fase di primo livello. Il suo valore deve mantenersi entro gli standard: valori eccessivamente alti comportano richiami inutili con conseguente ansia indotta ed effetti psicologici negativi, oltre a costi aggiuntivi derivanti dall'inutile esecuzione di ulteriori esami.

Il valore medio regionale **del tasso identificazione totale per i primi esami** (fig. 5) (cancri diagnosticati/1000 screenate); è pari a **8.2x1000** vs. 6.3 x1000 riferito al 2002 ed a una media nazionale, sempre riferita al 2002 pari a 7.2 x1000 ;

Il valore medio regionale **per gli esami successivi** (fig. 6) è pari a **4.6x1000** vs. 5.3 x1000 riferito al 2002 ed a una media nazionale, sempre riferita al 2002 pari a 5.1 x1000 .

E' uno dei principali indicatori della sensibilità diagnostica del programma e deve essere riferito alla situazione epidemiologica caratteristica dell' area in studio (Prevalenza/Incidenza); per questo non è indicato uno standard.

Il valore medio regionale **per i primi esami del rapporto Biopsie Benigne/Maligne** (diagnosi istologica di tipo benigno dopo l'intervento/diagnosi istologica di tipo maligno dopo l'intervento); è pari a **0.4:1** (desiderabile 0.5:1) a fronte di un dato analogo riferito al 2002 ed a una media nazionale, sempre riferita al 2002 pari a 0.3:1.

1/10 ASL il valore del rapporto biopsie benigne/maligne mostra valori significativamente fuori standard.

Il valore medio regionale **per gli esami successivi** è pari a **0.3:1** (accettabile 0.5:1) a fronte del 0.2:1 riferito al 2002 ed a una media nazionale, sempre riferita al 2002 pari a 0.3:1; tale indicatore deve essere il più basso possibile e segnala la specificità diagnostica dopo la fase di approfondimento.

Il valore medio regionale **per i primi esami della percentuale di ca invasivi < 1 cm** (carcinomi invasivi < 1 cm /totale carcinomi diagnosticati); è pari a **20.3%** (fig. 7) ; .Il valore medio regionale **per gli esami successivi** è pari a 30.3% (fig.8) .

La proporzione di tumori invasivi ≤ 10 mm è un indicatore di performance, tanto che le linee guida europee includono questo indicatore fra quelli precoci di impatto.

Il valore medio regionale **per i primi esami** della **percentuale dei ca in situ** (ca in situ /totale carcinomi diagnosticati) è pari a **16.8%** a fronte del 7.9% nel 2002 e ad una media nazionale pari a 11.9% sempre riferita al 2002.

Il valore medio regionale **per gli esami successivi** è pari a **12%** a fronte del 7.3% riferito al 2002 ed a una media nazionale, sempre riferita al 2002 pari a 15.6% *;

La proporzione di tumori in situ ben descrive la qualità dell'immagine, la predittività radiologica e la adeguatezza degli approfondimenti .

PROGRAMMI DI SCREENING DEL CARCINOMA COLONRETTALE

1. Coordinamento ed integrazione (tab. 5)

Nel corso del 2005 risultavano attivi, secondo la definizione del Giscor (almeno 100 inviti), programmi di screening organizzati in 12/15 ASL; tra questi si segnala il programma della ASL Provincia di Cremona, avviato fin dal 2001.

Tutti i programmi attivi sono formalmente riconosciuti ed è individuato un responsabile aziendale.

Per tutti i programmi si prevede, a regime, una **estensione** aziendale, tuttavia, considerata la recente attivazione degli stessi, l'avvio delle chiamate sta avvenendo progressivamente, prevedendo obiettivi di estensione al 40% della popolazione, con livelli di adesione pari almeno al 40%.

La **responsabilità organizzativa** e **valutativa** sono distribuite in maniera analoga a quanto descritto per lo screening mammografico.

In 10/15 è attivo un **comitato tecnico interaziendale** che presiede gli aspetti tecnici e organizzativi del programma, in due (Milano 1, Lodi) è previsto ma non ancora avviato; l'ASL Città di Milano non lo prevede ed in due casi il dato non è disponibile.

Rispetto a quanto rilevato per lo screening mammografico si segnala a questo proposito che in alcuni casi è stato avviato un percorso di integrazione con i Dipartimenti Oncologici Provinciali.

13/15 programmi si sono dotati di una **procedura organizzativa**, parte integrante, tranne in un caso (Milano 3) dei contratti con gli erogatori. E' in fase di predisposizione in 2/15 programmi (Varese e Vallecamonica).

9/14 programmi hanno condiviso Protocollo Diagnostico-PD per il test di screening e per gli approfondimenti; 1 programma ha concordato un PD per il primo livello (Como); nei restanti casi l'azione, prevista, non si è ancora concretizzata (Bergamo, Milano 1, Varese, Vallecamonica) .

2. Organizzazione (tab.6)

Tutti i programmi hanno un **Centro Screening**, con **risorse** umane dedicate.

I profili maggiormente rappresentati sono medici, infermieri, assistenti sanitari, amministrativi; in alcuni casi è disponibile e dichiarata la collaborazione dei sistemi informativi aziendali. Generalmente ci si avvale della struttura già attivata per le altre linee di screening.

Analogamente a quanto rilevato per lo screening mammografico, oltre la metà dei programmi attivi si avvale, a vario titolo, della **collaborazione** con **altri soggetti** (Terzo settore, Università, Enti locali). In particolare si segnalano ampi spazi di collaborazione con i rappresentanti locali delle associazioni delle farmacie e dei trasportatori di farmaci, coinvolti nella distribuzione dei Kit e nella raccolta campioni.

10/12 programmi hanno attivato un **fronte office telefonico** dedicato con **numero verde**, generalmente coincidente con quello già attivo per le altre linee di screening.

Tutti i programmi attivi effettuano direttamente, tramite la segreteria del Centro Screening, le **chiamate di primo livello**: gli inviti sono spediti per posta e prevalentemente contengono una indicazione temporale entro la quale è possibile ritirare il test; il programma di Pavia e quello di Lecco contengono invece un appuntamento prefissato per il ritiro del Kit; i programmi di Città di Milano, Milano 2 e Mantova nell'invito non pongono alcun vincolo temporale per il ritiro del test.

La maggior parte dei programmi prevede un **sollecito** scritto per coloro che non rispondono al primo invito, con un intervallo variabile, dai 30 ai 90 giorni, tranne che i programmi delle ASL di Cremona, Lodi, Milano 1 e Vallecamonica.

Analogamente tutti inviano per lettera una comunicazione d'**esito negativo** a coloro che hanno risposto, con esame normale.

Tutti i programmi garantiscono la proposta attiva di un **percorso d'approfondimento** nel caso d'esito positivo del test di screening.

Nella maggior parte dei casi il programma, attraverso il centro screening, effettua i richiami per approfondimento, procurando ai pazienti l'appuntamento presso gli erogatori; i programmi delle di Como, Lecco, Lodi, Milano 1, Sondrio prevedono che i richiami per approfondimenti siano direttamente gestiti dalle gastroenterologie.

Nella quasi totalità dei programmi sono previste regole precise sui tempi di restituzione del referto in caso di negatività/positività di test di screening. Disomogenea è la modalità di controllo di detta tempistica.

Azioni di coinvolgimento diretto dei **MMG**, soprattutto in azioni di counseling per invio al secondo livello e/o recupero dei non rispondenti sono previste da 8 programmi. Disomogeneo è il dato sulla corresponsione di un compenso (concordato per Mantova e Pavia).

La **popolazione bersaglio** di tutti i programmi di screening è rappresentata dai soggetti di età compresa tra i 50 ed i 69 anni, tranne il programma della ASL di Cremona che invita i soggetti fino ai 75 anni.

Riguardo alle **adesioni spontanee**, 5 programmi (Brescia, Lecco, Milano 1, Milano 3, Mantova) non le prevedono; nei restanti casi sono ammessi soggetti in fascia che aderiscono prima di ricevere l'invito, generalmente avviene prendendo contatto con i centri screening, come per lo screening mammografico.

Per l'identificazione della popolazione bersaglio la situazione è sovrapponibile a quanto descritto per lo screening mammografico: si evidenzia quindi una disomogeneità sia rispetto alla fonte dei dati (anagrafi comunali, anagrafi assistiti) che alla periodicità ed aggiornamenti. Tutti i programmi conservano le liste di chiamata su supporto informatico. Sono definiti in tutti i casi i criteri d'esclusione temporanei e permanenti.

