





-  Osservatorio
-  Nazionale
-  Screening
-  Quinto Rapporto

Redazione

Cinzia Tromba, Inferenze scari – Milano

Impaginazione

Luigi F. Bona, Studio Metropolis – Monza

Editore

Edizioni Inferenze scari

Stampa

Arti grafiche Ancora srl – Milano

Autori

Ancona Aldo, *Coordinamento Commissione Salute Regione Toscana*

Angeloni Claudio, *ASL di Teramo*

Anghinoni Emanuela, *ASL di Mantova*

Arfuso Ornella, *Resp. Org. Centro di riferimento, Azienda sanitaria 10 di Palmi (RC)*

Baiocchi Diego, *Agenzia di Sanità Pubblica, Regione Lazio*

Baldissera Sandro, *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS*

Banovich Flavio, *ULSS 4 Alto Vicentino, Thiene (VI)*

Bertozzi Nicoletta, *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS e Dip. Sanità pubblica AUSL Cesena*

Bietta Carla, *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS e UO epidemiologia, Dip. Prev. AUSL 2 Umbria, Perugia*

Binkin Nancy, *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS*

Bonanomi Andrea Giovanni, *CSPO Istituto Scientifico della Regione Toscana, Firenze*

Bordon Rita, *Centro per la Prevenzione Oncologica del Piemonte, Torino*

Bortoli Antonio, *ULSS 22, Bussolengo (VR)*

Castiglione Guido, *CSPO Istituto Scientifico della Regione Toscana, Firenze*

Cataliotti Luigi, *Clinica Chirurgica I, AOU Careggi, Firenze*

Cazzola Luigi, *ULSS 2, Feltrè*

Chianca Antonietta, *Osservatorio Epidemiologico Regionale della Campania*

Chionne Fausto, *Azienda USL 2 dell'Umbria, Dipartimento*

di Diagnostica per immagini, Programma screening mammografico

Ciatto Stefano, CSPO Istituto Scientifico della Regione Toscana, Firenze

Confortini Massimo, CSPO Istituto Scientifico della Regione Toscana, Firenze

Curia Luigi Rubens, dirigit. Settore Prevenzione primaria e secondaria, Dipartimento Tutela alla Salute, Regione Calabria

D'Argenio Paolo, Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie, Ministero della Salute, Roma

D'Argenzio Angelo, ASL Caserta 2

Dalla Palma Paolo, Ospedale di Trento

De Giacomi Giovanna, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS e ARES 118 Roma

Distante Vito, Clinica Chirurgica I, AOU Careggi, Firenze

Fateh-Moghadam Piroos, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS e Servizio Osservatorio epidemiologico, APSS, Trento

Federici Antonio, Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie, Ministero della Salute, Roma

Fersini Giuseppina, dirigit. Servizio Screening oncologici, Dipartimento Tutela alla salute, Regione Calabria

Finarelli Alba Carola, Assessorato alle Politiche per la Salute della Regione Emilia-Romagna

Frigerio Alfonso, Azienda Sanitaria Ospedaliera O.I.R.M. S. Anna, Torino

Fusco-Moffa Igino, Azienda USL 2 dell'Umbria, Dipartimento di Prevenzione, UOS di Epidemiologia

Gafà Lorenzo, sezione provinciale Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori di Ragusa

Galli Vania, AUSL Modena

Gallo Tolinda, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS e Azienda serv. san. 4 "Medio Friuli", Udine

Giordano Livia, Centro per la Prevenzione Oncologica del Piemonte, Torino

Giorgi Daniela, UO epidemiologia - ASL 2 Lucca

Giubilato Pamela, Centro per la prevenzione oncologica del Piemonte, Torino

Gramagna Maria, UO Prevenzione e Tutela Sanitaria e Veterinaria, Dir. gen. Sanità Regione Lombardia

