

BILANCIO SOCIALE 2012

DEL PROGRAMMA

DI SCREENING

DEL COLON RETTO

ASL ROMA B



INDICE

IDENTITÀ	3
PRESENTAZIONE DEI PROGRAMMI DI SCREENING	3
COSA significa screening	3
FINALITÀ dell'attività di <i>screening</i>	3
COS'È un programma di <i>screening</i>	3
COME FUNZIONANO i programmi di <i>screening</i>	3
I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA.....	4
IL CONTESTO EPIDEMIOLOGICO E SANITARIO DEL TERRITORIO DELL'ASL ROMA B	5
Il TERRITORIO di riferimento	5
STILI DI VITA e FATTORI DI RISCHIO	7
LA MORTALITÀ.....	9
IL PROGRAMMA DI SCREENING del CARCINOMACOLORETTALE.....	11
FINALITÀ SPECIFICHE del programma di screening del carcinoma coloretale	11
COS'È lo screening del carcinoma coloretale e A CHI SI RIVOLGE	11
L'EVOLUZIONE del programma di screening del carcinoma coloretale nell'ASL di ROMA B.....	13
Le FASI di realizzazione del programma.....	15
Il PERCORSO del cittadino-utente.....	18
ORGANIZZAZIONE E RISORSE	19
L'ORGANIZZAZIONE REGIONALE dei programmi di screening.....	19
Le RISORSE UMANE impiegate nel programma di screening	23
Le RISORSE ECONOMICHE-FINANZIARIE destinate al programma.....	24
OBIETTIVI, ATTIVITÀ E RISULTATI	25
CONCLUSIONI E PROSPETTIVE	32

IDENTITÀ

PRESENTAZIONE DEI PROGRAMMI DI SCREENING

COSA significa screening

La parola screening deriva dall'inglese **to screen**, ossia vagliare, setacciare, selezionare, controllare con un esame. In medicina è lo **studio di popolazione asintomatica**, per identificare soggetti a rischio per malattia. Gli screening sono interventi sanitari su persone sane o per lo meno che si credono tali.

FINALITÀ dell'attività di screening

L'attività di *screening* si propone di **ridurre la mortalità** per causa specifica nella popolazione che si sottopone ai test **tramite l'individuazione di lesioni pre-cancerose o stadi tumorali precoci**. Lo *screening* non si effettua su persone che presentano sintomi o in cui la malattia sia già evidente.

Lo *screening* organizzato è un programma proponibile solo qualora ne sia stata provata l'efficacia in termini di riduzione della mortalità o di sviluppo di nuovi casi per una certa malattia.

Gli *screening* organizzati **riconosciuti** come validi dal Ministero della Salute sono:

- **screening del carcinoma coloretale.**
- **screening mammografico;**
- **screening del cervicocarcinoma.**

COS'È un programma di screening

Per programma di *screening* s'intende un **programma organizzato** e **gratuito** in cui tutta la **popolazione** in età giudicata a rischio (popolazione **bersaglio**) viene sistematicamente **invitata** dalla struttura sanitaria **ad eseguire un test** di primo livello.

I test, detti "esami di *screening*", permettono di **individuare eventuali lesioni precancerose** o tumori in fasi molto iniziali in persone che non hanno disturbi (asintomatiche).

I soggetti invitati aderiscono **volontariamente**.

E' la **struttura sanitaria** che **inizia il contatto** e **prende in carico** il destinatario dell'intervento.

Il programma di *screening* in particolare, non offre un semplice test di prevenzione ma propone un **intero percorso di assistenza e accompagnamento**.

La **qualità del programma** è sistematicamente **promossa** e **valutata**.

COME FUNZIONANO i programmi di screening

Ogni programma di *screening* si rivolge ad **un gruppo specifico di persone** che in base all'età e al sesso è **maggiormente esposto** a rischio.

Il **Centro di Screening dell'ASL di appartenenza** invia a casa dell'utente una lettera con l'invito ad aderire **all'esame** indicando la struttura sanitaria dove recarsi per effettuare il test.

L'**esame** è completamente **gratuito** e non necessita della richiesta del medico.

Ogni programma consente di **individuare eventuali alterazioni sospette** e propone ulteriori approfondimenti di II livello concordando la data per l'esame.

I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

I **Livelli Essenziali di Assistenza** comprendono le **prestazioni** e i **servizi** che il **Servizio Sanitario Nazionale** è tenuto a fornire a tutti i cittadini, **gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket)**, grazie all'uso delle risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale.

A partire dal **2001**, i **programmi di screening (PS)**, per quanto attiene i **tumori della mammella, della cervice uterina e del colon-retto, sono inclusi nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)**.

La **Regione Lazio** con delibera 255/02 prende atto e rende operative le indicazioni del D.P.C.M. 29 NOVEMBRE 2001 (DGR 255/02 "Preso d'atto del D.P.C.M. 29 novembre 2001) ossia "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza", DGR 1740/02 "Fattibilità Screening Colon-Retto".)

Da sapere che...



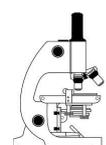
IL TEST SI EFFETTUA IN PERSONE CHE NON PRESENTANO DISTURBI (ASINTOMATICHE).



L'ESAME È COMPLETAMENTE GRATUITO PER TUTTE LE FASI.



È LA STRUTTURA SANITARIA CHE CONTATTA L'UTENTE TRAMITE LETTERA DI INVITO RECAPITATA A CASA.



IL TEST CONSENTE DI RILEVARE LESIONI PRE-CANCEROSE O STADI TUMORALI PRECOCI COSÌ DA INTERVENIRE TEMPESTIVAMENTE CON I TRATTAMENTI.

IL CONTESTO EPIDEMIOLOGICO E SANITARIO DEL TERRITORIO DELL'ASL ROMA B

II TERRITORIO di riferimento

TERRITORIO ASL ROMA B

L'Azienda ASL Roma B, situata a sud-est del Comune di Roma, è costituita da **quattro Municipi** (V, VII, VIII e X), con estensione territoriale complessiva di 220,44 Km² e **744.214 abitanti** iscritti all'anagrafe del Comune di Roma al 31/12/2012.

Tra le Aziende Sanitarie Romane, l'ASL Roma B si colloca al:

3° POSTO	PER ESTENSIONE TERRITORIALE
2° POSTO	PER DENSITÀ DI POPOLAZIONE
1° POSTO	PER NUMERO DI RESIDENTI , in continua crescita dovuta a nuovi insediamenti urbanistici

- **ESTENSIONE TERRITORIALE: 220 km²**¹ che costituisce il 14% del Comune di Roma (dalla Via Tiburtina alla Via Appia).
- **POPOLAZIONE RESIDENTE (2012): 744.214**, si colloca al primo posto tra le ASL romane per numero di abitanti.

Distretto	Municipio	Popolazione	Superficie (KM ²)	Densità di popolazione
I	5	177.737	49,35	3.602
II	7	125.029	19,06	6.560
III	8	256.416	113,35	2.262
IV	10	185.032	38,68	4.784
Totale ASL ROMA B		744.214	220,44	3.376

FONTI DATI: Comune di Roma al 31.12.2012

- **POPOLAZIONE BERSAGLIO TUMORE AL COLON RETTO: 197.046**

La popolazione target² è riportata nella tabella sottostante.

POPOLAZIONE TARGET	Distretto	Municipio	COLON RETTO (50-74)		
			Totale	M	F
ASL ROMA B	I	5	54.956	25.232	29.724
	II	7	33.322	15.320	18.002
	III	8	55.638	26.492	29.146
	IV	10	53.130	24.209	28.921
	Totale ASL			197.046	91.253

Fonte: ISTAT - ASP anno 2009

¹ Fonte: Bilancio di mandato 2005-2010.

² I calcoli di riferimento per la determinazione del target vengono operati sulla base della popolazione rilevata dall'ISTAT nel 2009 e comunicati dall'ASP.