Analogamente a quanto rilevato per lo screening del carcinoma mammario si riscontra una disomogeneità rispetto alle **fonti informative** utilizzate per la **pulizia delle liste**: in alcuni casi ci si avvale delle comunicazioni fatte dagli **utenti**, a seguito dell'invito; altri programmi dichiarano di eseguire una preliminare pulizia mediante l'incrocio con **banche date aziendali** (SDO e circolare 28/San), oltre ad utilizzare a posteriori le informazioni da **utenti e MMG**; altri ancora dispongono, oltre alle citate **banche dati aziendali** anche **registri di patologia** o sono sedi di **registri tumori**.

Riguardo al **monitoraggio dei carcinomi d'intervallo**, 11/15 dichiarano l'intenzione di attivare sistemi di sorveglianza attiva a partire dalle fonti informative delle banche dati aziendali; i restanti programmi o propongono per un sistema di sorveglianza passiva o non hanno ancora affrontato l'argomento.

A proposito della **distribuzione/riconsegna dei kit** 10/15 programmi hanno individuato le farmacie del territorio quali punti di accesso per la popolazione; il programma della ASL di Lodi si avvale dei punti prelievo della Azienda Ospedaliera; i programmi della di Pavia e Sondrio hanno individuato le sedi distrettuali; l'ASL di Lecco utilizza soluzioni diverse a seconda delle risorse territoriali di volta in volta attivabili (farmacie, distretti, enti locali, sedi di associazione).

I programmi delle ASL di Bergamo, Brescia, Cremona, Lecco, Milano Città, Milano 1, Mantova, Sondrio e Varese si avvalgono, per la **effettuazione del test di screening** dei rispettivi Laboratori di Sanità Pubblica (LSP), mentre i programmi delle ASL di Como, Lodi, Milano 3 e Pavia acquistano la prestazione dagli erogatori del proprio territorio; il programma della ASL Milano 2 acquista le prestazioni dal LSP dell'ASL Città di Milano.

Tutti i programmi utilizzano **test immunoistochimico** (prevalentemente di un'unica marca) con cut off di positività a **100 ng/ml**.

Infine, ogni ASL ha autonomamente prodotto materiali informativi diversi (lettere d'invito, sollecito ed esito, depliant informativi, locandine, poster).

3. Sistema informativo (tab. 7)

Tutti i programmi, prevedono esplicitamente il **debito informativo** da parte degli erogatori, compresi i LSP, per i dati d'esito sia del test di screening, che degli approfondimenti, con modalità differenti (trasmissione periodica dei dati su supporto cartaceo e data entry da parte del centro screening, disponibilità del software per immissione diretta presso gli erogatori e successiva trasmissione al centro screening, collegamento in rete dei diversi centri erogatori con il centro screening).

Analogamente a quanto rilevato per lo screening mammografico tutti i programmi hanno un **software** dedicato; 12/15 ASL si avvalgono del prodotto fornito da un'unica softwarehouse, pur con versioni diverse, tranne l'ASL Provincia di Milano 1 (software di gestione web based realizzato in proprio) e l'ASL di Lodi. Di conseguenza tutti i software dispongono di un archivio informatizzato a record individuali. Tutti i software consentono, pur con diversi livelli d'autonomia, l'estrazione di report periodici sia di attività che di esito, pur con diversi livelli di dettaglio (aziendali, per centro erogatore, per distretto, per comune).

4. Remunerazione e rendicontazione (tab. 8)

Premesso che 9 programmi si avvalgono, per l'effettuazione del test di screening del LSP aziendali, si riscontra un'ampia variabilità del costo, in quanto calcolato con parametri diversi (solo il costo del test o il costo complessivo della prestazione).

A proposito della remunerazione del percorso d'approfondimento agli erogatori 5 programmi hanno concordato una tariffa forfettaria per ciascun soggetto approfondito, mentre i restanti fanno riferimento al nomenclatore tariffario.

Infine la maggior parte dei programmi ha attivato o prevede verifiche della rendicontazione nei flussi informativi delle prestazioni di screening, anche alla luce delle regole di sistema del 2006.

5. Principali indicatori di attività al 31/12/2005 (fig. 9)

Considerato il recente avvio, nel corso del 2005, della maggior parte di programmi di screening, non sono a tutt'oggi disponibili dati strutturati, tuttavia, preliminarmente è possibile affermare che nel corso del 2005 sono state invitate, sul territorio regionale 151.564 persone; di queste 44.299 hanno risposto all'invito effettuando il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci; il dato di positività del test non è al momento disponibile in maniera completa, né sono disponibili dati di rispondenza corretta. Il dato grezzo di adesione, alla partenza, è pari al 29.9%. Non esistono ancora standard condivisi tuttavia le proposte avanzate dal Giscor (Gruppo Italiano per lo Screening colonrettale) indicano come accettabile un tasso di adesione grezza pari al 40%.

Discussione

I risultati esposti, da un lato testimoniano il grosso sforzo organizzativo profuso dalle aziende da cinque anni a questa parte. D'altro canto, pur se non esaustivi, permettono di evidenziare alcune aree critiche, comuni a buona parte delle aziende, che richiedono attenzione e sono così sintetizzabili.

1. Popolazione bersaglio, liste, fonti informative

La definizione della popolazione bersaglio e la disponibilità di liste di buona qualità, ossia con informazioni complete ed aggiornate e con campi univoci che permettono l'incrocio con altre basi dati, è un requisito importante per la corretta identificazione ed il conseguente arruolamento del target, evitando errori di duplicazione (stesso soggetto con anagrafiche diverse) o convocazioni respinte, ritornate al mittente, o peggio di soggetti deceduti.

Le differenze nella definizione del target (generalmente residenti o assistite) e la disomogeneità delle fonti informative utilizzate (anagrafi comunali o degli assistiti) nella fase di reclutamento rappresenta un punto di debolezza.

Considerato desiderabile disporre di liste di popolazione derivate da anagrafi comunali (maggior garanzia di correttezza dei dati), possibilmente confrontate, per le informazioni d'interesse con l'anagrafe assistite, ed aggiornate annualmente, è necessario garantire, qualora si possa utilizzare solo l'anagrafe assistite, il suo periodico aggiornamento con i dati provenienti dai Comuni. Da ciò consegue la necessità di un'azione integrata tra i centri screening dei programmi ed i sistemi informativi aziendali, anche in considerazione del fatto che la popolazione target dei programmi di screening coincide con oltre il 25% dell'intera popolazione. Infine, dalle informazioni raccolte emerge che la correzione a priori delle liste per l'esclusione temporanea (test di screening recente) o permanente (soggetto già affetto da patologia), avviene in maniera disomogenea e non sistematica: prevale, infatti, la raccolta e registrazione del dato a posteriori (tramite il soggetto stesso che dopo l'invito comunica al centro la propria situazione, o in alcuni casi, grazie al MMG). In tal senso è auspicabile uno sforzo da parte dei programmi nell'utilizzo delle banche dati aziendali esistenti (SDO e flusso informativo specialistica ambulatoriale); il confronto periodico con le liste di popolazione consente infatti una maggior efficienza nella gestione del reclutamento e migliori performance in termini d'adesione.

2. Azioni di sollecito

Alcuni programmi non provvedono al sollecito dei non rispondenti e non sempre anche laddove il sollecito viene effettuato la attività è svolta sistematicamente.

Il raffronto con i dati di adesione di ciascun programma suggerisce la necessità di rendere omogenea e sistematica tale azione, in quanto esistono evidenze, in letteratura, della possibilità, mediante attività di sollecito svolta sistematicamente, di aumentare del 5-10% i tassi di adesione.

3. Sorveglianza epidemiologica della sensibilità

La sorveglianza attiva **dei carcinomi intervallo** è disomogenea e non sistematica per ragioni legate alla scarsità di risorse ed alle difficoltà oggettive dei programmi nell'avviare registri di patologia. Ciò condiziona l'impossibilità di monitorare la sensibilità diagnostica dei programmi impedendo, di fatto, anche la revisione critica dei test di screening per la valutazione di eventuali errori. Considerata l'importanza di quest'aspetto, è necessario individuare metodi alternativi, ma sufficientemente efficienti, d'identificazione dei carcinomi intervallo, eventualmente a partire da basi dati aziendali esistenti (archivi di screening/sdo), sulla base anche di quanto prodotto da recenti esperienze italiane.

