Gli screening nel Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 della Regione Umbria

28.01.2014

Mariadonata Giaimo

Un po’ di storia…..

Periodo 1999-2000: avvio dello screening per la prevenzione del carcinoma della mammella e della cervice uterina

2° semestre 2006: avvio dello screening per la prevenzione del carcinoma del colon retto (DGR 1021/2005)

PSR 2009-2011: avvio del processo di "regionalizzazione" degli aspetti strategici degli screening oncologici

- **sistema informativo unico regionale**
- **valutazione epidemiologica**
- **formazione degli operatori coinvolti**
- **comunicazione rivolta sia alla collettività sia al singolo cittadino**

Legge 18/2012: passaggio da quattro a due Aziende Sanitarie

DGR 101/2012: attivazione del **Laboratorio Unico di Screening (LUS) (**Azienda USL Umbria 1) che centralizza tutte le attività di patologia clinica riguardanti gli screening per il tumore della cervice uterina e per quello del colon retto

DGR 366/2013: "Linee di indirizzo per un nuovo modello organizzativo per gli screening oncologici"

Perché un nuovo modello organizzativo per gli screening oncologici?

- Per rispondere in modo efficace alle sfide imposte dalla tecnologia, ma anche dal contenimento della spesa pubblica
- Per garantire appropriatezza ed equità
- Per facilitare la costruzione del percorso diagnostico a partire dalla positività al test di I livello

Il nuovo modello organizzativo degli screening (DGR 366 del 22.04.2013)

PROGRAMMAZIONE

Centro screening

Centro screening

Laboratorio unico per lo screening

1° livello

2° livello

Anatomia patologica per lo screening

VALUTAZIONE

PROGRAMMAZIONE

1) l'Health Technology Assessment (HTA),

2) la definizione del fabbisogno di risorse,

3) la messa a punto di programmi di formazione specifici per tutte le categorie professionali coinvolte nello screening,

4) l'individuazione di strategie per la comunicazione, sia nei confronti della popolazione sia del singolo cittadino,

5) la definizione dei percorsi assistenziali

6) la stipula di accordi di base con partner esterni per assicurare il regolare funzionamento dei programmi.

VALUTAZIONE

a) consolidare il sistema di monitoraggio degli screening promuovendo un processo continuo di verifica della qualità e della concordanza dei dati rilevati anche attraverso l'ottimizzazione del software Demetra e degli altri sistemi informatici per la gestione delle informazioni provenienti dal I, II e III livello;

b) promuovere la valutazione di esito attraverso il consolidamento della collaborazione con il Registro Tumori Umbro di Popolazione (RTUP), nell'ambito dell'Osservatorio Epidemiologico regionale;

c) sviluppare la valutazione di qualità rispetto alla dimensione professionale per alcuni professionisti dedicati agli screening quali i radiologi senologi, gli endoscopisti, gli anatomopatologi;

d) valutare l'efficacia della comunicazione verso la popolazione e verso i cittadini;

e) avviare un processo continuo di rilevazione dalla qualità percepita della popolazione che aderisce ai programmi di screening.

Laboratorio unico per lo screening

1° livello

2° livello

Anatomia patologica per lo screening

Il "luogo virtuale" che ricomprende tutte le prestazioni di I, II e III livello che vengono erogate in modo centralizzato o diffuso a livello territoriale sia nelle Aziende USL che nelle Aziende Ospedaliere e che compongono le diverse fasi del percorso di screening.

- attività di patologia clinica
- attività di diagnostica clinica di I e II livello
- attività di diagnostica istologica.

I risultati

Il programma di screening per la prevenzione del tumore della cervice uterina

- E' rivolto a tutte le donne tra i 25 e i 64 anni di età (circa 250.000 donne)