Quinto Rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening

A cura di Marco Rosselli Del Turco
e Marco Zappa

Comitato tecnico-scientifico

Carlo Naldoni
Eugenio Paci
Nereo Segnan
Marcello Vettorazzi
Marco Zappa

Coordinamento editoriale

Liana Bonfrisco

Grazzini Grazia, *CSPO Istituto Scientifico della Regione Toscana, Firenze*
Greco Donato, *Capo Dipartimento Prevenzione e Comunicazione e Direttore operativo CCM, Ministero della Salute*
Iossa Anna, *CSPO Istituto Scientifico della Regione Toscana, Firenze*
Lauria Carmela, *sezione provinciale Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori di Ragusa*
Longobardi Carlo, *Servizio Materno-infantile, Regione Campania*
Macchi Luigi, *UO Prevenzione e Tutela Sanitaria e Veterinaria, Dir. gen. Sanità Regione Lombardia*
Maglietta Rocco, *Screening Basilicata*
Maglietta Teresa, *coordinamento Commissione Salute Regione Toscana*
Mancini Ettore, *Centro per la Prevenzione Oncologica del Piemonte, Torino*
Mano Maria Piera, *Centro per la Prevenzione Oncologica del Piemonte, Torino e Dipartimento Scienze biomediche e oncologia umana, Università di Torino*
Mantellini Paola, *CSPO Istituto Scientifico della Regione Toscana, Firenze*
Naldoni Carlo, *Assessorato alle Politiche per la Salute della Regione Emilia-Romagna*
Negozianti Maria, *Azienda USL 2 dell'Umbria, Dipartimento di Diagnostica per immagini, Programma screening mammografico*
Oddone Trinito Massimo, *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS e UO Epidemiologia, Dipartimento Prevenzione AUSL Roma C*
Paci Eugenio, *CSPO Istituto Scientifico della Regione Toscana, Firenze e per il Gruppo IMPATTO*
Pagano Giovanni, *AUSL Roma H, Albano Laziale, Roma*
Pavan Anna, *UO Prevenzione e Tutela Sanitaria e Veterinaria, Dir. gen. sanità Regione Lombardia*
Perra Alberto, *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS*
Petrella Marco, *Azienda USL 2 dell'Umbria, Dipartimento di Prevenzione, UOS di Epidemiologia*
Piccini Paola, *CSPO Istituto Scientifico della Regione Toscana, Firenze*
Pirola Maria Elena, *UO Prevenzione e Tutela Sanitaria e Veterinaria, Dir. Gen. Sanità Regione Lombardia*
Pizzutti Renato, *Osservatorio Epidemiologico Regionale della Campania*
Ponti Antonio, *Centro per la Prevenzione Oncologica del Piemonte, Torino*

Prandini Stefania, *Regione Umbria*
Puliti Donella, *CSPO Istituto Scientifico della Regione Toscana, Firenze*
Ronco Guglielmo, *Centro per la Prevenzione Oncologica del Piemonte, Torino*
Rosselli Del Turco Marco, *CSPO Istituto Scientifico della Regione Toscana, Firenze*
Rubeca Tiziana, *CSPO Istituto Scientifico della Regione Toscana, Firenze*
Salimbeni Silvana, *AUSL Bologna*
Sapino Anna, *Istituto di Anatomia Patologica, Università di Torino*
Sassoli de' Bianchi Priscilla, *Assessorato alle Politiche per la Salute della Regione Emilia-Romagna*
Scalisi Aurora, *Screening citologico di Catania*
Scardetta Paola, *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS*
Sconza Francesco, *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS e Dip. Prevenzione ASL 4, Cosenza*
Segnan Nereo, *Centro per la Prevenzione Oncologica del Piemonte, Torino*
Senore Carlo, *Centro per la Prevenzione Oncologica del Piemonte, Torino*
Stefanini Valeria, *Centro per la Prevenzione Oncologica del Piemonte, Torino*
Taffurelli Mario, *Dipartimento di Scienze Chirurgiche e Anestesiologiche, Chirurgia d'urgenza, Università di Bologna*
Tomatis Mariano, *Centro per la Prevenzione Oncologica del Piemonte, Torino*
Ventura Leonardo, *CSPO Istituto Scientifico della Regione Toscana, Firenze*
Vettorazzi Marcello, *IOV - Registro Tumori del Veneto, Padova*
Visioli Carmen Beatrice, *CSPO Istituto Scientifico della Regione Toscana, Firenze*
Volante Renza, *OIRM Sant'Anna, Torino*
Zanetti Roberto, *Centro per la Prevenzione Oncologica del Piemonte, Torino*
Zangirolami Federica, *Centro per la Prevenzione Oncologica del Piemonte, Torino*
Zanier Loris, *Agenzia di Sanità Pubblica, Regione Friuli-Venezia Giulia*
Zappa Marco, *CSPO Istituto Scientifico della Regione Toscana, Firenze*
Zorzi Manuel, *IOV - Registro Tumori del Veneto, Padova*

Indice

Introduzione	
<i>Marco Rosselli Del Turco e Marco Zappa</i>	8
Un neonato irrequieto: il CCM e la prevenzione possibile	
<i>Donato Greco</i>	10
Le nuove sfide per i prossimi anni	
<i>Teresa Maglione, Aldo Ancona</i>	12