4. Tempi d'attesa

Poiché ciascuna prestazione di screening all'interno di un programma organizzato non è originata da una spontanea richiesta, bensì indotta da invito attivo i tempi di attesa tra esecuzione del test di screening e consegna referto, in caso di esito negativo, ed accesso all'approfondimento, in caso di esito positivo, sono importanti indicatori di qualità dei programmi. A questo proposito esistono standard di riferimento indicati dalle società scientifiche italiane: vi è la necessità di condividere e rendere espliciti riferimenti in tal senso validi e sostenibili sul territorio regionale.

5. Intervalli di round

Nonostante non fosse espressamente previsto dai questionari, durante i colloqui è stato raccolto il dato, in particolare per lo screening mammografico, relativo al rispetto della scadenza dei due anni tra due inviti consecutivi. In alcuni casi sono state segnalate difficoltà con conseguente prolungamento dell'intervallo di round. Ciò comporta una diminuzione di efficacia del programma di screening ed una maggiore probabilità di comparsa di carcinomi d'intervallo.

Vi è la necessità di porre attenzione a quest'aspetto, individuando, laddove necessario, correttivi che consentano il rispetto delle scadenze di chiamata.

6. Centri di lettura

A proposito dello screening mammografico si ravvisa in alcuni casi un'eccessiva dispersione dei centri di lettura delle mammografie di screening, con un numero di lettori elevato rispetto alle mammografie di screening effettuate. Tale aspetto ha bisogno d'approfondimento essendo strettamente correlato alla specificità dei programmi.

Conclusione

Quanto esposto rappresenta la fotografia dello stato dell'arte dei programmi di screening organizzato dei carcinomi mammario e colon rettile in Regione Lombardia.

E' evidente lo sforzo profuso dal 2000 ad oggi che ha consentito l'attivazione dello screening del carcinoma mammario in 14/15 ASL e l'avvio, nel corso del 2005, dello screening del carcinoma colonrettale in 12/15 ASL, con conseguente diffusione alla popolazione di messaggi preventivi corretti ed induzione di conseguenti comportamenti virtuosi (adesione agli inviti).

In relazione ad alcune criticità ed relativi spazi di miglioramento, è stato costituito un gruppo di lavoro regionale per la organizzazione e valutazione dei programmi di screening il cui obiettivo prioritario è quello di rendere omogenea, standardizzare e monitorare la qualità dell'offerta sul territorio regionale, in accordo con quanto previsto nel vigente Piano Oncologico.

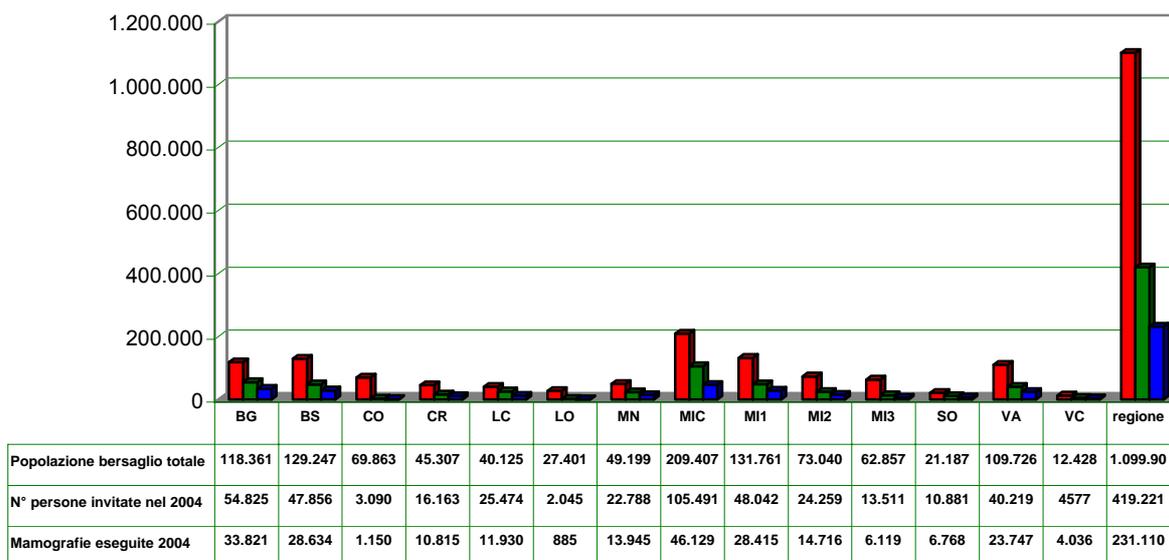
Parallelamente, a sostegno della azione di avvio e miglioramento dei programmi di screening, nei recenti provvedimenti regionali sulle regole d'esercizio 2006 (DGR VIII/1375 del 14.12.2005, successiva Circolare applicativa e pareri preventivi per la predisposizione del Bilancio di Previsione 2006); è stato attribuito un particolare rilievo all'area della prevenzione oncologica secondaria.

Da ultimo si sottolinea come il metodo utilizzato per la raccolta dei dati, che ha visto colloqui approfonditi ed individuali con tutti i responsabili coinvolti, unitamente al recente corso di formazione regionale condotto in collaborazione con IREF sullo screening del CCR mediante FOBT, che ha visto la partecipazione di oltre 100 operatori del SSR, abbiano facilitato l'avvio di una rete di confronto e di condivisione di esperienze senz'altro utile alla crescita del sistema.

Analogamente il presente report intende fornire spunti di riflessione, utili a ciascuno per una eventuale "ritaratura" dei propri interventi, contestualizzandoli all'interno del sistema.

Fig.1

Regione Lombardia - Screening mammografico 2004 - Popolazione bersaglio/Invitate/Mammografie eseguite/ %Estensione effettiva



Estensione effettiva	46 %	37 %	4 %	36 %	63 %	7 %	46 %	50 %	36 %	33 %	21 %	51 %	37 %	37 %	38 %
-----------------------------	-------------	-------------	------------	-------------	-------------	------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