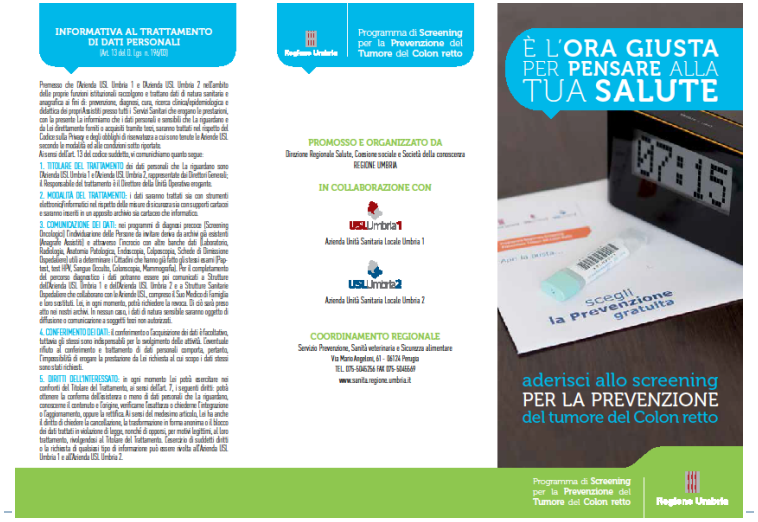
- Dal **2007** per le donne con diagnosi citologica al Pap-test di ASCUS e LSIL viene effettuata come triage la ricerca del Papillomavirus con la metodica della citologia in fase liquida (LBC); questo permette di inviare a colposcopia solo l'1% circa delle donne screenate, percentuale tra le più basse in Italia

- Nel **2013** si è completato il 5° round ed è stato avviato lo screening con HPV primario su una parte del territorio regionale per le donne tra i 35 e i 64 anni

- Nel **2014** lo screening con HPV primario è stato avviato su tutta la regione

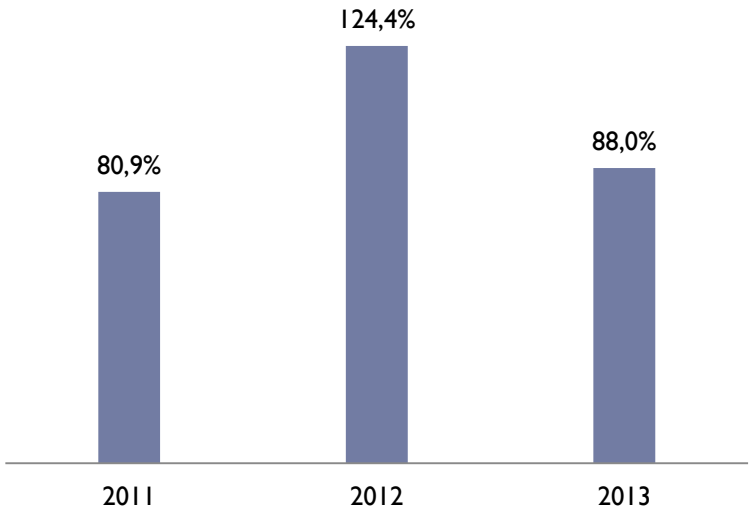
La comunicazione per il passaggio all’HPV primario di screening ……