LA POPOLAZIONE

La popolazione è **distribuita in modo variabile** nei diversi Municipi; la densità della popolazione, infatti, differisce da un **valore maggiore, nel settimo Municipio**, ad uno **più basso** come **nell'ottavo**, che al contrario risulta essere quello dove si riscontra la maggiore estensione territoriale e il numero di residenti più elevato. Tale fenomeno è da ricondursi alla presenza di un'urbanizzazione che si è sviluppata a macchia di leopardo, con zone intensamente costruite coesistenti con altre con un tessuto urbano di tipo rurale.

L'**età della popolazione** è anch'essa distribuita in modo non omogeneo, con la presenza di una **popolazione prevalentemente giovane** nelle zone di nuovi insediamenti urbani e più anziana nelle zone con insediamenti più antichi e più vicini al centro (quasi il 14% della popolazione di riferimento è ultrasettantenne).

Classe quinquennale	5° Municipio	7° Municipio	8° Municipio	10° Municipio	Totale
0-4	7.368	5.580	15.447	8.376	36.771
5-9	7.594	5.597	13.910	8.604	35.705
10-14	7.762	5.385	12.123	7.997	33.267
15-19	7.718	5.564	11.556	7.819	32.657
20-24	8.822	6.285	14.293	8.501	37.901
25-29	9.641	6.878	17.618	9.089	43.226
30-34	10.710	8.548	21.729	11.104	52.091
35-39	13.179	10.161	24.235	14.344	61.919
40-44	14.489	10.461	23.033	16.127	64.110
45-49	15.083	10.924	21.318	16.127	63.452
50-55	13.489	9.623	17.459	13.968	54.539
55-59	12.306	8.020	14.544	12.155	47.025
60-64	11.687	6.754	12.448	10.949	41.838
65-69	10.657	5.812	10.398	9.954	36.821
70-74	9.865	5.968	9.373	9.728	34.934
75-79	7.778	5.436	7.738	8.448	29.400
80-84	5.450	4.350	5.304	6.416	21.520
85+	4.139	3.683	3.890	5.326	17.038
TOTALE	177.737	125.029	256.416	185.032	744.214

FONTE DATI: Comune di Roma al 31.12.2012

Il **tessuto sociale** del **terzo distretto** presenta un grado piuttosto elevato di **disagio sociale**, un indice di **abbandono scolastico** e di **disoccupazione** al di sopra della media cittadina; si registra infatti un'alta presenza di **immigrati** che sono assistiti in prevalenza come stranieri senza fissa dimora. Ciò comporta una **forte pressione**

sui servizi territoriali all'interno dei quali si rileva un'elevata percentuale di utenti che presentano difficoltà legate a barriere linguistiche e socio-culturali.

Inoltre nel III distretto vi è anche il più alto numero d'insediamenti di **popolazione nomade**, tra cui il Campo con il maggior numero di persone rispetto a tutti quelli della città, oltre quelli abusivi che sono numerosi, ma la cui stima è difficile, poiché si sviluppano e spostano quotidianamente. Nel 2010 la popolazione residente nei campi Rom e Sinti risultava essere di **5.699 persone** censite dal Comune di Roma, con **6 insediamenti ufficiali** nel territorio della ASL, pari al **40% della popolazione nomade** censita nel Comune di Roma.

STILI DI VITA e FATTORI DI RISCHIO

I programmi di *screening* fanno parte di quella che viene definita "**prevenzione secondaria**". La "**prevenzione primaria**" consiste, invece, nell'insieme dei comportamenti volti a prevenire l'insorgenza dei tumori riducendo i **fattori di rischio** e adottando **stili di vita** salutari.

▪ ABITUDINI ALIMENTARI E STATO NUTRIZIONALE:

Le **malattie associate all'eccesso alimentare** e ad una **dieta sbilanciata** sono ormai tra le cause di malattia e morte più rilevanti nei paesi industrializzati. È riconosciuta l'importanza di alcuni alimenti nel proteggere dall'insorgenza di alcune malattie: il dato di un'associazione protettiva fra l'elevato consumo di frutta e verdura e neoplasie è ormai consolidato.

Nell'**ASL Roma B**, nel periodo 2007-11, secondo i dati Passi, il **32%** degli adulti di 18-69 anni risulta in **sovrappeso** e il **10%** risulta **obeso**, complessivamente quindi più di quattro persone su dieci risulta essere in eccesso ponderale. Questa condizione cresce al crescere dell'età, è più frequente negli uomini, tra le persone con più bassi livelli d'istruzione e tra quelle economicamente più svantaggiate.

Nell'ASL di Roma B si stima che il **42%** della **popolazione** sia in **eccesso ponderale**.

Prevalenza di persone di 18 anni ed oltre (per 100) in sovrappeso ed obese³ Anno 2011

Indicatore	ITALIA*	REGIONE LAZIO*	ASL ROMA B**
Persone in sovrappeso	35,8	34,0	32%
Persone obese	10,0	9,2	10%

Fonti:

* Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2011.

** Studio Passi 2007-2011

▪ ABITUDINI AL FUMO

Il **fumo** è uno dei **principali fattori di rischio** per l'insorgenza di diverse malattie cronico-degenerative. Seppure in diminuzione rispetto al passato, il **numero di fumatori in Italia** si assesta a quasi **12 milioni** e si registra un numero crescente di giovani che iniziano a fumare prima dei 15 anni. Non si registrano grosse differenze territoriali e l'abitudine al fumo risulta tuttora **più diffusa fra gli uomini** rispetto alle donne, con

³ L'Indice di Massa Corporea (IMC) è il parametro più utilizzato per la determinazione del peso ideale ed è dato dal rapporto tra il peso (kg) e il quadrato dell'altezza (m²). Per la sua semplicità d'uso rappresenta uno strumento agevole in analisi che riguardano la popolazione adulta, senza distinzione tra i sessi o per fascia d'età. L'OMS definisce "sovrappeso" un IMC ≥25 e "obesità" un IMC ≥30.

un aumento significativo soprattutto nella **fascia di età maschile dai 18 ai 34 anni** rispetto al rapporto Istat dell'anno precedente.

Prevalenza di persone di 14 anni ed oltre (per 100) per abitudine al fumo e numero medio di sigarette fumate al giorno - Anno 2011

Indicatore	ITALIA*	REGIONE LAZIO*	ASL ROMA B**
% Fumatori	22,3	27,2	32%
% Ex Fumatori	23,4	22,6	-
Non fumatori	52,7	48,8	-
N° medio di sigarette al giorno	12,3	13,4	14

Fonti:

* Istat. *Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2011.*

**Piano Regionale della prevenzione 2010-2012, Regione Lazio.

Nelle ASL della Regione Lazio l'abitudine al fumo è più alta tra gli uomini che tra le donne (32% vs. 27%). La probabilità di essere fumatore aumenta al crescere delle difficoltà economiche, è inversamente associata al livello d'istruzione ed è più elevata negli uomini e nella fascia di età 25-34 anni. Il numero dichiarato di sigarette fumate in media al giorno è 14. L'8% dei fumatori dichiara di fumare più di 20 sigarette al giorno ("forti fumatori").

Due fumatori su tre hanno riferito di aver ricevuto, nei 12 mesi precedenti, il consiglio di smettere di fumare da parte di un medico o di un operatore sanitario. Il dato evidenzia un discreto livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari, anche se con notevoli differenze tra le varie ASL: il valore più elevato si registra nella ASL Roma B (76%) e il valore più basso nella ASL Roma G (48%)⁴.

▪ CONSUMO DI ALCOL

L'alcol insieme a fumo, attività fisica e alimentazione **ha assunto un'importanza sempre maggiore per le conseguenze** che il suo uso eccessivo può avere soprattutto per i giovani. L'abuso di alcol porta più frequentemente a comportamenti ad alto rischio individuale e per gli altri nonché al fumo e/o all'abuso di droghe rispetto ai coetanei astemi. Il danno causato dall'alcol, oltre che al bevitore, si estende alle famiglie e alla collettività, gravando sull'intera società: si stima, infatti, che i prodotti alcolici siano responsabili del 9% della spesa sanitaria.

⁴ Piano Regionale della prevenzione 2010-2012, Regione Lazio.

LA MORTALITÀ

Si presentano di seguito i dati sul **tasso di mortalità** a livello regionale, provinciale e comparato al tasso di mortalità registrato in Italia. Il tasso di mortalità è il rapporto tra il numero delle morti di una data comunità, misurato durante un certo periodo di tempo, e la popolazione media nello stesso periodo.