Fig. 2

Regione Lombardia - Screening mammografico 2004 - Adesione grezza/corretta

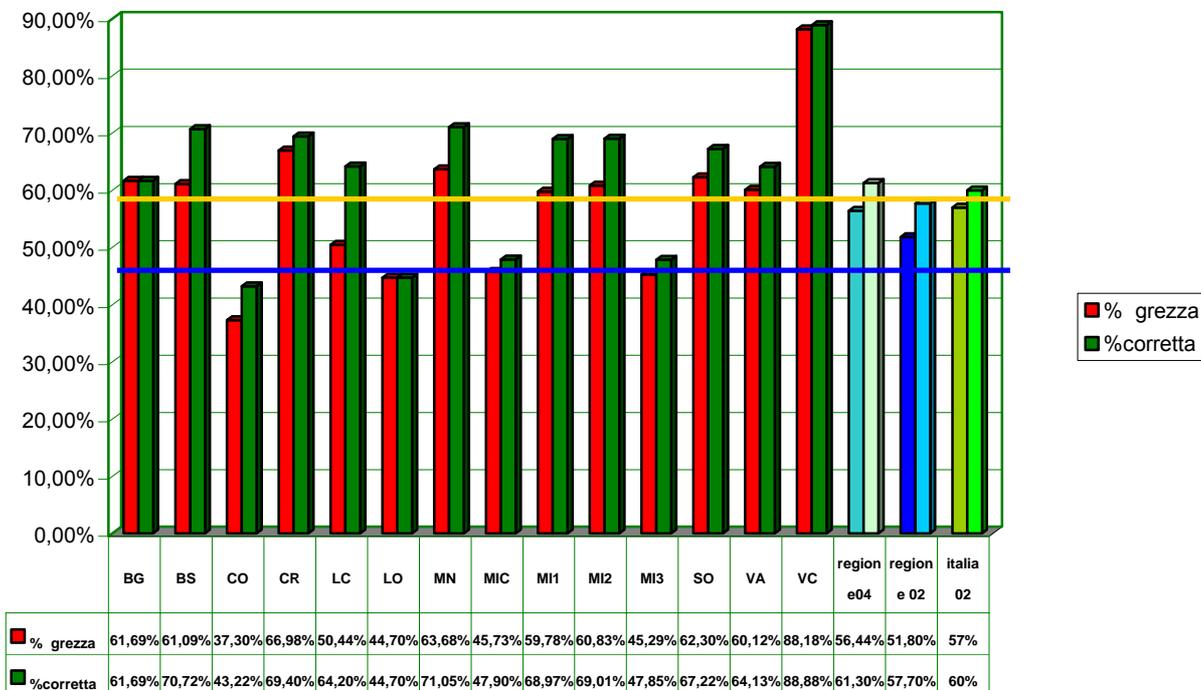
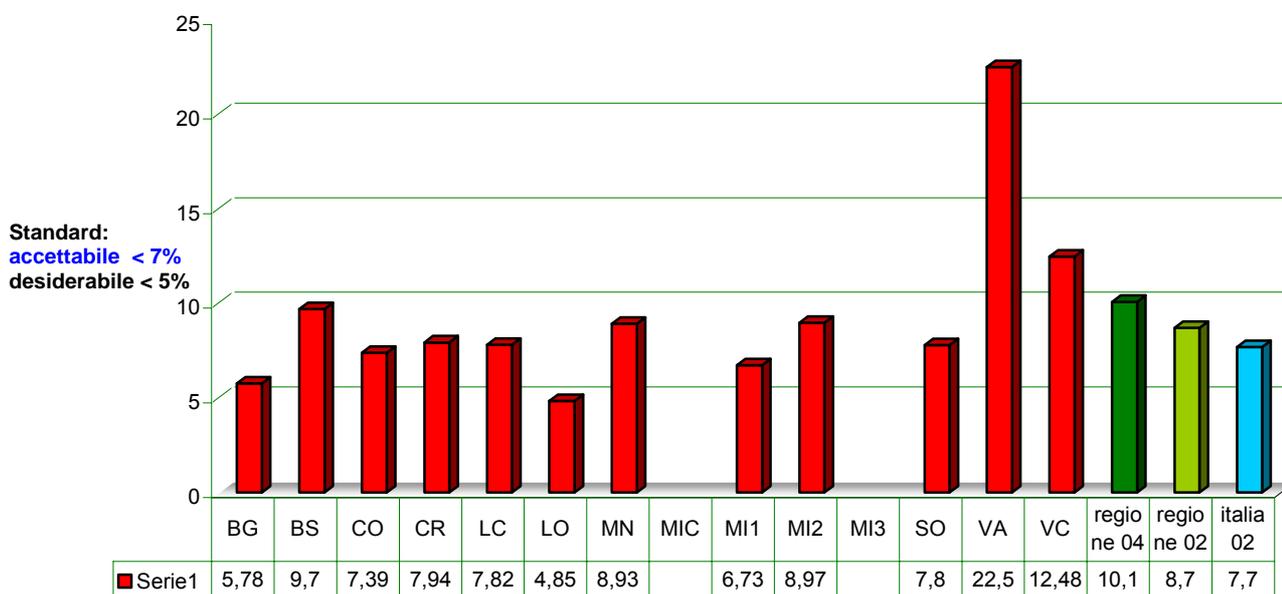


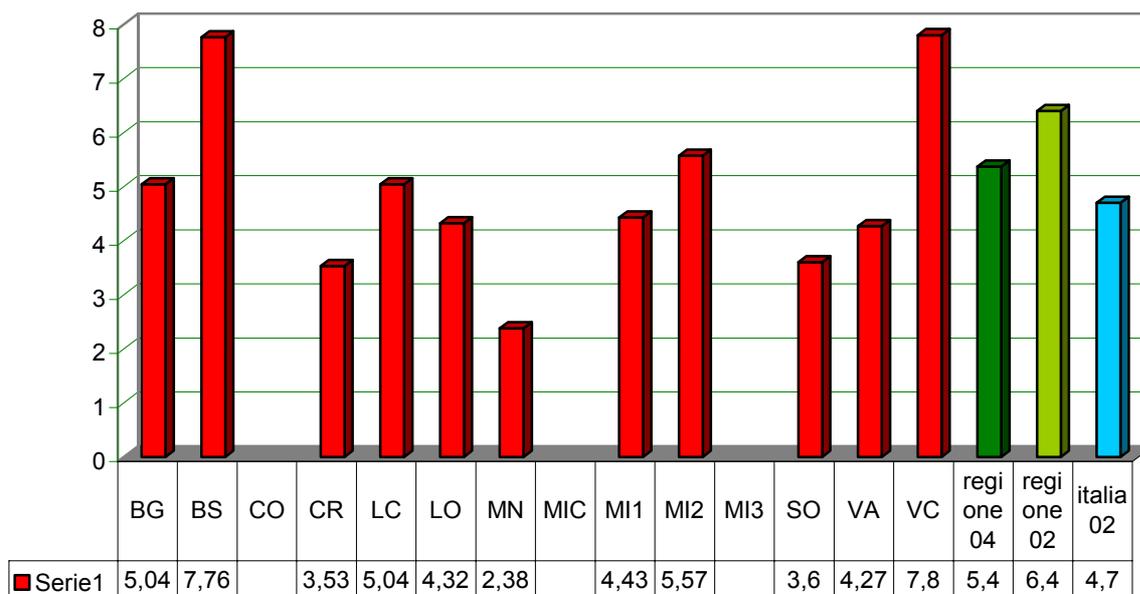
Fig.3

Regione Lombardia - screening mammografico 2004 - Primi Esami - Tasso Approfondimento



Regione Lombardia - Screening mammografico 2004 - Esami successivi - Tasso di Approfondimento

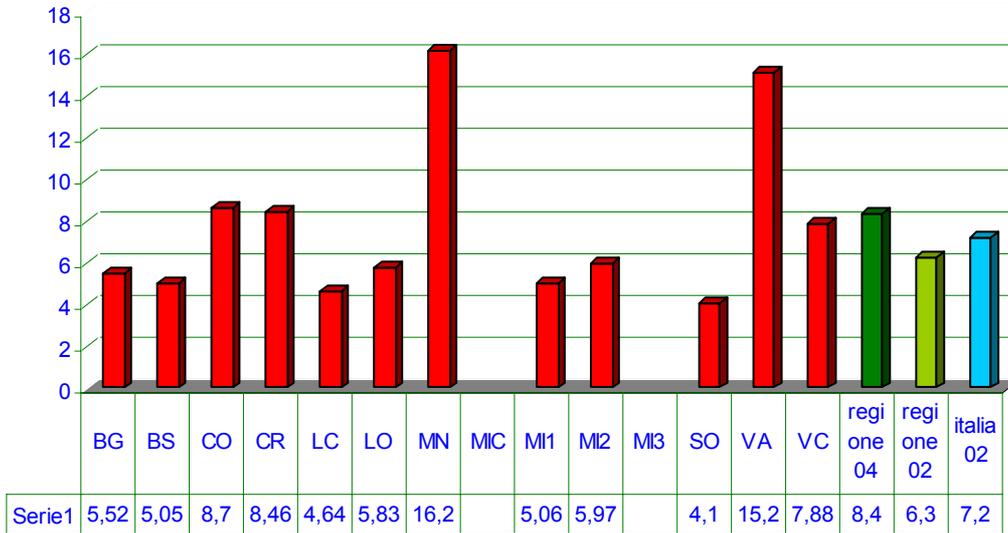
Fig.4



standard:
 accettabile <math>< 5\%</math>
 desiderabile <math>< 3\%</math>

Fig.5

**Regione Lombardia - Screening mammografico 2004 - Primi esami -
Tasso di identificazione totale
(* 1000 screenate)**



**Regione Lombardia - Screening mammografico 2004 - Esami successivi -
Tasso di identificazione totale (*1000 screenate)**