…….e per lo screening colorettale



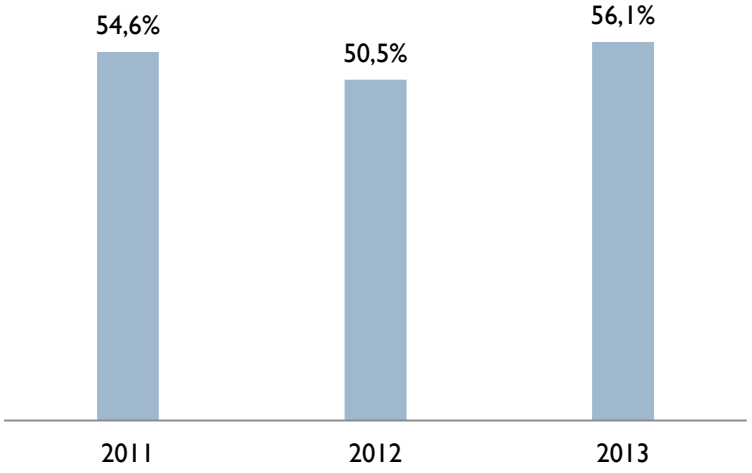
Estensione degli inviti

% di popolazione invitata rispetto alla popolazione eligibile



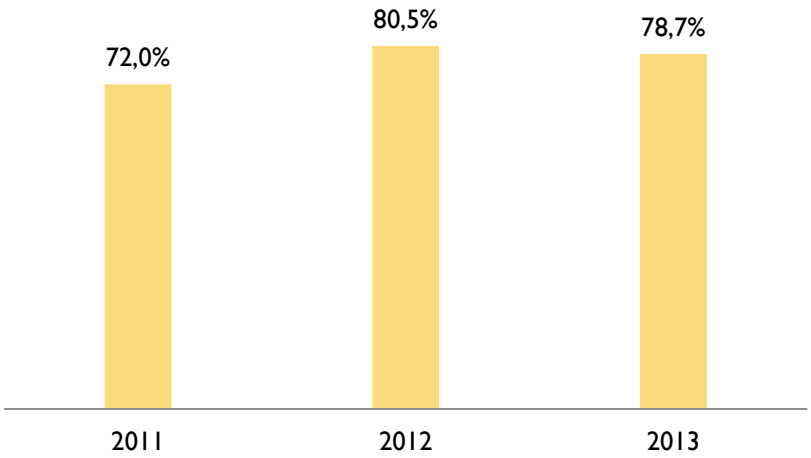
Adesione corretta all'invito

% di donne che effettuano il Pap-test o il test HPV su invito rispetto alle donne invitate (meno gli inviti inesitati e le escluse dopo l'invito)



Adesione alla colposcopia

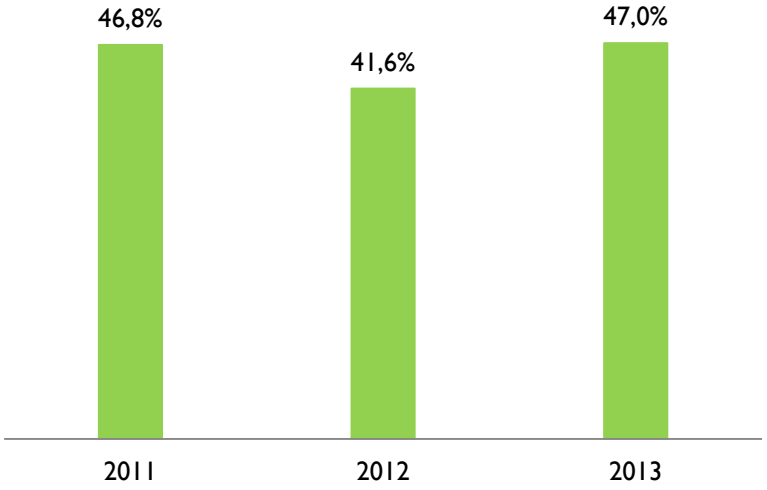
% di donne che effettuano una colposcopia di approfondimento rispetto alle donne che ne hanno avuto indicazione



Standard GISCi → ≥ 80%(accettabile); ≥ 90%(desiderabile)

VPP

% di donne con diagnosi istologica CIN 2 o più grave rispetto alle donne che effettuano una colposcopia di approfondimento

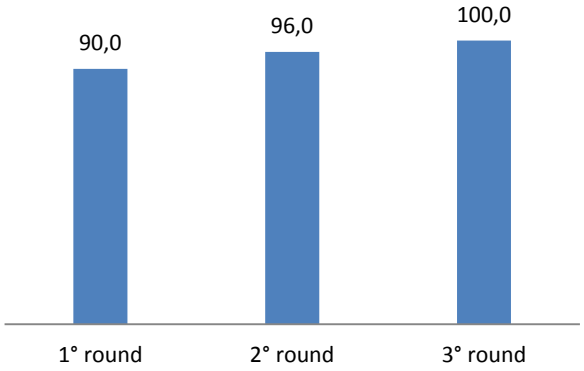


Il programma di screening per la prevenzione del carcinoma del colon retto

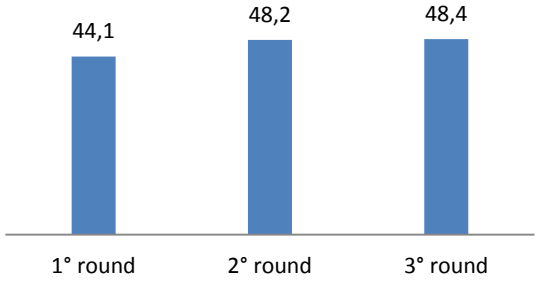
- È rivolto a uomini e donne tra i **50 e i 74 anni** (circa 280.000 persone)
- Ai cittadini appartenenti alla popolazione target viene inviato **per posta il kit completo per effettuare a domicilio** e gratuitamente il prelievo del campione di feci per la ricerca del sangue occulto (FOBT – faecal occult blood test)
- Le persone che risultano positivi al test sono invitati ad eseguire una **colonscopia di approfondimento**
- Nel 2014 si è concluso il **4° round**