Indici demografici	Unità di misura	LAZIO*	PROVINCIA DI ROMA*	ASL ROMA B**	ITALIA*
Tasso di mortalità 2011	Per 1.000 abitanti	9,5	9,2	8,4	9,7

Fonti:
 * ISTAT 2011
 ** Azienda USL ROMA B - Mortalità generale ed evitabile 2007-2010, aggiornato a marzo 2013.

Nell'ASL di Roma B il tasso di mortalità grezzo è di **8,4‰**. Il tasso di mortalità standardizzato è 8,3‰, leggermente inferiore alla media regionale e nazionale. Nei maschi è 10,5‰, nelle femmine 6,9‰. L'andamento di questo indicatore appare in riduzione negli ultimi 8 anni.

Il 39-40% dei decessi all'interno del territorio dell'ASL Roma B riconosce come causa malattie cardiovascolari, il **28% neoplasie**, il 5-6% ciascuno le cause violente e le malattie respiratorie.

Le morti per tumore sul totale delle morti – anno 2010

Anno 2010	MORTI TOTALI	MORTI PER TUMORE			QUOZIENTE DI MORTALITÀ PER TUMORE (PER 100.000 ABITANTI)			TASSO STANDARDIZZATO DI MORTALITÀ PER TUMORE (PER 100.000 ABITANTI)		
		MASCHI	FEMMINE	TOTALE	MASCHI	FEMMINE	TOTALE	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
ITALIA	581.307	98.518	75.954	174.472	33,57	24,4	28,85	35,28	19,18	25,72
LAZIO	52.843	9.212	7.066	16.278	33,59	23,85	28,53	35,94	19,48	26,13
Prov. Roma	37.694	6.600	5.316	11.916	33,09	24,38	28,55	-	-	-
ASL RM B tasso grezzo**	5.457	1.087	869	1.956	-	-	-	35,98	23,96	27,84

Fonti:
 * ISTAT 2010
 ** Azienda USL ROMA B - Mortalità generale ed evitabile 2007-2010, aggiornato a marzo 2013.

■ Tumore del colon retto

Dal rapporto mondiale sul cancro risulta che **in Italia** l'incidenza dei **tumori del colonretto** rappresenta la **seconda causa di morte dopo il cancro polmonare**.

Il cancro del colon retto provoca circa **210 decessi l'anno** nell'ASL Roma B, equamente ripartiti tra i due sessi. L'impatto sulla mortalità complessiva risulta del 4%. Nel 2010, il tasso di mortalità standardizzato è di circa 28 decessi per 100.000 abitanti, con valori però nettamente più alti nei maschi (36x100.000) rispetto alle femmine (23x100.000). Non vi sono differenze significative con i tassi di mortalità a livello nazionale e regionale (2006).

Anno 2010	MORTI TOTALI	MORTI PER TUMORE AL COLON RETTO			QUOZIENTE DI MORTALITÀ PER TUMORE AL COLON RETTO (PER 10.000 ABITANTI)			TASSO STANDARDIZZATO DI MORTALITÀ PER TUMORE AL COLON RETTO (PER 100.000 ABITANTI)		
		MASCHI	FEMMINE	TOTALE	MASCHI	FEMMINE	TOTALE	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
ITALIA*	581.307	10.151	8.670	18.821	3,46	2,78	3,11	3,65	2,12	2,75
LAZIO*	52.843	990	839	1.829	3,61	2,83	3,21	3,88	2,24	2,91
Roma	37.694	696	623	1.319	3,49	2,86	3,16	-	-	-
ASL ROMA**	5.457	111	101	212	-	-	-	36,5	23,3	28.4

Fonti:

* ISTAT 2010

** Azienda USL ROMA B - Mortalità generale ed evitabile 2007-2010, aggiornato a marzo 2013.

IL PROGRAMMA DI SCREENING del CARCINOMACOLORETTALE

FINALITÀ SPECIFICHE del programma di screening del carcinoma colorettales

L'**obiettivo** principale del programma di *screening* del carcinoma colorettales è prevenire i tumori dell'intestino (colon e retto) e **diminuire la mortalità specifica**.

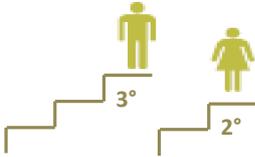
Grazie all'anticipazione diagnostica – ovvero prima della sua manifestazione clinica – è, infatti, possibile:

- **identificare le lesioni pretumorali asintomatiche** (polipo, adenomi, displasie) in fase iniziale non invasiva;
- **intervenire in soggetti sani a rischio** di patologia specifica (per familiarità, ereditarietà etc.);
- **aumentare i tassi di malattia diagnosticata in fase iniziale**;
- **migliorare** fortemente **la qualità di vita dei soggetti malati** favorendo la diffusione e la standardizzazione di procedure diagnostiche e terapeutiche personalizzate.

COS'È lo screening del carcinoma colorettales e A CHI SI RIVOLGE

Lo **screening** del tumore del colon retto si basa sulla ricerca del sangue occulto nelle feci nella popolazione di **età compresa tra i 50 e i 74 anni**. Con questo *screening* è **possibile svelare i precursori del cancro** o forme iniziali del tumore, con un **grande beneficio dal punto di vista della cura**. In caso di positività al test viene effettuata una colonscopia completa con eventuale rimozione del polipo o biopsia del tumore.

SCREENING DEL CARCINOMA COLORETTALE

A chi si rivolge	Uomini e donne tra i 50 e i 74 anni
Test di screening 1° livello	Ricerca del sangue occulto nelle feci
Frequenza dell'esame	 Ogni 2 anni
La situazione in Italia⁵	<p>Terzo posto per frequenza tumorale tra gli uomini e secondo tra le donne.</p>  <p>Seconda causa di morte tumorale in entrambi i sessi.</p>  <p>Andamenti: Mortalità:  Incidenza: </p>
Efficacia dello screening	Riduzione rischio di morte  33%
Sviluppi futuri	<p><i>Test di rilevazione del DNA tumorale fecale</i></p> <p><i>Nuovi sistemi di ricerca del sangue occulto fecale</i></p> <p><i>Colonscopia virtuale</i></p> <p>Gli effetti di questi sviluppi produrranno sugli utenti una maggiore accuratezza della diagnostica di 1° livello ed una riduzione dell'invasività della colonscopia.</p>

⁵ I numeri del cancro in Italia 2012, a cura di AIOM e AIRTUM.

L'EVOLUZIONE del programma di screening del carcinoma coloretale nell'ASL di ROMA B

2009

Avvio, in **forma sperimentale**, del **programma** di screening del carcinoma del colon retto⁶ nel IV Distretto Sanitario (DS) (X Municipio) dell'ASL Roma B al fine di validare il modello organizzativo. Il programma diviene pienamente operativo nel 2010.

2011-2013

Estensione, nel novembre 2011, del **Programma** al II DS (VII Municipio) e da marzo 2013 al I DS (V Municipio).

E' prevista entro la **fine del 2013** la **completa estensione** del Programma.

Data la significatività numerica della popolazione, la variabilità del profilo demografico, la complessità gestionale legata ad una eterogenea allocazione delle risorse aziendali nei diversi distretti, si è deciso di programmare **differenti modelli organizzativi** orientati alla ricerca di una sempre maggiore efficacia ed efficienza del programma.