Fig.6

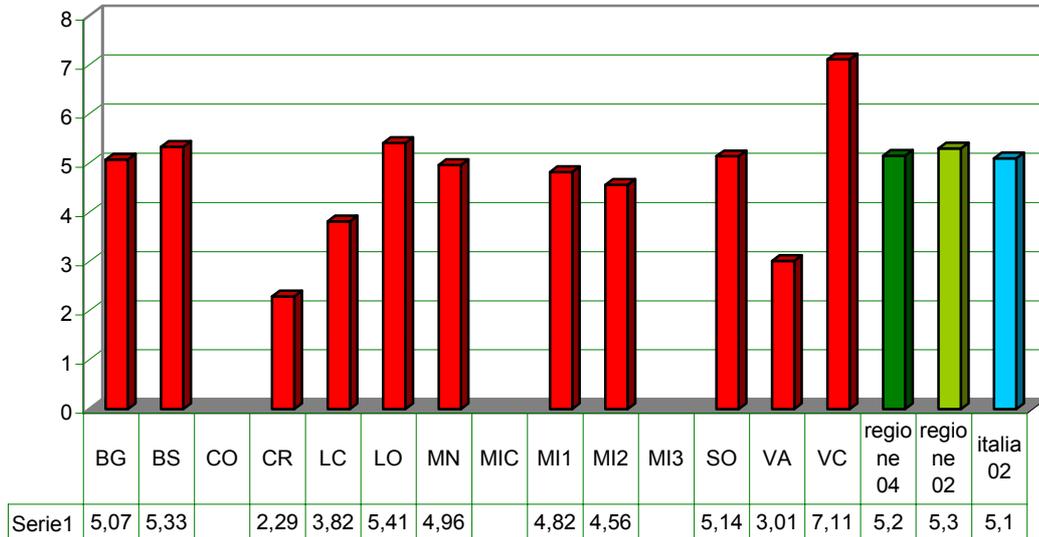
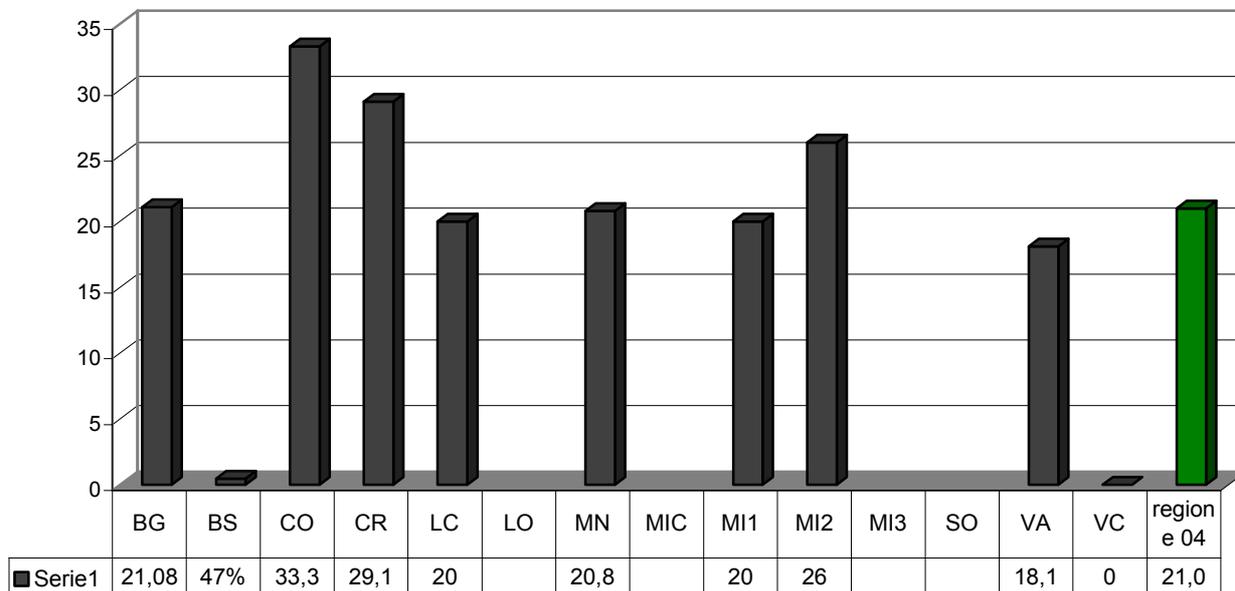


Fig.7

Regione Lombardia - Screening mammografico 2004- Primi Esami - % Esami invasivi < 1cm.



Regione Lombardia - Screening mammografico 2004 - Esami successivi - % ca invasivi < 1 cm.

Fig.8

standard
accettabile > 25%
desiderabile > 30%

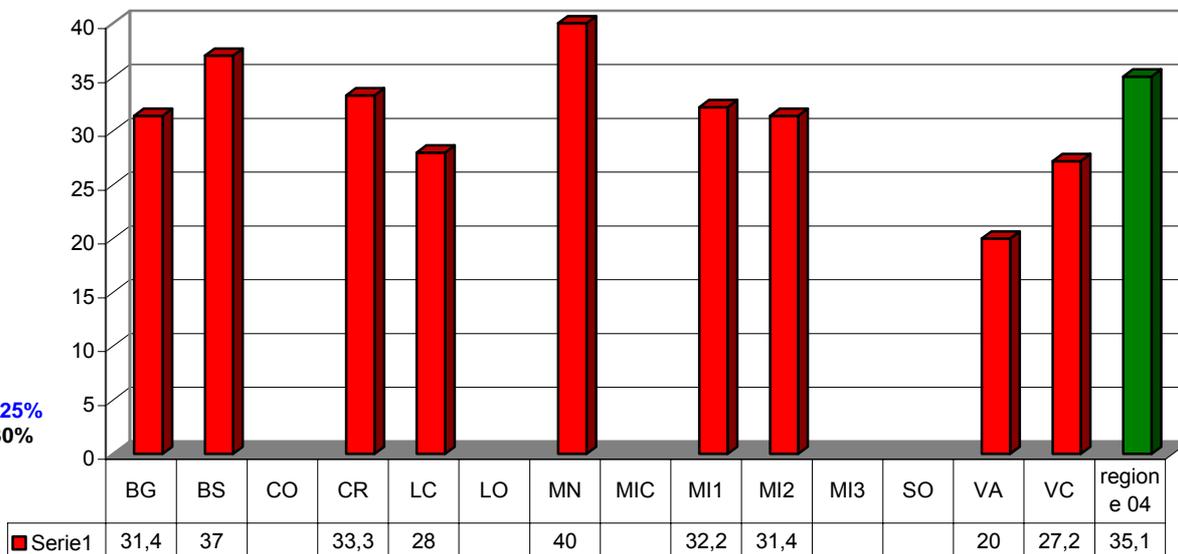


Fig.9	CCR Attività 2005					
	N° totale invitati	N° totale FOBT refertati	%	N° FOBT negativi	N°FOBT positivi	% Approfondimento
BG	4070	1504	37,0	1504	80	5,3
BS	4001	501	12,5	471	19	4,0
CO	0	0		0	0	
CR	48887	17068	34,9	15688	823	5,2
LC	3721	1003	27,0	945	52	5,5
LO	2000	nd		nd	29	
MI C.	17088	2356	13,8	2153	191	8,9
MI 1	600	10	1,7	9	1	11,1
MI 2	500	nd		nd	nd	
MI 3	0	0	0,0	0	0	0,0
MN	18.734	6.660	35,6	6.346	314	4,9
PV	47281	13362	28,3	11619	824	7,1
SO	4.582	1.790	39,1	1.694	96	5,7
VA	0	0	0,0	0	0	0,0
Vac	100	45			3	
	151564	44299	29,2			

MAMMELLA COORDINAMENTO ED INTEGRAZIONE								
Tab1	Inizio programma	Atto Formale	Estensione	Organizzazione	Valutazione	Procedura	Comitato Tecnico interaziendale	PDT
BG	2000	SI D. 78/2000	Aziendale	MPC	MPC	SI, allegata al contratto con Erogatori	SI	SI sia per 1° che 2° livello
BS	1998	SI D.1628/2000	Aziendale	MPC	MPC	SI, allegata al contratto con Erogatori	SI	SI sia per 1° che 2° livello
CO	2004	SI D.1367/2000	Aziendale	MPC	MPC	SI, allegata al contratto con Erogatori	SI	SI solo per 1° livello
CR	2000	SI D. 131/2000	Aziendale	U.O. Screening oncologici - DPM	U.O. Screening oncologici - DPM	SI, allegata al contratto con Erogatori	SI	SI solo per 1° livello
LC	1999	SI D.1043/1999	Aziendale	MPC	MPC	SI, allegata al contratto con Erogatori	SI	SI solo per 1° livello
LO	2002	SI D. 702/2002	Aziendale	MPC	MPC	SI, allegata al contratto con Erogatori	SI	SI sia per 1° che 2° livello
MI C.	1999	SI D. 191/1999	Comunale	OE	OE	SI, allegata al contratto con Erogatori	NO	SI sia per 1° che 2° livello
MI 1	1999	SI D. 104/1999	Aziendale	MPC	MPC	SI, allegata al contratto con Erogatori	SI	SI sia per 1° che 2° livello
MI 2	2001	SI D. 839/2000	Aziendale	MPC	CTS	SI, allegata al contratto con Erogatori	SI	SI sia per 1° che 2° livello
MI 3	2000	SI D. 599/1999	Comunale	MPC		SI, allegata al contratto con Erogatori	SI	SI solo per 1° livello
MN	2000	SI D. 57/2000	Aziendale	MPC	OE	SI, allegata al contratto con Erogatori	SI	SI sia per 1° che 2° livello
SO	2000	SI D.366/2001	Aziendale	MPC	MPC	SI, allegata al contratto con Erogatori	SI	SI sia per 1° che 2° livello
VA	2000	SI D. 158/2001	Aziendale	MPC	OE	SI, allegata al contratto con Erogatori	SI	SI sia per 1° che 2° livello
VLC	2001	SI D.1079/2001	Aziendale	MPC	MPC	SI	SI	SI sia per 1° che 2° livello, in fase di revisione