Il primo livello

Estensione degli inviti - % di popolazione invitata rispetto alla popolazione eligibile



Adesione corretta all'invito - % di popolazione che effettua il FOBT sul totale degli invitati (meno gli inviti inesitati e gli esclusi dopo l'invito) **(circa 118000 aderenti nel 3° round)**

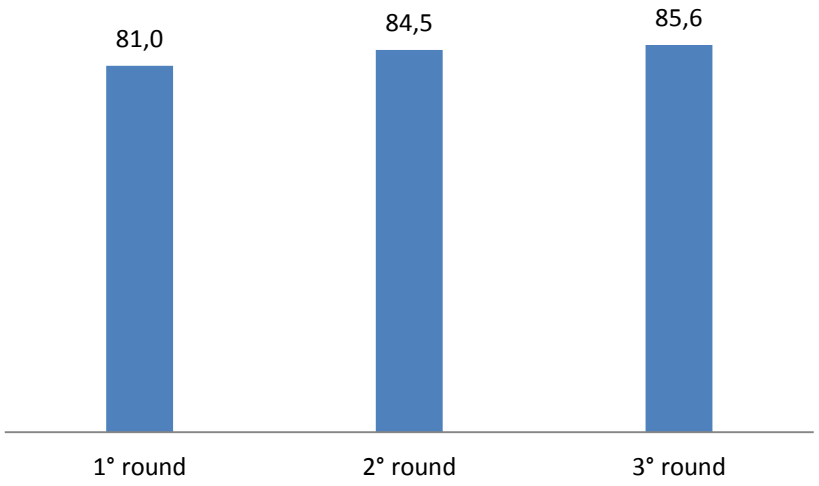


2013 → 47,7%

Standard GISCor per adesione grezza > 45% (acc), > 65% (des)

Il secondo livello

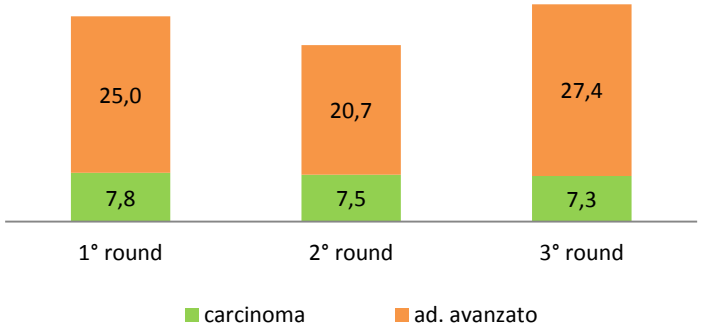
Adesione alla colonscopia - % di persone che hanno effettuato l'approfondimento sul totale di persone invitate a eseguirlo



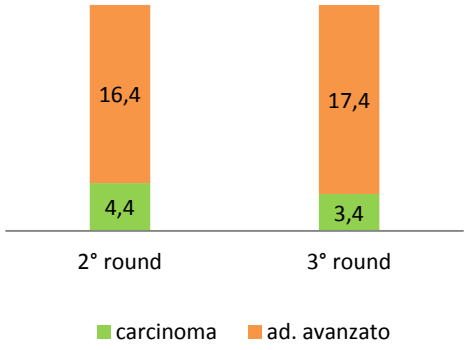
2013 → 84,3%

Standard GISCor: > 85% (acc), < 90% (des)

VPP del FOBT alla colonscopia (%) – primi esami



VPP del FOBT alla colonscopia (%) – Esami successivi



Standard GISCor

Primi esami: > 25% (acc), > 30% (des)

Esami successivi: > 15% (acc), > 20% (des)