I PROGRAMMI

Lo screening mammografico in Italia: survey 2004 e dati preliminari 2005	
<i>Daniela Giorgi, Livia Giordano, Leonardo Ventura, Alfonso Frigerio, Eugenio Paci, Marco Zappa</i>	16
Trend temporali di alcuni indicatori dei programmi di screening mammografico in Italia: 1996-2004	
<i>Livia Giordano, Daniela Giorgi, Paola Piccini, Leonardo Ventura, Valeria Stefanini, Carlo Senore, Eugenio Paci, Nereo Segnan</i>	32
Livello di attivazione e indicatori di processo dei programmi organizzati di screening dei tumori del collo dell'utero in Italia	
<i>Guglielmo Ronco, Pamela Giubilato, Carlo Naldoni, Manuel Zorzi, Emanuela Anghinoni, Aurora Scalisi, Paolo Dalla Palma, Loris Zanier, Antonio Federici, Claudio Angeloni, Stefania Prandini, Rocco Maglietta, Ettore Mancini, Renato Pizzuti, Anna Iossa, Nereo Segnan, Marco Zappa</i>	46
Lo screening colorettales in Italia: dati della survey 2005	
<i>Manuel Zorzi, Grazia Grazzini, Priscilla Sassoli de' Bianchi, Carlo Senore</i>	62

LA QUALITA'

I dati della survey nazionale sulla qualità del 2° livello screening per il cervicocarcinoma Donne invitate nel 2004	
<i>Renza Volante, Pamela Giubilato, Guglielmo Ronco</i>	70
Il "Progetto SQTm" sulla qualità della diagnosi e della terapia entro i programmi di screening in Italia: risultati degli indicatori 2004	
<i>Antonio Ponti, Maria Piera Mano, Vito Distante, Diego Baiocchi, Rita Bordon, Antonio Federici, Alfonso Frigerio, Paola Mantellini, Carlo Naldoni, Giovanni Pagano, Anna Sapino, Mario Taffurelli, Mariano Tomatis, Marcello Vettorazzi, Federica Zangirolami, Manuel Zorzi, Luigi Cataliotti, Marco Rosselli Del Turco, Nereo Segnan</i>	80
Il programma di controllo di qualità nello screening mammografico in Emilia-Romagna: il contributo dei tecnici sanitari di radiologia medica	
<i>Vania Galli, Silvana Salimbeni, Priscilla de' Bianchi Sassoli, Carlo Naldoni, Alba Carola Finarelli</i>	90
Piani regionali per la prevenzione oncologica. L'attività del CCM e il sistema di valutazione	
<i>Paolo D'Argenio</i>	98
Survey sulla qualità della diagnosi e del trattamento dei tumori mammari in provincia di Ragusa (anni 2001-2002)	
<i>Lorenzo Gafà, Carmela Lauria, Mariano Tomatis, Roberto Zanetti, Antonio Ponti</i>	104
Comportamenti preventivi per il tumore della mammella	
<i>Igino Fusco-Moffa, Maria Negoziante, Fausto Chionne, Marco Petrella</i>	112

LE RISORSE - L'ORGANIZZAZIONE - LA COMUNICAZIONE

Il modello organizzativo della Regione Campania <i>Renato Pizzuti, Antonietta Chianca, Angelo D'Argenzio, Carlo Longobardi</i>	118
L'organizzazione e il sistema di gestione e monitoraggio dei programmi di screening nella Regione Calabria <i>Luigi Rubens Curia, Ornella Arfuso, Giuseppina Fersini</i>	126
Screening oncologici: modelli organizzativi e stato dell'arte in Lombardia <i>Marua Elena Pirola, Maria Gramegna, Luigi Macchi, Anna Pavan</i>	132
La diffusione dell'attività di diagnosi precoce in Italia per lo screening cervicale, mammografico e coloretale (Studio PASSI, 2005) <i>Tolinda Gallo, Nancy Binkin, Sandro Baldissera, Nicoletta Bertozzi, Carla Bietta, Giovanna V. De Giacomi, Pirus Fateh-Moghadam, Alberto Perra, Paola Scardetta, Francesco Sconza, Massimo Oddone Trinito</i>	140

LA RICERCA

Screening mammografico e riduzione dei tassi di mastectomie. I risultati del progetto IMPATTO <i>Manuel Zorzi, Donella Puliti, Eugenio Paci per il Gruppo IMPATTO</i>	148
La ricerca del papillomavirus come test primario per lo screening cervicale <i>Guglielmo Ronco</i>	154
Valutazione comparativa delle performance di un test immunochimico per la determinazione del sangue occulto fecale su un giorno vs due giorni di prelievo con diversi cut-off di positività nell'ambito di un programma di screening per il carcinoma coloretale <i>Grazia Grazzini, Carmen B. Visioli, Flavio Banovich, Andrea G. Bonanomi, Antonio Bortoli, Guido Castiglione, Luigi Cazzola, Stefano Ciatto, Massimo Confortini, Paola Mantellini, Tiziana Rubeca, Marcello Vettorazzi, Marco Zappa</i>	158

Documento di consenso GISMA in merito alla possibilità di estensione dello screening mammografico di popolazione alla fascia di età 40-49 e 70-74 anni <i>a cura del Writing Committee: Vito Distante, Alfonso Frigerio, Carlo Naldoni, Eugenio Paci, Antonio Ponti, Marco Rosselli Del Turco, Stefano Ciatto, Marcello Vettorazzi, Marco Zappa</i>	162
--	-----