MAMMELLA ORGANIZZAZIONE

Tab. 2	Chiamate 1°liv.	Chiamate 2°L	Appuntamento 1°L	Sollecito	Adesione spontanea	MMG	Esclusione permanente	Esclusione temporanea	Materiali informativi Prodotti
BG	Erogatori (6 aziende)	Erogatori (6 aziende).	SI Appuntamento prefissato	SI 30gg	SI in fascia e residenti	NO	SI	SI	Giornali TV/radio Locali Manifesti incontri pubblici siti dedicati
BS	Erogatori	Erogatori	SI Appuntamento prefissato	SI 90 gg	NO	NO	SI	SI	Giornali Tv /radio manifesti Locandine incontri pubblici siti dedicati
CO	ASL	Erogatori	SI Appuntamento prefissato	SI	SI in fascia e residenti nei distretti già attivati	NO	SI	SI	Giornali Tv /radio manifesti Locandine incontri pubblici siti dedicati
CR	ASL	ASL	SI con termine x effettuazione esame	SI 90gg	SI in fascia	NO	SI	SI	Giornali manifesti locandine Incontri pubblici siti dedicati
LC	ASL	Erogatori (radiologia Lecco)	SI Appuntamento prefissato	SI	SI in fascia	NO	SI	SI	Giornali TV/radio Locali Manifesti incontri pubblici siti dedicati
LO	ASL	Erogatori	SI Appuntamento prefissato	NO	NO	NO	SI	SI	Giornali manifesti locandine Incontri pubblici
MI C.	ASL	ASL	SI Appuntamento prefissato	SI 60gg	SI in fascia e di età compresa tra 45 49 anni	SI (no compenso)	SI	SI	Giornali Tv /radio manifesti Locandine incontri pubblici
MI 1	ASL	Erogatori (radiologie)	SI Appuntamento prefissato	SI	SI in fascia	NO	SI	SI	Giornali manifesti Locandine incontri pubblici
MI 2	ASL	ASL	SI Appuntamento prefissato	SI 90gg	SI in fascia	NO	SI	SI	Giornali Tv /radio manifesti Locandine incontri pubblici
MI 3	ASL	Erogatori	SI Appuntamento prefissato	NO	NO	NO	SI	SI	Giornali manifesti Locandine
MN	ASL	Erogatori (centro unico di approfondimento)	SI Appuntamento prefissato	SI 90gg	SI in fascia	NO	SI	SI	Giornali manifesti Locandine
SO	ASL	Erogatori (radiologie)	SI Appuntamento prefissato	SI 90gg	SI in fascia e per età >69	NO	SI	SI	Giornali Tv /radio manifesti Locandine incontri pubblici
VA	ASL	Erogatori	SI Appuntamento prefissato	SI 60gg	SI in fascia; 45-49 anni su richiesta	SI (no compenso)	SI	SI	Giornali Tv /radio manifesti Locandine incontri pubblici
VLC	ASL	Radiologia	SI Appuntamento prefissato	SI 90 gg	SI a tutte le richieste (anche 45-50)	NO	SI	SI	manifesti

MAMMELLA SISTEMA INFORMATIVO												
Tab3	Debito inform.esplicito	Tempi Attesa mammo-esito neg. mammo-approf.	Software	Record Individuale	Anagrafi	Aggiornamento	Fonte Esclusione	Fonte Ca intervallo	Target e fascia età	Referenti esiti 2°liv	Report periodici	Dettaglio
BG	SI	SI 1° Liv. 21 gg.lav 2° Liv 10+3 gg.lav	SI	SI	Residente	SI ad oggi round	Utenti	Sorveglianza passiva	119994 50-69	SI	SI Trimestrale	Aziendale; Erogatori
BS	SI	SI 1° Liv. 15 gg.lav 2° Liv 30 gg.lav	SI	SI	Residente	SI Annuale	Utenti	R. Tumori; SDO	128476 50-69	SI	SI Semestrale	Aziendale; Erogatori
CO	SI	SI 1° Liv 2 livello entro 3 gg.	SI	SIA	Assistita	SI	SDO; 28/san MMG Utenti	Sorveglianza passiva	69846 50-69	SI	SI	Erogatore
CR	SI	SI 10 gg	SI	SI	Residente	SI Tempo reale	Utenti	SDO	45307 50-69	SI	SI Semestrale	Erogatore
LC	SI	SI 1° Liv. 21 gg.lav 2° Liv 10 gg.lav (SI	SI	Residente	SI Semestrale	R. patologia; SDO; 28/san	R. Patologia; SDO	20000 50-69	SI	SI	Aziendali distrettuali comunali erogatori
LO	SI	SI 1° Liv.25 gg 2° liv. 7 GG.	SI	SI	Assistita	SI Mensilmente	SDO;28/san; A.P.; utenti	Sorveglianza passiva	23000 50-69	SI	SI annuali	Aziendale
MI C.	SI	SI 1° Liv. 10gg.lav 2° Liv entro 5gg.lav	SI	SI	Residente	SI Annuale	R. Tumori; R.Patologia; SDO; MMG; Utenti	R.Tumori; R.Patologia; SDO; 28/san	210000 50-69	SI	SI Annuale	Aziendali Erogatore
MI 1	SI	SI 1° Liv. 5 gg.lav 2° Liv al + presto	SI	SI	residente assistita	SI Annuale	SDO; 28/san	SDO; 28/san	120000 50-over 70	SI	SI Annuale	Erogatore
MI 2	SI	referto entro 6gg	SI	SI	Residente assistita	SI Annuale	R.Patologie; SDO; 28/san; utenti	SDO;28/san; utenti; R.Mortalità; R.Patologia	72000 50-69	SI	SI Semestrale	Aziendali Erogatore
MI 3			SI	SI	Residente	SI 6 mesi	SDO;28/san; utenti	SDO;28/san; utenti	145709 50-69			Erogatore
MN	SI	1° Liv. 17 gg.lav 2° Liv 9 gg.lav	SI	SI	Assistita	SI (specificare)	R.Tumori; SDO; 28/san; A.P.	R.Tumori; A.P.	49660 50-69	NO	SI Annuale	Aziendali distrettuali erogatori
SO	SI	SI 1° Liv. entro 21gg.lav 2° Liv 10gg.lav	SI	SI	Assistita (chiamati i residenti)	SI Trimestrale	R.tumori; R. patologie; SDO; AP; Utenti	R.tumori; R. patologie; SDO; AP; MMG	22000 50-69	SI	SI trimestrale	Aziendali distrettuali comunali
VA	SI	SI 1° Liv. 10gg.lav 2° Liv entro 5gg.lav	SI	SI	Assistita	SI annuale	SDO; MMG; utenti	R. Tumori	109711 50-69	SI	SI Annuale	Aziendali Distrettuali erogatore MMG
VLC	SI	1° liv. 21gg.lav, 2°liv. 10gg lav	SI	SI	Assistita	SI (specificare)	utenti	Sorveglianza passiva	12000 50-69	SI	SI Annuale	Aziendali