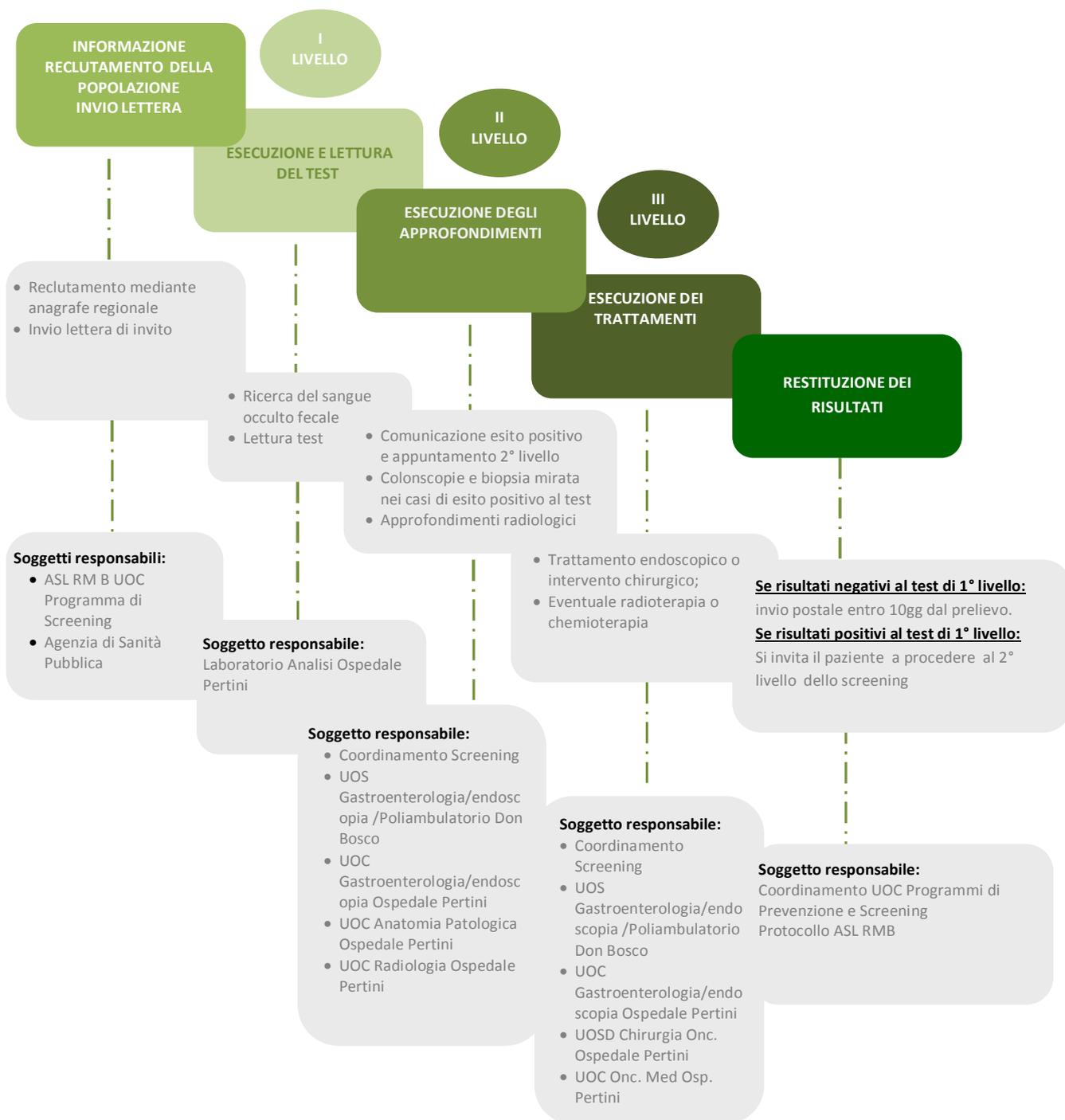
Per tale ragione sono stati redatti **3 protocolli operativi**:

⁶ In ottemperanza al DPCM 29/11/2001.



Una volta completata l'estensione dell'invito a tutta la popolazione si procederà ad **analizzare i risultati ottenuti** per poter eventualmente modificare le differenti organizzazioni in senso migliorativo. E' previsto a tale scopo l'**avvio di sessioni di audit** con gli attori del percorso e con le rappresentanze dei cittadini.

Le FASI di realizzazione del programma



Si presentano nel dettaglio le diverse fasi del percorso.

▪ **Informazione e Reclutamento**

ATTIVITÀ: l'informazione sul programma di *screening* avviene mediante interventi mirati nei distretti e nelle sedi ambulatoriali territoriali dell'ASL e un percorso di sensibilizzazione con comunicazioni e incontri per i Medici di Medicina Generale. Il reclutamento viene effettuato attraverso l'**anagrafe comunale** centralizzata verificata dall'Agenzia di Sanità Pubblica Regione Lazio.

SOGGETTO RESPONSABILE: Direttore UOC Programmi di Prevenzione e Screening; Direttore di Distretto; ASP Regione Lazio.

▪ **Invito**

ATTIVITÀ: la proposta alla popolazione residente in età di *screening* avviene tramite **lettera** personalizzata, spedita per posta con indicazione della sede, data e ora dell'appuntamento per il ritiro del kit. A coloro che ritirano il kit e non lo riconsegnano viene inviata una **lettera di sollecito entro tre mesi**. Coloro che non si presentano – così detti *non-rispondenti* - ricevono dopo **due anni** una nuova lettera di invito allo *screening*.

SOGGETTO RESPONSABILE: Dirigente Medico del Coordinamento Screening; Operatori di Cooperativa in outsourcing; Protocollo Azienda ASL RM B.

▪ **Modalità di adesione e prelievo**

ATTIVITÀ: gli aderenti si presentano all'ambulatorio di 1° livello di competenza territoriale, indicato nella lettera di invito dove vengono informati sul test. Vengono illustrate le modalità di prelievo e viene consegnato il **kit per la raccolta** e la restituzione del campione.

I prelievi vengono eseguiti dagli interessati nel proprio domicilio. Le feci si raccolgono nel kit consegnato al cittadino in apposito sacchetto con le istruzioni per eseguire la raccolta in autonomia. Si invitano i cittadini a riportare il campione presso lo stesso centro entro 10 giorni. Non si richiede alcuna restrizione dietetica.

SOGGETTO RESPONSABILE: Infermieri appartenenti all'Unità di Assistenza Infermieristica Territoriale (AIT); Operatori di Cooperativa in outsourcing.

I LIVELLO

▪ **Esecuzione e lettura del Test**

ATTIVITÀ: il **test** consiste nella ricerca del sangue occulto fecale (SOF) e avviene con frequenza biennale. In laboratorio si esegue la ricerca quantitativa dell'emoglobina umana (cut-off 100 ng/ml) con metodo immunologico automatico al lattice.

SOGGETTO RESPONSABILE: Medico del Laboratorio di Microbiologia Ospedale S. Pertini ASL Roma B.

▪ **Restituzioni risultati test I livello**

ATTIVITÀ: il laboratorio inserisce nel sistema informativo i dati degli esiti al test di 1° livello. L'UOC Programmi di Prevenzione e Screening trasmette i risultati negativi mediante lettera inviata per via postale entro 30 giorni dal prelievo. I risultati positivi vengono comunicati telefonicamente non oltre i 15 giorni

dall'esecuzione del test e contestualmente viene concordato l'appuntamento per iniziare la fase di 2° livello.

SOGGETTO RESPONSABILE: UOC Programmi di Prevenzione e Screening.

Se il test è positivo:

II LIVELLO

▪ **Approfondimenti di II livello:**

ATTIVITÀ: l'approfondimento diagnostico dei casi positivi al test di *screening* ha inizio con la visita pre – endoscopica, seguita da **colonscopia** ed eventuale **biopsia** mirata contestuale. In caso di visualizzazione incompleta del colon o di controindicazioni ad effettuare l'esame, viene proposta una colonscopia virtuale. Per garantire alla popolazione una maggiore facilità d'accesso, e quindi una maggiore adesione allo *screening*, per l'esecuzione della colonscopia sono previste due **sedi, una ospedaliera ed una ambulatoriale territoriale**.

All'atto della visita pre-endoscopica in vista dell'effettuazione della colonscopia, viene **distribuito gratuitamente il preparato** per la pulizia dell'intestino.

SOGGETTO RESPONSABILE: UOC/UOS Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva Ospedale S.Pertini/Poliambulatorio Don Bosco; UOC Anatomia Patologica Ospedale S.Pertini, UOC Radiologia Ospedale S.Pertini.

Restituzioni risultati

ATTIVITÀ: la consegna dei risultati negativi e positivi agli approfondimenti (compresi i risultati dell'esame istologico degli eventuali prelievi biotici) viene effettuata dal dirigente medico che ha eseguito la colonscopia.