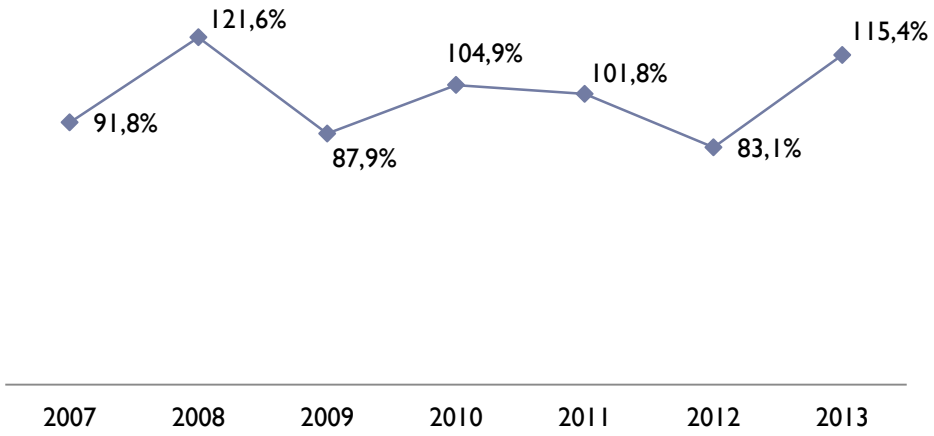
Il programma di screening per la prevenzione del carcinoma della mammella

- Prevede l'esecuzione di una mammografia ogni 2 anni per le donne tra i 50 e i 69 anni (circa 123.000)