Referenti dei Programmi di Screening mammografico, cervicale e coloretale	166
---	-----

I programmi

La qualità

Le risorse L'organizzazione La comunicazione

La ricerca

Screening oncologici: modelli organizzativi e stato dell'arte in Lombardia

Maria Elena Pirola, Maria Gramegna, Luigi Macchi, Anna Pavan

Introduzione

A partire dal 1999, con il primo Piano oncologico la Regione Lombardia ha pianificato azioni di prevenzione oncologica secondaria raccomandando l'avvio degli screening per il carcinoma mammario, della cervice uterina e coloretale. Il vigente Piano oncologico prevede il potenziamento dei programmi.¹

Dal 2000 sono state adottate Linee guida regionali per lo screening del carcinoma cervicouterino², mammario³ e coloretale⁴ che forniscono indirizzi per garantire omogeneità ai programmi nel rispetto delle caratteristiche territoriali.

A partire dal 2000 sono stati progressivamente attivati programmi di prevenzione oncologica secondaria nelle 15 ASL, in collaborazione con le aziende ospedaliere del territorio.

A oggi, anche in virtù del contesto epidemiologico che vede in Lombardia il carcinoma mammario al primo posto tra i tumori femminili sia per mortalità, seppure con tassi inferiori rispetto alla media italiana (35,2/100.000 vs 41,6/100.000)⁵, sia per incidenza (135,6/100.000 vs 122/100.000)⁵, la linea che ha ricevuto maggior impulso è quella dello screening mammografico.

Le ASL hanno attivato programmi organizzati con cui si invitano le donne residenti di età compresa tra i 50 e i 60 anni a sottoporsi a una mammografia ogni due anni. Attualmente i programmi di screening mammografico sono attivi in 14 delle 15 ASL della Regione.

Nel 2005, su un target di 1.154.348 donne, 421.131 (36,5%) sono state invitate a sottoporsi a una mammografia di screening. Di queste, hanno aderito 247.353, con tassi medi regionali

d'adesione corretta superiori al dato medio nazionale (65% vs 61%).⁶

Preceduto da un'azione di formazione regionale e sostenuto da finanziamenti aggiuntivi per l'avvio dell'attività e l'esecuzione del test di primo livello, lo screening del carcinoma coloretale, che offre ogni due anni la ricerca del sangue occulto fecale (FOBT) ai residenti d'età compresa tra i 50 e i 69 anni, è stato avviato nel corso del 2005 in 10 delle 15 ASL, sono state invitate 133.201 persone, 41.698 delle quali (31,3%) si sono sottoposte al test.⁷

Il carcinoma della cervice uterina in Lombardia presenta tassi di mortalità e d'incidenza più bassi rispetto alla media nazionale (rispettivamente 1,2/100.000 vs 1,5/100.000 e 5,4/100.000 vs 8/100.000)⁵ e con una tendenza alla diminuzione. La sua prevenzione è storicamente fondata sull'accesso spontaneo delle donne alla prestazione, come conferma quanto emerso dall'indagine Istat Multiscopo 2002: oltre il 75% della popolazione lombarda tra i 25 e i 69 anni d'età dichiara di aver eseguito almeno un Pap-test in passato. Ciò 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 e i 64 anni in 7 delle 15 ASL; 136.919 donne hanno ricevuto l'invito a fare gratuitamente un Pap-test; di queste, 51.754 hanno risposto all'invito.⁸ Nelle restanti ASL, considerata l'elevata adesione spontanea alle attività di prevenzione correntemente svolta dai consultori e dagli ambulatori,

Tabella 1. Regione Lombardia – Screening mammografico: principali aspetti organizzativi

Azienda	Inizio programma	Chiamate 1° livello	Chiamate 2° livello	Appuntamento 1° livello	Sollecito	Coordinamento interaziendale	Anagrafi	Aggiornamento	Fonte carcinomi intervallo
BG	2000	erogatori	erogatori	sì appuntamento prefissato	sì 30 gg	sì	residenti	sì a ogni round	sorveglianza passiva
BS	1998	erogatori	erogatori	sì appuntamento prefissato	sì 90 gg	sì	residenti	sì annuale	RT; SDO
CO	2004	ASL	erogatori	sì appuntamento prefissato	sì	sì	assistiti	sì	sorveglianza passiva
CR	2000	ASL	ASL	sì con termine per effettuazione esame	sì 90 gg	sì	residenti	sì tempo reale	SDO
LC	1999	ASL	erogatori	sì appuntamento prefissato	sì	sì	residenti	sì semestrale	RP; SDO
LO	2002	ASL	erogatori	sì appuntamento prefissato	no	sì	assistiti	sì mensile	sorveglianza passiva
MI Città	1999	ASL	ASL	sì appuntamento prefissato	sì 60 gg	no	residenti	sì annuale	RT; RP; SDO; 28/San
MI 1	1999	ASL	erogatori	sì appuntamento prefissato	sì	sì	residenti assistiti	sì annuale	SDO; 28/San
MI 2	2001	ASL	ASL	sì appuntamento prefissato	sì 90 gg	sì	residenti assistiti	sì annuale	SDO; 28/Sa; Utenti; RM; RP
MI 3	2000	ASL	erogatori	sì appuntamento prefissato	no	sì	residenti	sì semestrale	SDO; 28/San; Utenti
MN	2000	ASL	erogatori	sì appuntamento prefissato	sì 90 gg	sì	assistiti	sì	RT; AP
SO	2000	ASL	erogatori	sì appuntamento prefissato	sì 90 gg	sì	assistiti	sì trimestrale	RT; RP; SDO; AP; MMG
VA	2000	ASL	erogatori	sì appuntamento prefissato	sì 60 gg	sì	assistiti	sì annuale	RT
Valle Camonica	2001	ASL	radiologia	sì appuntamento prefissato	sì 90 gg	sì	assistiti	sì (ND)	sorveglianza passiva