SOGGETTO RESPONSABILE: UOC/UOS Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva Ospedale S.Pertini /Poliambulatorio Don Bosco.

Se gli approfondimenti sono positivi:

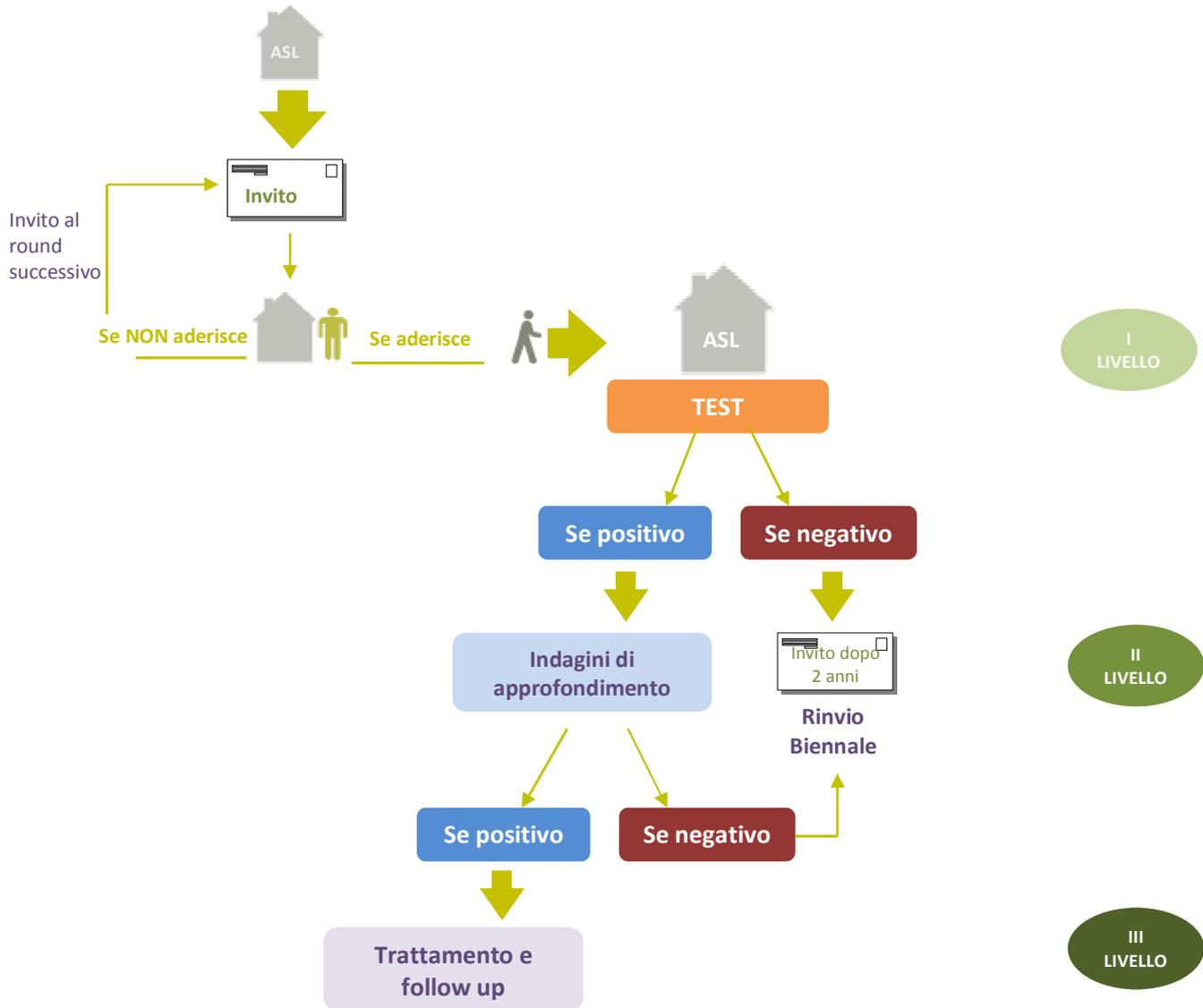
III LIVELLO

▪ **Trattamenti**

ATTIVITÀ: il trattamento consiste nell'eradicazione della malattia macroscopicamente individuabile mediante **trattamento endoscopico** o **intervento chirurgico** (laparoscopico o tradizionale) radioterapia e chemioterapia. L'eventuale *follow up* post-trattamento viene programmato ed effettuato dal personale delle Unità di endoscopia digestiva.

SOGGETTO RESPONSABILE: UOC/UOS Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva Ospedale S.Pertini/Poliambulatorio Don Bosco; Unità Operativa di Chirurgia; Unità Operativa di Oncologia, UOC di Anatomia Patologica.

Il PERCORSO del cittadino-utente



ORGANIZZAZIONE E RISORSE

L'ORGANIZZAZIONE REGIONALE dei programmi di screening

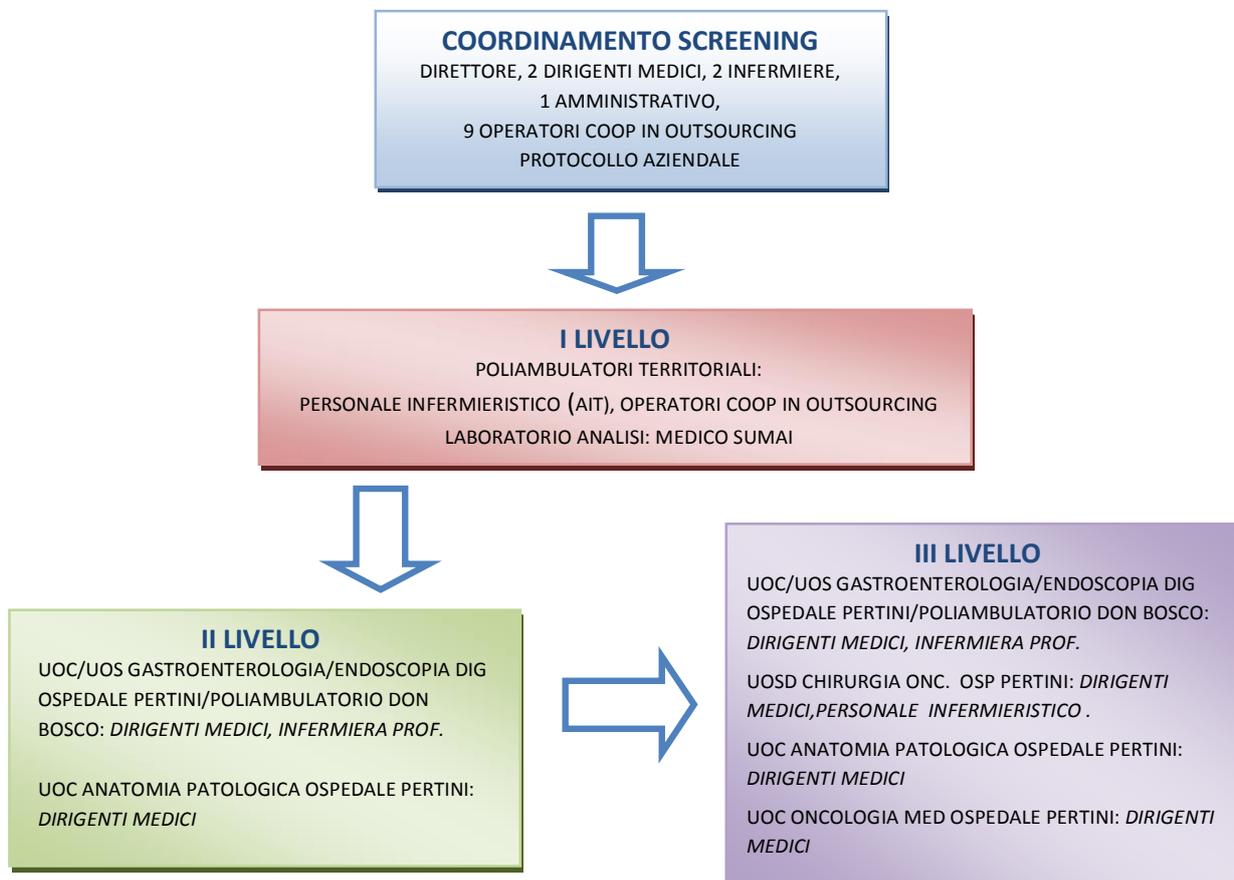
Si presenta di seguito il **MODELLO ORGANIZZATIVO** su cui si basa il programma di screening a livello regionale evidenziando le rispettive **FUNZIONI** e **RESPONSABILITÀ** e i **PRINCIPALI SOGGETTI COINVOLTI**.