- Nel 2013 è stato completato il 7° round

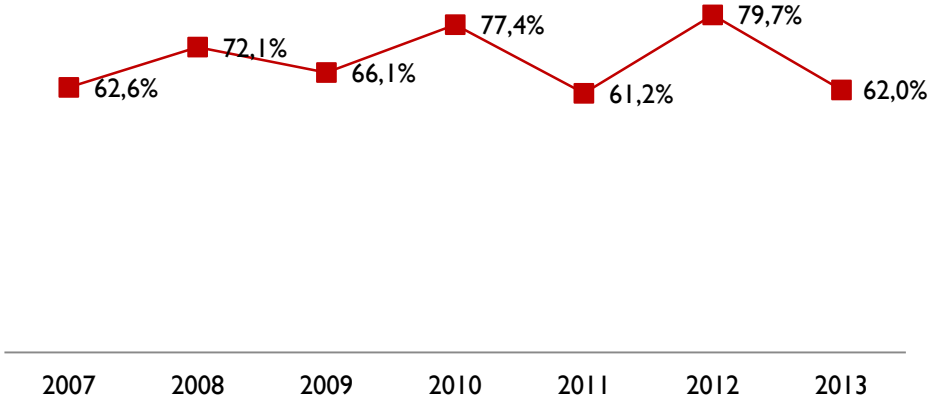
Estensione degli inviti

% di popolazione invitata rispetto alla popolazione eligibile



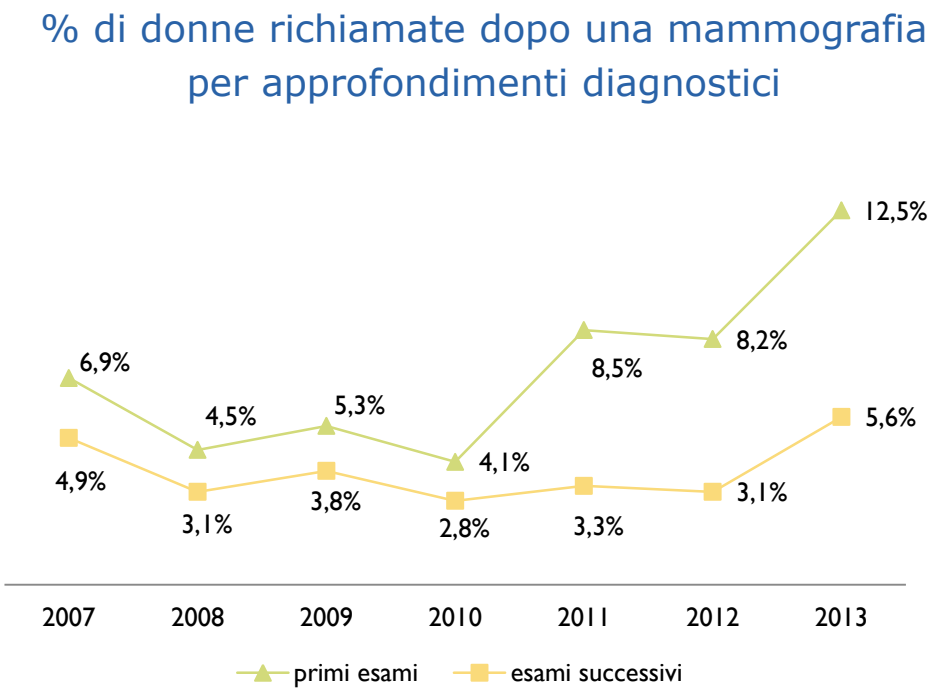
Adesione corretta all'invito

% di donne che effettuano una mammografia su invito rispetto alle donne invitate (meno gli inviti inesitati e le escluse dopo l'invito)



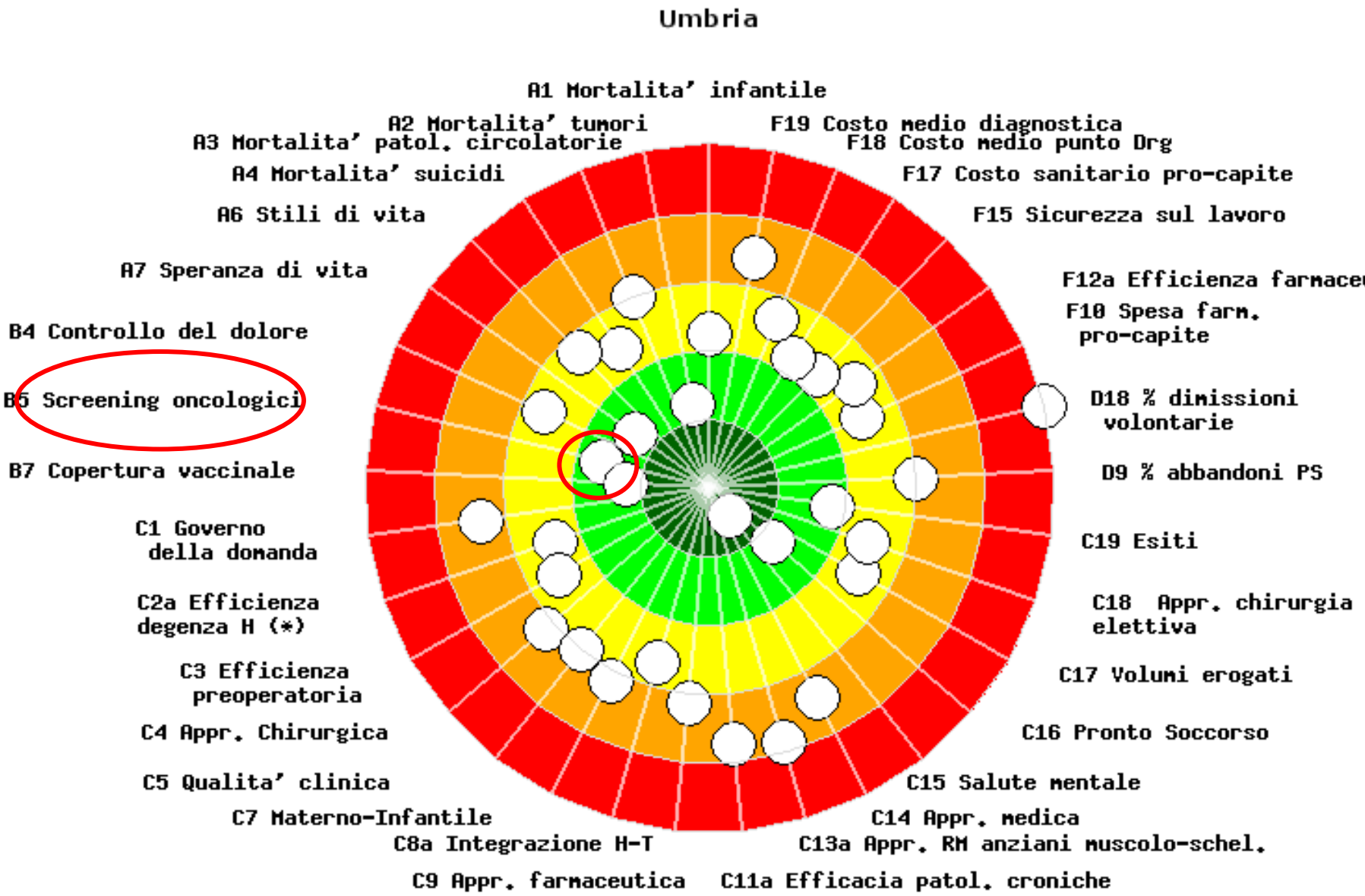
Standard GISMa → ≥ 60%(accettabile); ≥ 75%(desiderabile)