ASL = aziende sanitarie locali; MMG = medici di medicina generale; ND = non disponibile; RT = registro tumori; SDO = schede di dimissione ospedaliera; RP = registro di patologia; 28/San = flussi della specialistica ambulatoriale; AP = anatomie patologiche; RM = registro di mortalità; erogatori = strutture specialistiche che effettuano il test

Tabella 2. Regione Lombardia - Screening colon retto: principali aspetti organizzativi

Azienda	Inizio programma	Chiamate 1° livello	Chiamate 2° livello	Appuntamento 1° livello	Sollecito	Coordinamento interaziendale
BG	sett. 2005	ASL	ASL	termine per ritiro test	sì, 45 gg	sì
BS	nov. 2005	ASL	ASL / MMG	termine per ritiro test	sì, 90 gg	sì
CO	dic. 2005	ASL	endoscopie	termine per ritiro test	sì	sì
CR	nov. 2001	ASL	ASL	termine per ritiro test	no	sì
LC	9 nov. 2005	ASL	ASL / endoscopie	prefissato	sì	sì
LO	dic. 2005	ASL	endoscopie	termine per ritiro test	no	sì
MI Città	ott. 2005	ASL	ASL	libero	sì, 60 gg	no
MI 1	nov. 2005	ASL	endoscopie	termine per ritiro test	no	previsto
MI 2	gen. 2006	ASL	ASL, MMG, endoscopie	libero	sì, 90 gg	sì
MI 3	dic. 2005	ASL	ASL	termine per ritiro test	no	sì
MN	giu. 2005	ASL	ASL	libero	sì, 90 gg	sì, CO*
PV	8 feb. 2005	ASL	ASL	prefissato	sì, 90/120 gg	sì
SO	set. 2005	ASL	endoscopie	termine per ritiro test	sì, 90 gg	sì, DO**
VA	apr. 2006	ASL	ASL	termine per ritiro test	sì, 60 gg	sì, DO**
Valle Camonica	gen. 2006	ASL	endoscopie	termine per ritiro test	ND	

Legenda: ASL (Aziende sanitarie locali); MMG (Medici di medicina generale); ND (non disponibile); RT (Registro tumori); SDO (Schede di dimissione ospedaliera); RP (Registro di patologia); 28/San (Flussi della specialistica ambulatoriale); AP (Anatomie patologiche); RM (Registro di mortalità)

non sono stati avviati programmi di screening organizzati.

Materiali e metodi

A cinque anni dall'avvio è stata condotta un'analisi organizzativa dei programmi di screening lombardi con l'obiettivo di migliorare la qualità dell'offerta.

Tra novembre 2005 e gennaio 2006 è stata eseguita una mappatura dell'organizzazione dei programmi aziendali di screening oncologico esistenti. Come primo passo, a ciascuna delle 15 ASL è stato richiesto di compilare tre questionari, uno per ciascuna linea di screening attiva o in fase d'attivazione.

In seguito, alla luce dei dati raccolti, sono stati condotti incontri con referenti aziendali dei programmi di screening e con gli operatori. I colloqui hanno permesso 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.

Obiettivo è l'analisi preliminare relativa alle linee di screening mammografico e del carcinoma coloretto. È stata volutamente omessa l'analisi dei programmi di screening del carcinoma del collo dell'utero in quanto l'attività organizzata è disomogenea e, in alcuni casi, l'estensione territoriale dei programmi è bassa. Tuttavia nel prossimo futuro, in conformità ai dati che saranno raccolti, si provvederà a elaborare un'analisi specifica da cui prendere spunto per programmare, rivedendone almeno gli aspetti organizzativi, l'attività di screening.

Risultati

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

- coordinamento e integrazione;
- organizzazione;
- sistema informativo;
- remunerazione e rendicontazione.