REGIONE LAZIO	<p>Pianifica e definisce le strategie d'intervento indicando le priorità, tenuto conto del contesto epidemiologico e normativo nazionale e deliberando il <i>Piano Regione della Prevenzione</i> che contiene gli obiettivi di salute pubblica da conseguirsi mediante l'attuazione dei programmi di screening.</p>
AZIENDA SANITÀ PUBBLICA DEL LAZIO	<ul style="list-style-type: none"> • Fornisce gli indirizzi, mediante le linee di attività legate al <i>Piano Regionale della Prevenzione</i> e offre il supporto tecnico per la realizzazione dei programmi. • È il gestore del programma informatico con il quale viene gestito il programma. • Attua il monitoraggio e la raccolta dei dati e dei principali indicatori di processo e risultato dei programmi in collaborazione con l'Osservatorio Nazionale Screening e gli organismi di settore. • Elabora progetti di formazione del personale e di promozione della salute nei soggetti fragili.
ASL	<p>L'ASL pone la persona al centro del percorso assistenziale in un'ottica sia di umanizzazione dei servizi sia di approccio multidisciplinare, nel quale la prevenzione acquisisce un ruolo prioritario nella tutela e nella promozione della salute individuale e collettiva.</p> <p>L'Azienda, quindi, organizza, sulla base delle indicazioni nazionali e regionali e delle linee dell'ASP, il programma di screening, in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pianifica tutte le fasi del programma • Registra sull'applicativo informatico dedicato i dati dei processi • Verifica e valuta i risultati e gli effetti dell'intero percorso. <p>Considerato che i programmi di screening sono ricompresi nei livelli essenziali di assistenza, l'ASL individua nelle proprie unità organizzative le funzioni relative allo svolgimento delle attività del programma di screening e alloca le necessarie risorse in base ai criteri di economicità, efficacia, etica ed equità.</p>

IL MODELLO ORGANIZZATIVO-GESTIONALE dei programmi di screening nell'ASL di ROMA B

ORGANIGRAMMA DELLE STRUTTURE COINVOLTE NEL PROGRAMMA DI SCREENING DEL CARCINOMA COLORETTALE

A partire dai soggetti e dalle strutture coinvolte, si presenta di seguito l'**ORGANIGRAMMA DEL MODELLO ORGANIZZATIVO** dello *screening* del colon retto evidenziando il sistema di relazioni che caratterizza tale modello.



I RESPONSABILI

I REFERENTI DEL PERCORSO DI SCREENING

REFERENTE DEL PROGRAMMA DI SCREENING

MARIA LUISA MANGIA

Qualifica: **U.O.C. PROGRAMMI DI PREVENZIONE E SCREENING**

Struttura di riferimento: **DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**, via Bardanzellu , 8

Incarico affidato con atto aziendale (**delibera**, determina, altro): **SI**

REFERENTE LABORATORIO PER LETTURA TEST SOF

DESIDERIO PALOMBELLA

Qualifica: **MEDICO SPECIALISTA**, responsabile laboratorio analisi

Coadiuvato dalla Dr.ssa CATERINA TRENZI TORIANI

Struttura di riferimento: **LABORATORIO VIA CARTAGINE DEL DIPARTIMENTO SERVIZI DI DIAGNOSTICA E DEL FARMACO (DIRETTORE DIPARTIMENTO Dottor ALBERTO SPANO')**

Incarico affidato con atto aziendale (**delibera**, determina, **altro**) di **protocollo operativo sottoscritto dalle parti**.

Il laboratorio analisi di via Cartagine ha la lettura centralizzata di tutti i SOF provenienti dai distretti attivati.

REFERENTE PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO – II LIVELLO

GIUSEPPE OCCHIGROSSI

Qualifica: **DIRIGENTE MEDICO**

Coadiuvato dal Dottor ELIO MATTEI, referente programma CCR.

Struttura di riferimento: **UOC GASTROENTEROLOGIA OSP. S. PERTINI**.

Incarico affidato con atto aziendale (**delibera**, determina, **altro**): **protocollo operativo sottoscritto dalle parti**.

REFERENTE TRATTAMENTO - III LIVELLO

CLAUDIO CESARINI

Qualifica: **DIRIGENTE CHIRURGO, RESPONSABILE UOSD CHIRURGIA ONCOLOGICA A PREVALENTE**

INDIRIZZO MAMMELLA

Struttura di riferimento: **CHIRURGIA OSP. S. PERTINI**.

Incarico affidato con atto aziendale (**delibera**, determina, **altro**): **protocollo operativo sottoscritto dalle parti**.

REFERENTE ONCOLOGO

EUGENIO CAMMILLUZZI

Qualifica: **RESPONSABILE UOC ONCOLOGIA MEDICA OSP. S. PERTINI**.

Struttura di riferimento: **UOC ONCOLOGIA MEDICA OSP. S. PERTINI**.

Incarico affidato con atto aziendale (**delibera**, determina, **altro**): **NO**

REFERENTE ANATOMOPATOLOGO

ANTONIO RICCI

Qualifica: **RESPONSABILE UOC**, Coadiuvato Dottor Renzo Scialpi

Struttura di riferimento: **UOC ANATOMIA PATOLOGICA OSP. S. PERTINI**

Incarico affidato con atto aziendale (delibera, determina, altro): **NO**

REFERENTE PSICOLOGO

MARIELLA GALLI

Qualifica: **PSICOLOGA** "prestata" in quota oraria alla Oncologia del Pertini e ai pazienti provenienti dal percorso Screening.

Struttura di riferimento: **ONCOLOGIA OSP. S. PERTINI**

Incarico affidato con atto aziendale (delibera, determina, altro): **NO**

REFERENTE RADIOLOGO

ALFREDO PICCININ

Qualifica: **RADIOLOGO** responsabile approfondimento radiologico, inclusa TAC spirale.

Struttura di riferimento: **RADIOLOGIA OSP. S. PERTINI**

Le RISORSE UMANE impiegate nel programma di screening

In questa parte del documento viene ricostruita, da un punto di vista quantitativo e qualitativo, la composizione e le principali caratteristiche del **PERSONALE COINVOLTO** nel programma di *screening* nell'ASL ROMA B. In particolare è indicato il personale coinvolto per ciascun ruolo specificando quante persone si dedicano **esclusivamente** alle attività connesse al programma e quante **in quota parte**.

Nell'ASL di Roma B **tutti i livelli dello screening** sono **svolti da personale dell'ASL**. Per i servizi di call center e back office l'UOC ha in corso una collaborazione in *outsourcing* con una Cooperativa, appositamente selezionata con procedure ad evidenza pubblica.

PERSONALE INTERNO ALL'ASL DI ROMA B DEDICATO AL PROGRAMMA DI SCREENING COLORETTALE						
	2010		2011		2012	
	ESCLUSIVO	IN QUOTA PARTE	ESCLUSIVO	IN QUOTA PARTE	ESCLUSIVO	IN QUOTA PARTE
Medici						
<i>Coordinamento</i>	1	2	1	2	1	2
<i>Primo livello</i>		1		1		1
<i>Secondo livello</i>		7		10		10
Infermieri professionali						
<i>Coordinamento</i>		3		3		3
<i>Primo livello</i>		20		41		41
Autisti		2		2		2
Amministrativi		1		1		1
Personale esterno (Coop outsourcing)		6		9		9
Volontari	0	0	0	0	0	0

Per le attività di trattamento intervengono, con la presa in carico del paziente, le **equipe multidisciplinari** delle **chirurgie** e dell'**oncologia medica** dell'ospedale di riferimento.