MAMMELLA tariffe/risorse/varie

Tab4	Tariffa test di screening	Tariffa approfondimenti	Risorse umane	Collaborazione Soggetti esterni	Verifica 28/san	Call center	N° Verde
BG	€ 49,06 omnicomprensiva		1 medico; 1 ASV; 2 IP; x tutte le linee	NO	SI 28san < screening	NO	NO
BS	€ 43,90	Nomenclatore Tariffario	1 Medico ;1 Amm. x tutte le linee	SI: Università; Istituti Ricerca; Enti L.	SI 28san =screening	URP ASL	
CO	€ 37	Nomenclatore Tariffario	2 IP; 2 dir Medico	SI: Associazioni	SI 28san =screening	SI Numero Verde	
CR	Nomenclatore Tariffario	Nomenclatore Tariffario	1 amm; 0,3 medico; 6,6 AS x tutte le linee	SI: Associazioni	SI 28san < screening	SI Numero Verde	800279999
LC	Mammo screening 26+8lett.+7arc	Nomenclatore Tariffario	2 medici 50% 2 IP 50%	SI: Associazioni	SI 28san =screening	SI Numero Verde	
LO	€ 37,32 (nomenclatore abbattuto del 10%)	monolaterale €19,32 Eco monolaterale € 18,00 Citologico agoaspirato € 39,95	1 medico; 2 AS; 1 IP x tutte le linee	NO	NO, ma prevista	SI Numero Verde	800440099
MI C.	€ 30,99 omnicomprensiva		0,50 epidemiologo; 2 infr; 0,50 amm;12 IP e AS	Università Fondazioni Associazioni	SI 28san < screening	SI Numero Verde	800255155
MI 1	€ 35,50 omnicomprensiva		1 dir. Medico; 3 I.P.; 3 amm; 1 infor	Università; Istituti Ricerca; Enti L	SI 28san < screening	SI Numero Verde	800705630
MI 2	€ 36 omincomprensiva		3 medico; 8 IP ASV; 2 Amm; 1 borsista	NO	SI 28san =screening	SI Numero Verde	800940007
MI 3	€ 42 omnicomprensiva		1 dir. Medico; 1 IP (70%); 1 medico 8ore/sett.; 1 amm;	NO	SI 28san =screening	SI Numero Verde	
MN	€ 34 omnicomprensivo (dal 2006 €40)		1 dir Medico(80%); 1 AFD(80%); 3 ASV(80%); 1 ostretica; 1 Amm (cococo); 1 dirg. Biologo(15%); 3 ASV (15%); 1 Ostretica (15%)	NO	SI 28san =screening	SI Numero Verde	800584850
SO	€ 44,40	esami approf. € 60 omnicomprensivo	1 medico; 2 amm. di cui 1 al 50%	NO	SI 28san < screening	SI Numero Verde	800569300
VA	€ 38,73 omnicomprensiva		3 A S; 1 IP; 4 Medici	Università; Istituti Ricerca; Assicurazione	NO	SI Numero Verde	800 371315
VLC	stessa azienda	stessa azienda	1 medico 2 AS		SI 28san =screening	SI Numero Verde	800221661

Tab5	CCR COORDINAMENTO ED INTEGRAZIONE							
	Inizio programma	Atto Formale	Estensione	Aspetti organizzativi	Aspetti valutativi	Procedura organizzativa	Comitato Tecnico interaziendale	Protocolli diagnostico terapeutici
BG	set-05	SI D.59619/2005	Distrettuale	MPC	MPC	SI, allegata al contratto con Erogatori	SI	No, per ora, ma previsti
BS	nov-05	SI D.823/2005	Distrettuale	MPC	MPC	SI, allegata al contratto con Erogatori	SI	SI sia per 1° che 2° livello
CO	dic-05	SI D.461/2005	Aziendale e Distrettuale	MPC+SIS	MPC+SIS	SI, allegata al contratto con Erogatori	SI (MPC+SIS+LAB+ENDOSCOPIE)	SI, solo per il test di screening
CR	nov-01	SI D. 269/2001	Aziendale	UOS Dip Screening Oncologici	UOS Dip Screening Oncologici	SI, allegata al contratto con Erogatori	SI	SI sia per 1° che 2° livello (per 2° liv. Linee guida del Diponcologico)
LC	09-nov-05	SI D.480/2005	Aziendale	MPC	MPC	SI, allegata al contratto con Erogatori	SI	SI sia per 1° che 2° livello
LO	dic-05	SI D.644/2005	Aziendale	MPC	MPC	SI, allegata al contratto con Erogatori	SI	SI sia per 1° che 2° livello
MI C.	ott-05	SI D.G.1223/2004	Comunale	OE	OE	SI, allegata al contratto con Erogatori	NO, ne è previsto	SI sia per 1° che 2° livello
MI 1	nov-05	SI D.480/2005	Aziendale	MPC	MPC	SI parte del contratto	No, per ora, ma previsti	NO
MI 2	gen-06	SI	Aziendale	MPC	CTS	SI, allegata al contratto con Erogatori	SI	SI sia per 1° che 2° livello
MI 3	dic-05	SI	Aziendale	MPC	MPC	SI, ma non parte integrante del contratto	SI	SI sia per 1° che 2° livello
MN	giu-05	SI D.67/05	Aziendale	MPC	OE	SI, allegata al contratto con Erogatori	SI Commissione Oncologica (MPC,OE, Cure Primarie, radiologi, chirurghi, gastroenterol.....)	SI per il test di screening, previsto per gli approfondimenti
PV	08-feb-05	SI D 555/2003	Aziendale	SITRA + MPC	MPC	SI, allegata al contratto con Erogatori	SI: responsabili Asl +Responsabili erogatori	SI sia per 1° che 2° livello
SO	set-05	SI D.417/2005	Aziendale	MPC	MPC	SI, allegata al contratto con Erogatori	SI (coincide con il DiPO)	SI sia per 1° che 2° livello
VA	apr-06	Previsto	Aziendale	MPC + distretti	Oss.Epid.	In fase di predisposizione	SI (MPC, OE, Dipartimento Oncologico, Università, Gastroenterologie)	Previsti sia per il 1 che il 2 livello
VLC	gen-06		Aziendale	MPC	MPC	In fase di predisposizione		

CCR ORGANIZZAZIONE											
Tab6	Chiamate 1°L	Chiamate 2°L	Appuntamento 1°L	Sollecito	Adesione spontanea	MMG	Esclusione permanente	Esclusione temporanea	Distribuzione Kit	Riconsegna Kit	Materiali informativi Prodotti
BG	ASL	ASL	Termine entro il quale ritirare il test 30gg	SI 45gg	NO	SI x counseling (NO compenso)	SI	SI	Farmacie	Farmacie	Giornali Tv/radio Manifesti Locandine Sito ASL Lega tumori
BS	ASL	ASL con i MMG	Termine entro il quale ritirare il test	SI 90 gg	NO	SI x invio al 2° livello e recupero non rispondenti (NO compenso)	SI	SI	Farmacie	Farmacie	Giornali Manifesti Locandine Incontri pubblici
CO	ASL	Erogatori (GE) in collaorazione con ALS	SI Termine entro il quale ritirare il test	SI a conclusione degli inviti nell'area geografica	SI se in fascia	NO	SI	SI	Farmacie	Farmacie	Giornali Tv /radio manifesti Locandine incontri pubblici siti dedicati
CR	ASL	ASL fissa app. in GE	Termine entro il quale ritirare il test	NO	SI se in fascia	NO	SI	SI	Farmacie	Farmacie	Giornali Depliant Sito ASL
LC	ASL	Erogatori (GE) in collaorazione con ALS	Appuntamento e pre fissato e termine entro il quale effettuare il test	SI	NO	SI X solleciti e x rifiuti di soggetti positivi (NO Compenso)	SI	SI	Farmacie Distretti Comuni e Associazioni Volontariato	Distretti	Giornali Tv/radio Locali
LO	ASL	Erogatori (GE)	Termine entro il quale ritirare il test 7gg	NO	SI se in fascia	NO	SI	SI	Punti Prelievo A.O.	Punti Prelievo A.O.	Giornali Incontri pubblici con MMG
MIC	ASL	ASL	Libero	SI 60gg	SI se in fascia	SI (NOcompenso)	SI	SI	Farmacie	Farmacie	Giornali Tv/radio Locali Manifesti Locandine
MI 1	ASL	GE	Termine entro il quale ritirare il test	NO per ora	NO	NO	SI	SI	Farmacie	Farmacie	n.d.
MI 2	ASL	ASL telefonicamente indirizzando a MMG o GE per counselling	Libero	SI 90gg	SI se in fascia	SI (NO compenso)	SI	SI	Farmacie	Farmacie	Giornali Manifesti Locandine Incontri
MI 3	ASL	ASL	Termine entro il quale ritirare il test e/o x contattare il centro screening	Dato non disponibile	NO	SI	SI	SI	Farmacie	Farmacie	Manifesti Locandine Incontri pubblici
MN	ASL	ASL	Libero	SI 90 gg	NO	SI (COMPENSO)	SI	SI	Farmacie	Farmacie	Giornali Depliant
PV	ASL	ASL	Appuntamento prefissato	SI 90/120 gg	SI se in fascia	SI x il sollecito (COMPENSO)	SI	SI	Distretti	Distretti	Giornali Manifesti locandine siti dedicati
SO	ASL	Erogatori (GE)	Termine entro il quale ritirare il test	SI 90gg 30gg x contenitore ritirato	SI se in fascia e x età > 69	NO	SI	SI	Distretti	Distretti	Giornali Tv/radio locali Manifesti Locandine
VA	ASL	ASL	Termine entro il quale ritirare il test	SI 60gg	SI	SI X correzione liste	SI	SI	Farmacie	Distretti	Giornali Tv/radio, manifesti locandine ,siti....
VCS	ASL	Endoscopie	Termine entro il quale ritirare il test	ND	Si se in fascia	NO	Si	Si	farmacie	farmacie	Opuscolo, lettera, locandina