I principali aspetti organizzativi indagati sono riportati, suddivisi per ASL, in **tabella 1** per lo

Anagrafi	Aggiornamento	Fonte carcinoma intervallo	Distribuzione kit	Riconsegna kit
residenti assistiti	biennale	SDO	farmacie	farmacie
residenti	ND	RT; SDO	farmacie	farmacie
assistiti	mensile	SDO; Utenti	farmacie	farmacie
residenti	biennale	SDO	farmacie	farmacie
residenti	semestrale	RP; SDO	farmacie; distretti; comuni; volontari	distretti
assistiti	mensile	sorveglianza passiva	centri prelievo	centri prelievo
residenti	tempo reale	RT; SDO; 28/San	farmacie	farmacie
residenti assistiti	semestrale	per ora non prevista	farmacie	farmacie
assistiti	semestrale	SDO; RP; 28/San; Utenti; RM	farmacie	farmacie
residenti	trimestrale	SDO; 28/San; MMG	farmacie	farmacie
assistiti	ND	RT; AP	farmacie	farmacie
assistiti	trimestrale	SDO; 28/San; MMG	distretti	distretti
assistiti	trimestrale	RT; RP; SDO	distretti	distretti
residenti assistiti	mensile	RT; SDO	farmacie	distretti
assistiti	trimestrale	sorveglianza passiva	farmacie	farmacie

* CO=commissione oncologica; ** DO=dipartimento oncologico

screening mammografico e in **tabella 2** per lo screening del carcinoma coloretale.

Coordinamento e integrazione

Per quanto concerne lo screening del carcinoma mammario, nell'anno 2005 risultano attivi e formalmente riconosciuti 14 programmi aziendali; nel corso del 2006, anche l'ASL di Pavia, dove esiste una tradizione di prevenzione secondaria del carcinoma mammario basata sull'accesso spontaneo e un approccio di tipo clinico, ha avviato lo screening organizzato. Generalmente l'estensione dei programmi copre l'intero territorio aziendale tranne che in un'ASL, dove interessa un numero limitato di comuni.

Il modello prevalente nel territorio lombardo pone in capo alle ASL la responsabilità organizzativa e valutativa, oltre che di finanziamento, dei programmi di screening oncologico, mentre l'erogazione delle prestazioni di primo e secondo livello è in capo alle strutture pubbliche e private accreditate. Il coordinamento tra i diversi professionisti e le diverse aziende coinvolte è garantito, per la maggior parte dei programmi

lombardi, da un comitato tecnico che presiede agli aspetti tecnico-organizzativi formalizzati in procedure organizzative e protocolli diagnostici, che spesso sono parte integrante dei contratti con gli erogatori.

Analogo approccio, in virtù anche dell'esperienza maturata, si ravvisa nell'ambito dei programmi di screening per il carcinoma coloretale mediante FOBT che, nel corso del 2005, risultano attivi (secondo la definizione della scheda di rilevazione nazionale Osservatorio Nazionale Screening/Gruppo Italiano Screening Coloretale, ossia almeno 100 inviti) in 10 ASL su 15. Tra questi si segnala il programma dell'ASL Provincia di Cremona, avviato fin dal 2001. Anche in questo caso 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. Strumenti di coordinamento interaziendale sono stati attivati nella mag-

gior parte dei programmi, nell'ambito dei dipartimenti oncologici provinciali.

Organizzazione

In ogni ASL esiste un centro screening che presiede agli aspetti organizzativi dei programmi attivi. Ciascun centro ha risorse umane dedicate: prevalentemente medici, infermieri, assistenti sanitari, amministrativi; in alcuni casi c'è la collaborazione dei sistemi informativi aziendali.

In tutti i centri è attivo un *front office* telefonico dedicato (nella maggior parte dei casi dotato di linea verde) per tutte le linee di screening.

Oltre la metà dei programmi si avvale della collaborazione di esterni (terzo settore, università, enti locali). Localmente la collaborazione con le associazioni delle farmacie e dei trasportatori di farmaci garantisce ai programmi la distribuzione dei *kit* per la ricerca del sangue occulto nelle feci e la raccolta campioni.

Tutti i programmi coinvolgono i medici di medicina generale che, in particolare per lo screening del carcinoma coloretale, svolgono azioni di *co-counseling* per l'invio al secondo livello e/o il recupero dei non rispondenti senza una specifica remunerazione (tranne che per Mantova e Pavia). Tutti i programmi inviano inviti scritti e personalizzati a eseguire il test di screening. In genere, si indica un appuntamento prefissato nel caso dello screening mammografico e un limite temporale entro il quale è possibile ritirare il test per lo screening del carcinoma coloretale. Ci sono tuttavia alcune eccezioni: in taluni casi l'invito e la consegna del test sono recapitati da personale distrettuale, in altri non è previsto alcun limite temporale per il ritiro. A questo proposito, la maggior parte dei programmi ha individuato le farmacie del territorio quali punti di accesso alla popolazione per la distribuzione e la riconsegna dei *kit*. Altre modalità, meno rappresentate, comprendono la distribuzione presso i centri prelievo dell'ospedale oppure presso gli ambulatori distrettuali. Ogni programma utilizza soluzioni diverse a seconda delle risorse territoriali di volta in volta attivabili (farmacie, distretti, enti locali, sedi d'associazione).