Le RISORSE ECONOMICHE-FINANZIARIE destinate al programma

Il **programma**, come tutte le attività previste dal Piano Regionale della Prevenzione, è **coperto dai finanziamenti regionali ordinari per la prevenzione** e non ci sono altri ricavi specifici.

Spese

Anno	SPESE PER IL PERSONALE	Personale esterno cooperativa	SPEDIZIONI	KIT TEST	SPESE PER FORMAZIONE	TOTALE SPESE
2012	267.050,8	55.000	37.991,4	40.000	5.000*	405.042,20

**Nel 2010 il costo per la formazione è stato di 6.250 euro, mentre nel 2011 di 5.000 euro.*

OBIETTIVI, ATTIVITÀ E RISULTATI

La seguente sezione rende conto, a partire dall'individuazione dei bisogni dell'utente/paziente, le **ATTIVITÀ MESSE IN CAMPO DALLA ASL ROMA B NEL CORSO DEL 2012** per la programmazione e realizzazione del programma di *screening*. Al fine di verificare e monitorare la capacità del programma di rispondere ai bisogni di salute e di aumentare la qualità della vita dei cittadini, le azioni rendicontate sono messe in connessione con un sistema di indicatori di risultato e, ove possibile, di effetto.

A partire dall'individuazione dei **principali bisogni dell'utente/paziente**, si presentano di seguito le attività realizzate dalla ASL Roma B nel corso del 2012 e di seguito rendicontate.

PRINCIPALI BISOGNI UTENTE/PAZIENTE	ATTIVITÀ REALIZZATE
RICEVERE DELLE INFORMAZIONI CHIARE E COMPRESIBILI SULLE FINALITÀ DEL PROGRAMMA E SULLA LORO IMPORTANZA	<ul style="list-style-type: none"> • GESTIONE DEGLI INVITI • ATTIVAZIONE CALL CENTER • SEZIONE DEDICATA AI PROGRAMMI DI SCREENING SUL SITO INTERNET AZIENDALE
CONOSCERE I TEMPI E LE MODALITÀ DI ESECUZIONE DEL TEST E DEGLI APPROFONDIMENTI E POTER PARTECIPARE AL PROGRAMMA IN MODO FACILE E AGEVOLE NEL TERRITORIO DI RESIDENZA	<ul style="list-style-type: none"> • FORMAZIONE DEL PERSONALE SU COMUNICAZIONE E ACCOGLIENZA • COINVOLGIMENTO DEI DIRETTORI DI DISTRETTO E DEI MMG • STESURA E PRESENTAZIONE DEL PROGETTO "FUTURO IN SALUTE"
BENEFICIARE DI PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE-TERAPEUTICHE DI ELEVATA QUALITÀ	<ul style="list-style-type: none"> • FORMAZIONE SPECIFICA DEGLI OPERATORI • VISITA PRE ENDOSCOPICA • INTERVENTI DI FACILITAZIONE DELLA COLONSCOPIA • COLONSCOPIA
CONOSCERE IN TEMPI RAPIDI LA DIAGNOSI DEL TEST DI SCREENING PER POTER PROCEDERE TEMPESTIVAMENTE AL TRATTAMENTO (SE NECESSARIO)	<ul style="list-style-type: none"> • AMPLIAMENTO DELL'AGENDA DI SECONDO LIVELLO • ATTIVAZIONE DEL NUOVO OC SENSOR E COMUNICAZIONE DELLE POSITIVITÀ

Rendicontazione delle attività

BISOGNO UTENTE/PAZIENTE:

RICEVERE DELLE INFORMAZIONI CHIARE E COMPRENSIBILE SULLE FINALITÀ DEL PROGRAMMA E SULLA LORO IMPORTANZA

GESTIONE DEGLI INVITI

L'UOC Prevenzione e Screening dell'ASL Roma B effettua la programmazione degli appuntamenti sulla base della popolazione e della capacità di erogazione del servizio da parte dei centri di distribuzione delle provette. Gli operatori della cooperativa in outsourcing, avvalendosi del **sistema SIPSO WEB**, elaborano i file con le **lettere che vengono stampate e spedite**.

Risultati:

- **50.782** gli **inviti effettuati** nel 2012 su una popolazione bersaglio dei due distretti calcolata **SU** base annua di **43.226**.

ATTIVAZIONE DEL CALL CENTER

Il **Call Center** dell'UOC Prevenzione e Screening dell'ASL Roma B costituisce il **primo contatto interpersonale** tra il cittadino e gli operatori sanitari e assolve ad una preziosa **funzione organizzativa** per lo svolgimento dell'attività. Il Call Center è **gestito dalla Cooperativa in outsourcing** con le seguenti caratteristiche:

- è dotato di **numero verde** attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8,00 alle ore 17,30 e si dedica esclusivamente all'attività di screening oncologico;
- dispone di **operatori sanitari preparati e motivati** in grado di rispondere alle esigenze comunicative relative al reclutamento e al primo livello dello screening del colon retto.

Risultati:

- **4** gli **operatori** in servizio al call center che coprono 2 turni.
- **2.852** le **chiamate** ricevute in relazione allo **screening del colon retto** nel 2012, su un totale di 53.741 chiamate.

	2011	2012
Chiamate per screening colon retto	2.519	2.852
Chiamate totali call center (tutti i programmi)	48.252	53.741

SEZIONE DEDICATA AI PROGRAMMI DI SCREENING SUL SITO INTERNET AZIENDALE

Nel sito dell'azienda è attiva una sezione dedicata ai programmi di screening. In essa sono riportate e tenute **aggiornate le informazioni relative al funzionamento dei programmi e all'accesso**.

Nel sito è riportato il **numero verde** da chiamare e un **indirizzo di posta elettronica** a cui scrivere per chiedere informazioni.

Risultati:

Il numero di accessi al sito web aziendale è ad oggi in fase di rilevazione.

BISOGNO UTENTE/PAZIENTE:

**CONOSCERE I TEMPI E LE MODALITÀ DI ESECUZIONE DEL TEST E DEGLI APPROFONDIMENTI
E POTER PARTECIPARE AL PROGRAMMA IN MODO FACILE E AGEVOLE
NEL TERRITORIO DI RESIDENZA**

FORMAZIONE DEL PERSONALE SU COMUNICAZIONE E ACCOGLIENZA

Il momento del contatto con l'utente e la sua accoglienza, specie in fase di accesso al programma, è determinante per l'efficacia del percorso. A tal fine il personale dell'UOC Prevenzione e Screening dell'ASL Roma B prende parte a **momenti formativi sulla comunicazione e sulla relazione con l'utenza**.

Risultati:

- **3** le occasioni formative organizzate:
 - PERSONALE DEL CALL CENTER: HA PARTECIPATO AD UN CORSO DI FORMAZIONE DELL'ASP SULLA COMUNICAZIONE CON L'UTENTE, IN CUI SI È TENUTA UNA SESSIONE SPECIFICA SUL VADEMECUM ONS "100 DOMANDE".
 - PERSONALE INFERMIERISTICO AIT: 18 PERSONE HANNO PRESO PARTE AD UN MOMENTO INFORMATIVO SULLA DISTRIBUZIONE DEL TEST E SULLA SENSIBILIZZAZIONE AL PROGRAMMA.
 - COORDINAMENTO SCREENING: 3 PERSONE HANNO PRESO PARTE A DUE GIORNATE FORMATIVE SUL TEMA DELLA COMUNICAZIONE E DELLA GESTIONE DEI CONFLITTI.

COINVOLGIMENTO DEI DIRETTORI DI DISTRETTO E DEI MMG

In preparazione all'**estensione** del programma di screening del colon retto al **I distretto**, è stato attivato un **percorso di coinvolgimento dei direttori di distretto**, per condividere le modalità operative e l'uso delle risorse (personale, spazi e strumenti) del distretto e per impostare eventuali azioni di miglioramento dei percorsi già svolti. Alle riunioni ha partecipato il Coordinatore del personale infermieristico del distretto. Inoltre è stato necessario informare sull'attivazione del programma nel I distretto anche i **MMG** affinché sensibilizzino i loro pazienti al ritiro e all'esecuzione al test, evitino invii inappropriati al test SOF e promuovano il passaggio al secondo livello in caso di positività.