CCR SISTEMA INFORMATIVO

Tab7	Debito inform.esplicito	Tempi di attesa FOBT - esito neg. FOBT - approfond.	Software	Record Individuale	Anagrafi	Aggiornamento	Fonte Esclusione	Fonte Ca intervallo	Target e fascia età	Referenti esiti 2°liv	Report periodici
BG	SI	SI 1° Liv. 21 gg.lav 2° Liv 10+3 gg.lav	SI	SI	Residente /Assistito	Biennale	SDO	SDO	237000 ; 50 -69	SI	Previsti
BS	SI	SI 1° Liv. 21 gg.lav 2° Liv 21gg.lav (teorico)	SI	SI	Residente		SDO,MMG ,Utenti	Registro tumori da aggiornare SDO	255441 ; 50-69		
CO	SI	Prevista, ma n.d.	SI	SI	Assistita	Mensile	SDO,MMG,Utenti	SDO,Utenti	136322; 50-69	Dato non disponibile	SI semestrale
CR	SI	1° liv. 7gg 2° liv.19 gg	SI	SI	Residenti	Biennale	Utenti	SDO	105000; 50-75	SI	SI annuali
LC	SI	Prevista	SI	SI	Residenti	Semestrale	R. patologia SDO 28/san	R. patologia SDO	40000; 50-69	SI	SI semestrali
LO	SI	1° liv. 30gg 2° liv. 15gg (counselling con specialista)	SI	SI	Assistiti	Mensile	SDO, 28/san, AP, Utenti	Sorveglianza passiva	53000; 50-69	SI	Previsti
MI C.	SI	SI 1° Liv. 10 gg.lav 2° Liv entro 5 gg.lav	SI	SI	Residenti	Tempo reale	R. Tumori , SDO,MMG,Utenti	Registro Tumori,SDO,28/san	360000; 50-69	SI	SI annuali
MI 1	SI	SI 1° Liv. 15 gg.lav 2° Liv nd	SI	SI	Residenti/Assiti	semestrale	Utenti	Per ora non prevista	240000; 50-69	In fase di definizione	Previsti annuali
MI 2	SI	1° liv. 7gg 2° liv. 15 gg lavorativi	SI	SI	Assistiti	Semestrale	SDO,R.Patologia, 28/san, Utenti	SDO,Registro Patologia,28/san,Utente, Registro mortalità	136000;50-69	SI	SI
MI 3	SI		SI	SI	Residente	Trimestrale	R. patologie,SDO,28/san ,MMG	SDO, 28/san,MMG	281615;50-69		SI
MN	SI	1° liv. 19 gg 2° liv. 30 gg	SI	SI	Assistiti	NO	Registro Tumori,SDO, 28/san,AP	Registro Tumori,AP	96596 ;50-69	NO, codifica CS	SI annuali
PV	SI	Intesa con Erogatori	SI	SI	Assistita	Trimestrale	SDO, 28/san,MMG,Utenti	SDO , 28/san,MMG	131.291; 50-69	SI	SI mensile
SO	SI	SI 1° Liv. 21 gg.la; 2° Liv entro 15 gg.lav	SI	SI	Assistita (chiamati i residenti)	Trimestralmente	R.Tumori,SDO, 28/san,AP	R.Tumori, R.Patologia, SDO	42000 ; 50-69	SI	SI semestrali
VA	SI	SI 1° Liv. 15 gg.lav 2° Liv comunicazione immediata,	SI	SI	Residente Assistita	mensile	R. Tumori; SDO; 28/san; MMG ;Utenti	R.Tumori SDO	207204;50-69	SI	SI
VLC	SI	SI 1° Liv. 21 gg.lav 2° Liv entro 15 gg.lav	SI	si	assistiti	Trimestralmente	utenti	sorveglianza passiva	24500 50-69	SI	Previsti

CCR tariffe/risorse/varie

Tab8	Costo FOBT	Tariffa approfondimenti	Risorse umane dedicate	Collaborazione Soggetti esterni	Verifica 28/san	Call center	Test di screening
BG	€1,95 + iva 20%	Nomenclatore Tariffario	1 medico 1asv 2 IP	SI (Enti Locali, Federfarma, Associazione trasportatori)	NO	SI (N. verde)	LSP BG (100ng/ml)
BS	€ 1,13 + iva 20%	€ 66.11 X colonscopia € 103.29 X polipectomia endoscopica € 93.48 X biopsie endoscopiche	1 Medico;1 I P.; 1 Analista Informatico 8-10 ore/sett; 1 OS a metà tempo	S (Università)	NO	SI	LSP BS
CO	€ 4,50	€ 100 forfettaria	2 medici 2 ASV 1 operatore tecnico	SI (Associazioni)		SI (No N.verde)	Erogatori
CR	€ 1.40 + iva 20%	Nomenclatore Tariffario	1 amm; 0.3 medico; 6.6 ASV; tutte le linee	NO	SI 28san< screen	SI (N. verde)	LSP Cr
LC	€ 1,95 + iva 20%	€ 130 forfettaria (colonsc+colloquio+ev.biopsia, polipectomia endoscopica)	2 medici (pt); 2 infermieri (pt) X tutte le linee	SI (Enti Locali, Associazioni)	SI 28san = screen	SI (N. verde)	LSP Lecco (cut off 100 ng/ml)
LO	€ 4,13	€ 93,48 (colon+biopsia)	1 medico 1 ip 2asv x tutte le linee	SI (Associazioni, Enti Locali)	Previste	SI (N. verde)	Erogatori
MI C.	€ 1,75 + iva 20%	Nomenclatore Tariffario	0,5 epidemiologo; 2 informatico; 0,50 amministrativo; 12 paramedico (I.P. e A.S.)	NO	NO	SI (N.verde)	LSP Milano(100 ng/ml)
MI 1	€ 1,85 + iva 20%	€ 100 forfettaria	1 medico; 3 infermiere (pt); 3 amm; 1 inform (pt) X tutte le linee	NO	Previste	Call center ASL	LSP Parabiago
MI 2	€ 3,40	Nomenclatore tariffario con abbattimento del 30%.	3 medico (1ore a12); 8 I.P./ASV (tutte al 50%) 1 amministrativo; 1 borsista informatico a tempo determinato; 1 amministrativo a tempo determinato	Associazioni (farmacie/ADF)	NO	SI (N verde)	LSP Città Milano
MI 3	€ 1,9 + iva 20%	Nomenclatore Tariffario	1 dirig. medico 1 IP (70%) 1 Medico 8ore/set. 1 amministrativo	NO	NO	Si(N.verde)	Erogatori
MN	€ 1,95 + iva 20%	€ 105 forfettaria (dal 2006 € 116)	0.8 medico; 0.15 biologo; 0.8 caposala;1.15 ostetrica; 0.95 ASV; 1 amm.cococo X tutte le linee	NO	Previste	Si(N verde)	LSP Mantova
PV	€ 3	Nomenclatore Tariffario	1 medico, 4 Infermieri, 1 amministrativo	Associazioni	Previste	S(N. verde)	Lab. Vigevano; Lab. Voghera AO Provincia Pavia
SO	€ 2,50 +iva 20%	Nomenclatore Tariffario	2 Medici non a tempo pieno ; 1 Amministrativo non a tempo pieno ; 4 Infermiere non a tempo pieno 1 Tecnici di laboratorio non a tempo pieno	NO	SI 28san = screen	SI	LSP SO (cut off 100ng/ml.)
VA	€2 + 20% iva	Non determinato		SI (Università)	NO	Si (N. verde)	LSP Va
VLC	€ 2,10 + iva 20%	stessa azienda	1 medico; 4 ASV	NO	nd	Si (N. verde)	Ospedale Esine (cut off 100ng/ml)