Per entrambe le linee, la maggior parte dei programmi di screening effettua un sollecito scritto per i soggetti non rispondenti al primo invito, con

un intervallo variabile tra i trenta e i novanta giorni; sfuggono alla regola due programmi per lo screening mammografico e quattro per lo screening del carcinoma coloretale.

Ai soggetti rispondenti con esito normale del test di screening quasi tutti i programmi inviano una comunicazione scritta.

Riguardo al tipo di test di screening, tutti i programmi utilizzano la mammografia bilaterale, in doppia proiezione con doppia lettura, a intervallo biennale per lo screening mammografico; per lo screening del carcinoma colonrettale, la ricerca del sangue occulto nelle feci, su un unico campione, con metodica immunologica, con tecnica d'agglutinazione su lattice di tipo quantitativo, a intervallo biennale, con *cut off* di positività a 100 ng/ml.

Per entrambe le linee, tutti i programmi propongono un percorso di approfondimento nel caso d'esito positivo del test di screening. Per lo screening mammografico il richiamo telefonico avviene prevalentemente da parte delle radiologie, mentre l'invio a colonscopia avviene prevalentemente da parte dei centri screening.

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

Per tutti i programmi di screening mammografico la popolazione bersaglio è rappresentata dalle donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni; analogamente, per i programmi di screening del carcinoma coloretale la popolazione bersaglio sono tutti i soggetti di età compresa tra i 50 e i 69 anni.

Riguardo all'identificazione della popolazione bersaglio si evidenzia una disomogeneità rispetto sia alla fonte dei dati (anagrafi comunali, anagrafi assistiti) sia alla periodicità degli aggiornamenti. Tutti i programmi conservano le liste di chiamata su supporto informatico. In tutti i casi sono definiti i criteri d'esclusione temporanei e permanenti.

A proposito del monitoraggio dei carcinomi d'intervallo, prevale un sistema di sorveglianza passiva del fenomeno (su segnalazione). Solo alcuni programmi hanno attivato interessanti esperienze di sorveglianza attiva, a partire dall'integrazione delle banche dati aziendali.⁹

Infine, nell'organizzazione di tutti programmi è prevista una campagna informativa con l'utilizzo di strumenti e iniziative diverse volte a sensibilizzare la popolazione (produzione e distribuzione di dépliant informativi, locandine, poster, articoli su stampa, radio, tv locali, incontri pubblici, ed attivazione di siti dedicati).

Sistema informativo

Per entrambe le linee, tutti i programmi prevedono esplicitamente il debito informativo da parte degli erogatori per i dati d'esito del test di screening e 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). In ogni caso, per la chiusura degli esiti d'approfondimento è stato individuato un referente presso gli erogatori.

Tutti i programmi inoltre hanno un software dedicato con archivio informatizzato a record individuali. Tutti i software consentono, pur con diversi livelli d'autonomia, l'estrazione di *report* periodici d'attività e d'esito, pur con diversi livelli di dettaglio (aziendali, per centro erogatore, per distretto, per comune).

Remunerazione e rendicontazione

Le prestazioni specialistiche finalizzate alla prevenzione oncologica secondaria per le popolazioni a rischio, secondo prove scientifiche, sono azioni ricomprese nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) e pertanto finanziate dal Servizio Sanitario Regionale a quota capitaria. Nell'ambito dei programmi di screening oncologici attivi in Regione Lombardia s'intendono comprese, e quindi non soggette a compartecipazione della spesa da parte del cittadino, le prestazioni di specialistica ambulatoriale, dal test di primo livello fino a tutti i successivi approfondimenti diagnostici. Riguardo allo screening del carcinoma mammario, nel 50% dei casi le ASL hanno concordato con gli erogatori tariffe onnicomprensive, dal test di primo livello all'esecuzione di tutti gli accertamenti necessari, tranne che per le prestazioni soggette a ricovero; negli altri casi è sta-

ta concordata una tariffa per il test di screening (sovrapponibile o meno al nomenclatore tariffario) mentre per la remunerazione degli approfondimenti sono state applicate le tariffe previste dal nomenclatore.

Analoga variabilità si riscontra nell'ambito dello screening del carcinoma colorettales: una parte dei programmi ha concordato una tariffa forfettaria per ciascun soggetto, mentre i restanti fanno riferimento al nomenclatore tariffario.

Discussione

I risultati descritti, da una parte testimoniano lo sforzo organizzativo profuso dalle aziende sanitarie lombarde, dall'altra permettono di mettere in luce alcune aree critiche, comuni a buona parte delle aziende, che di seguito si sintetizzano.