Tasso di richiami



Standard GISMa → < 7% (primi esami); < 5% (esami successivi)

VALUTAZIONE 2013



I PUNTI DI FORZA

Centralizzazione del I livello ⇒

- Software unico gestionale per i 3 screening
- Contratto unico con Postel
- Comunicazione uniforme su scala regionale
- Laboratorio Unico di Screening
- Portale unico per i MMG

L'adesione può essere migliorata ? ⇒ Obiettivi ai Direttori Generali

GLI ASPETTI CRITICI → Concentrati nel II livello

Per lo screening colorettale

- Monitorare la qualità del percorso di approfondimento e il trattamento favorendo il recupero completo dei dati sia sulle caratteristiche delle lesioni sia sul follow up

1. **Creare gruppo di colonscopisti di riferimento per lo screening**

2. **Adottare un software unico per le endoscopie**

- Nel 2013 il 45% dei dati sulle colonscopie di approfondimento sono stati recuperati attraverso il flusso delle prestazioni della specialistica ambulatoriale

- Carenza di dati sui follow up (da Demetra se ne recupera solo il 20% circa)

3. **Individuare gli anatomopatologi di riferimento per lo screening**

- Nel 2013 i dati sui cancri sono stati recuperati attraverso le SDO con le conseguenti limitazioni (stadiazione)

Problemi aperti

- Performance del singolo endoscopista
- Refertazione strutturata e uniforme e utilizzo delle checklist condivise a livello regionale
- Valutazione delle complicanze
- Confronto multidisciplinare

Per lo screening mammografico

- Il rapporto con la senologia clinica

Confusione nella comunicazione con le donne

Risorse a scavalco

Aggravamento delle liste d'attesa
Ritardo nell'estensione

- La progressiva riduzione delle risorse
- Il rapporto con il secondo e terzo livello

Ministero della Salute

Piano Nazionale della Prevenzione

2014-2018

ALLEGATI
PAG. 99

Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE
EX UFFICIO III DG PROG

Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei Centri di Senologia

Manuale elaborato dal "Gruppo di lavoro per la definizione di specifiche modalità organizzative ed assistenziali della Rete delle Strutture di Senologia", di cui al D.D. 4-09-2012"

Roma, Giugno 2014

Ministero della Salute

Dipartimento della Sanità Pubblica e dell'Innovazione

Direzione Generale della Prevenzione

Piano Nazionale della Prevenzione

2014-2018

Indice

1.1 L'esperienza dei precedenti PNP

1.2 Vision, principi, priorità, criteri, struttura, valutazione del PNP 2014-2018

1.3 Azioni centrali del PNP 2014-2018

2. Macroobiettivi del PNP

3. Accountability dell'organizzazione e sostenibilità della prevenzione

Intesa Stato – Regioni 13 novembre 2014

Le Regioni entro il **31.12 2014 recepiscono il Piano Nazionale Prevenzione 2014-2018** disponendo :

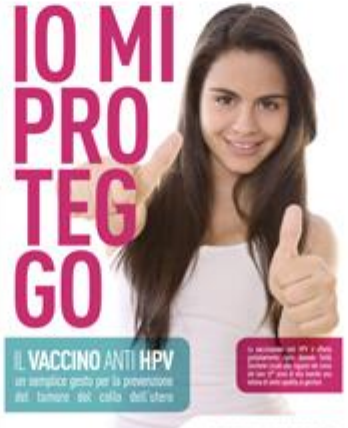
- applicare nella elaborazione del proprio PRP la visione, i principi, le priorità, la struttura del PNP
- la definizione degli elementi di contesto, profilo di salute trend dei fenomeni continuità con quanto conseguito nel precedente PRP…funzionali ai programmi regionali individuati
- la **preliminare individuazione dei programmi regionali**, il più possibile **integrati e trasversali rispetto** ad obiettivi, con i quali si intende dare attuazione a tutti i macro obiettivi e a tutti gli obiettivi centrali