Ci sono differenze nella definizione della popolazione target (generalmente residenti o assistiti), disomogeneità delle fonti informative utilizzate nella fase di reclutamento e rispetto alla periodicità degli aggiornamenti. Ciò comporta spesso errori di duplicazione (stesso soggetto con anagrafiche diverse) o convocazioni respinte o, peggio, indirizzate a soggetti deceduti. A questo proposito, le banche dati sanitarie esistenti (schede di dimissione ospedaliera e flusso informativo specialistica ambulatoriale) non risultano essere utilizzate sistematicamente per il confronto periodico con le liste di popolazione; da ciò conseguono una perdita d'efficienza nella gestione del reclutamento e *performance* non ottimali in termini d'adesione.

Nonostante esistano dimostrazioni che una sistematica attività di sollecito consente di aumentare del 5-10% i tassi d'adesione,¹⁰ non tutti i programmi provvedono al sollecito dei non rispondenti e non sempre, anche laddove il sollecito viene effettuato, l'attività è svolta sistematicamente, con conseguente impatto negativo sui livelli di adesione.

La sorveglianza attiva dei carcinomi intervallo è disomogenea e non sistematica per ragioni legate alle risorse e alle difficoltà oggettive dei programmi nell'avviare registri di patologia. Ciò condiziona la possibilità di monitorare la sensibilità diagnostica dei programmi impedendo, di fatto, anche la revisione critica dei test di screening per la valutazione di eventuali errori.

I tempi d'attesa tra l'esecuzione del test di screening e la consegna del referto, in caso d'esito negativo, e l'accesso all'approfondimento, in caso d'esito positivo, non sono monitorati in maniera sistematica, nonostante siano importanti indicatori di qualità dei programmi, poiché ciascuna prestazione di screening all'interno di un programma organizzato non è originata da una richiesta spontanea, ma è indotta da un invito attivo.

Il rispetto degli intervalli di round, in particolare per lo screening mammografico, appare in alcuni casi carente, con conseguente prolungamento dell'intervallo. Ciò comporta una diminuzione d'efficacia del programma di screening e una maggiore probabilità di comparsa di carcinomi d'intervallo.

I requisiti di qualità degli erogatori non sono sottoposti a verifica periodica, fatta eccezione per controlli interni condotti comunque in maniera differente e disomogenea.

Conclusioni

La Regione Lombardia, attraverso la Direzione Generale Sanità-U.O. Prevenzione e tutela sanitaria e veterinaria, ha avviato una serie di azioni volte a facilitare e sostenere i programmi di screening oncologico attivi nelle ASL. In particolare, è stata realizzata una formazione regionale sullo screening del carcinoma colonrettale mediante FOBT che ha visto la partecipazione di oltre 100 operatori del Servizio Sanitario Regionale; per l'anno 2006 sono state attribuite risorse aggiuntive per l'effettuazione dei test di primo livello, fissando obiettivi aziendali specifici per i programmi di screening oncologici (estensione, adesione corretta, rispetto degli intervalli di round e mappatura dei punti di offerta del Pap-test extra screening). Infine, è stato costituito un gruppo di

lavoro regionale con il compito di rendere omogenea, di standardizzare e di monitorare la qualità dell'offerta sul territorio regionale.

Hanno contribuito:

Natalia Bosco, Raffaele Paganoni (ASL Bergamo)
 Claudio Scotti, Fabrizio Speziani (ASL Brescia)
 Gemma Gola (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 Cecconami (ASL Sondrio)
 Maria Letizia Gambino, Salvatore Pisani, Franca Sambo (ASL Varese)
 Luigi Pasquale (ASL Vallecamonica e Sebino)
 Laura Zerbi (UO Prevenzione Tutela sanitaria e veterinaria – DG Sanità Regione Lombardia)

Bibliografia

- 1 Piano di interventi in campo oncologico, in attuazione del PSSL 2002-2004. DGR n. VII/18346, 23 luglio 2004.
- 2 Linee guida per l'organizzazione dei programmi di screening oncologici e per lo screening del carcinoma della cervice uterina. DDG 26954/2000.
- 3 Linee guida per lo screening del carcinoma della mammella. DDG 32012/2001.
- 4 Linee guida per lo screening del carcinoma del colonretto. DDG 25854/2002.
- 5 www.registritumori.it
- 6 Survey GISMa 2006: dato preliminare.
- 7 Survey GISCoR 2006: dato preliminare.
- 8 Survey GISCi 2006: dato preliminare.
- 9 *Osservatorio Nazionale Screening. Quarto rapporto*. Firenze, 2005.
- 10 Giorgi et al. Organizzazione e valutazione epidemiologica di un programma di screening mammografico. *Attualità in Senologia* 1999; Suppl 1: 3-15.