Le Regioni si impegnano ad adottare **entro il 31 maggio 2015 il Piano Regionale di Prevenzione per la realizzazione del PNP 2014 - 2018**

Regione Umbria

PIANO REGIONALE di PREVENZIONE 2014 - 2018

Analisi di contesto e programmazione strategica



Introduzione

I principi

L'analisi di contesto

Il territorio umbro e gli aspetti socio-demografici
Gli stili di vita e le condizioni di rischio
Gli incidenti stradali e domestici
Gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali
Le malattie infettive
La mortalità
I tumori
Crisi economica e salute
Adolescenti e disagio
La salute degli animali
La sicurezza alimentare

La metodologia
Il quadro d'insieme: dal PNP al PRP 2014-2018
I programmi

I principi

- Il superamento delle diseguaglianze di salute, attraverso la messa a punto di azioni a carattere sistemico, con l'obiettivo di raggiungere tutti gli abitanti indipendentemente da differenze di genere, etnia, età, grado di istruzione e appartenenza religiosa
- La garanzia dell'intersettorialità attraverso la attivazione fin dalla fase di progettazione di tutti i portatori di interesse presenti nella comunità a cui i progetti si rivolgono
- La scelta dell'approccio di sanità pubblica come unico approccio possibile per accettare la sfida della costa-efficacia degli interventi, dell'innovazione e della governance
- Lo sviluppo e la implementazione dei sistemi informativi, dei registri e delle sorveglianze
- La cultura della valutazione
- Il valore della comunicazione
- La scelta dell'approccio di sanità pubblica

I programmi

- Progetti
- Interventi
- Azioni

Macrobiettivo 1

12. Aumentare l'estensione reale dei programmi di screening alla popolazione target (per ognuno dei 3 tumori oggetto di screening)	**1.12.1**	Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening per il tumore della CERVICE UTERINA sulla popolazione bersaglio	Proporzione di persone in età target invitate	77% (anno 2012)	+30%	Osservatorio nazionale screening
		Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening MAMMOGRAFICO sulla popolazione bersaglio		73% (anno 2012)	+37%	
		Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening COLORETTALE sulla popolazione bersaglio		57% (anno 2012)	+75%	
13. **Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico**	1.13.1	Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio (SCREENING CERVICALE)	Proporzione di persone in età target invitati che eseguono il test di primo livello	41% (anno 2012)	+55	Osservatorio nazionale screening
		Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio (SCREENING MAMMOGRAFICO)		57,5% (anno 2012)	+45%	
		Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio (SCREENING COLORETTALE)		46% (anno 2012)	+95%	
14. **Riorientare/avviare i programmi di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA**	1.14.1	Adozione di indirizzi regionali programmatori per lo screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA (entro un anno dall'avvio del PRP)	Proporzione di Regioni che hanno adottato indirizzi regionali programmatori per lo screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA	non rilevato	100% entro il 2016	Regioni
	1.14.2	Avvio del programma di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA (entro il 2018)	Proporzione di Regioni che hanno attivato in maniera esclusiva il test HPV-DNA come test di primo livello per lo screening del cervicocarcinoma	non rilevato	100% entro il 2018	Regioni
15. **Identificare precocemente i soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella**	1.15.1	Adozione di indirizzi regionali programmatori (entro un anno dall'avvio del PRP)	Proporzione di Regioni che hanno adottato gli indirizzi regionali	non rilevato	100% entro il 2016	Regioni
	1.15.2	Adozione dei percorsi in tutte le aziende secondo programmazione regionale (entro il 2018)	Proporzione di Regioni che hanno adottato i percorsi in tutte le aziende	non rilevato	100% entro il 2018	Regioni

I programmi

1. Vita da sani
2. Un invito da non rifiutare
3. Impariamo a resistere
4. Programma donna
5. Lavoro e salute
6. Conoscere per decidere
7. Comuni*Care*
8. Cibo: cultura e salute
9. Rand*Agiamo*
10. Gestire le emergenze

La metodologia

Progettazione partecipata o coprogettazione

Grazie