Risultati:

- **4** le riunioni organizzate nel 2012 con i **4 Direttori** di distretto.
- Programmati **alcuni incontri con gruppi di Medici di Medicina Generale**, di cui il primo si è tenuto nel maggio 2013.

STESURA E PRESENTAZIONE DEL PROGETTO “FUTURO IN SALUTE”

In occasione del bando nazionale per il servizio civile volontario, l’ASL Roma B ha predisposto un progetto rivolto a **6 volontari** allo scopo di **attivare interventi di promozione dell’adesione ai programmi di screening** da parte delle fasce deboli di popolazione.

Risultati:

- Il **progetto** è stato presentato ad ottobre 2012 ed è **in fase di valutazione**.

BISOGNO UTENTE/PAZIENTE:

BENEFICIARE DI PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE-TERAPEUTICHE DI ELEVATA QUALITÀ

FORMAZIONE SPECIFICA DEGLI OPERATORI

Tutto il personale operante nell’ambito della gestione del secondo livello dello screening coloretale segue **percorsi di aggiornamento**, mediante corsi di formazione mirati e specifici, sia interni che esterni (in particolar modo GISCOR - Gruppo Italiano per lo screening dei tumori colo retтали - e ONS – Osservatorio Nazionale Screening). L’UOC dispone di un **fondo dedicato alla formazione** con il quale viene finanziata la partecipazione agli eventi formativi.

Risultati:

- Realizzato **1 corso** teorico-pratico di *self-assesment* e *retraining* intitolato “La colonscopia di screening” rivolto agli **endoscopisti** coinvolti nel programma.

	2012
ENDOSCOPISTI PARTECIPANTI	5
TECNICI DI ENDOSCOPIA PARTECIPANTI	3

- Partecipazione del personale del programma di screening al **convegno GISCOR**, in seguito al quale, in virtù dello scambio di esperienza sviluppato con gli endoscopisti dell’ASL di Reggio Emilia, è stata organizzata una **site visit** presso le strutture emiliane.

VISITA PRE ENDOSCOPICA

L’**anamnesi** del paziente prima dell’endoscopia viene effettuata con apposita **visita entro i 20 giorni** dal test. Al fine di ottimizzare l’impiego del personale medico, al IV distretto, viene eseguito il **counselling** endoscopico da **personale infermieristico** appositamente addestrato.

Risultati:

- **25 visite pre endoscopiche** realizzate nel 2012.

INTERVENTI DI FACILITAZIONE DELLA COLONSCOPIA

Al fine di **ridurre il tasso di abbandono** tra il test positivo e l'effettuazione della colonscopia, e conseguentemente perseguire una maggiore efficacia del programma di screening, l'ASL ha adottato una serie di misure che facilitano tale esame. In primo luogo viene **offerto gratuitamente il farmaco per la preparazione all'esame**; i cittadini in concomitanza della visita pre-endoscopica ricevono il farmaco di preparazione, che in alternativa sarebbe acquistabile nelle farmacie con pagamento a loro carico. Viene inoltre **garantito l'intervento dell'anestesista** durante gli esami per la sedazione a richiesta dei pazienti o in caso di indicazione da parte del medico. È stato infine adottato un protocollo interno all'azienda per l'invio di pazienti alla colonscopia virtuale e/o clisma a doppio contrasto laddove le condizioni cliniche rilevate in sede di visita pre-endoscopica lo consiglino oppure quando l'esame endoscopico ordinario non risulti sufficientemente chiaro.

Risultati:

- **1 volta alla settimana** è presente, per ciascun presidio, l'anestesista per la sedazione.

COLONSCOPIA

Durante la **colonscopia operativa**, qualora l'endoscopista rilevi un polipo, questo viene asportato. Nella stessa seduta possono essere rimossi al massimo due polipi per paziente. Il materiale asportato viene inviato all'anatomopatologo per l'esame istologico.

Risultati:

- **503** i **polipi asportati** nel 2012.
- **25** gli **invii ad intervento** nel 2012.

BISOGNO UTENTE/PAZIENTE:

CONOSCERE IN TEMPI RAPIDI LA DIAGNOSI DEL TEST DI SCREENING PER POTER PROCEDERE TEMPESTIVAMENTE AL TRATTAMENTO (SE NECESSARIO)

AMPLIAMENTO DELL'AGENDA DI SECONDO LIVELLO

Per avvalersi di endoscopisti addestrati e aderenti alle indicazioni del programma, le **endoscopie** vengono **realizzate dalle strutture in sessioni ad hoc**, durante le quali vengono effettuate solo endoscopie di screening.

Risultati:

- Nel 2012 è stata **aggiunta una giornata in più alla settimana** per le endoscopie all'ospedale Pertini.

ATTIVAZIONE DEL NUOVO OC SENSOR E COMUNICAZIONE DELLE POSITIVITÀ

Dal 2012 è attiva una **nuova macchina** per l'effettuazione dei **test per la ricerca del SOF** (sangue occulto fecale); questa macchina esamina il campione e, sulla base della lettura del codice a barre, **trasmette in tempo reale al sistema SIPSO web il risultato**. Il personale infermieristico dell'UOC prende visione dei **positivi**, verifica le disponibilità di agenda e **comunica al paziente la data della visita pre-endoscopica da effettuarsi in media entro 3 giorni**. La comunicazione avviene nell'arco di 10 giorni dall'effettuazione del test. Il personale del servizio di back office svolto dalla cooperativa stampa quotidianamente gli **esiti negativi** e li trasmette **per posta**, che vengono pertanto inviati nell'arco di 10 giorni.

Risultati:

- **12.537** gli **esiti negativi** trasmessi nel 2012.
- **731** gli **esiti positivi** inviati al secondo livello nel 2012.

CONCLUSIONI E PROSPETTIVE

50.782	LE LETTERE DI INVITO SPEDITE NEL 2012 (II e IV DISTRETTO)
43.226	LA POPOLAZIONE OBIETTIVO ANNUALE (II E IV DISTRETTO)
13.521	LE PROVETTE CONSEGNATE NEL 2012
13.194	LE PROVETTE RESTITUITE NEL 2012
12.537	I TEST DI SCREENING (FOBT) NEGATIVI
731	I TEST DI SCREENING (FOBT) POSITIVI
575	LE COLONSCOPIE EFFETTUATE
25	GLI INTERVENTI REALIZZATI

Si presentano di seguito i dati dettagliati per singolo Distretto.

	I trimestre 2012			II trimestre 2012			III trimestre 2012			IV trimestre 2012			ASL
	II D.	IV D.	ASL	II D.	IV D.	ASL	II D.	IV D.	ASL	II D.	IV D.	ASL	
LETTERE INVIATE	4296	8708	13004	4792	9029	13821	3458	6755	10213	5129	8615	13744	50.782
PROVETTE CONSEGNATE	1415	2411	3826	1389	2427	3816	752	1588	2340	1117	2422	3539	13.521
PROVETTE RESTITUITE	1315	2395	3710	1324	2320	3644	748	1581	2329	1103	2408	3511	13.194
TEST FOBT NEGATIVI			3379			3478			2181			3499	12.537
TEST FOBT POSITIVI			186			197			124			224	731
COLONSCOPIE EFFETTUATE	73	71	144	61	53	114	45	115	160	60	97	157	575
INTERVENTI c/o OSPEDALE PERTINI	3	5	8	5	2	7	1	4	5	2	3	5	25

PROSPETTIVE FUTURE

- Obiettivo primario del programma di screening del colon retto è completare l'**ESTENSIONE DEL PROGRAMMA A TUTTA LA POPOLAZIONE DELLA ASL RM B**, in particolare attivando l'invito sul **III DS** che per composizione demografica e profilo socio-economico presenta le maggiori criticità.
- Al fine di ottenere l'aumento dell'adesione al test di 1° livello, non ancora in linea con la media nazionale, si ritiene necessario **ATTIVARE LA COLLABORAZIONE CON I MMG E GLI STAKEHOLDER ESTERNI**.
- E' in programma la **PULIZIA DELLE LISTE ANAGRAFICHE DA PARTE DEL SERVIZIO INFORMATIVO EPIDEMIOLOGICO AZIENDALE E DELL'ASP** per l'esclusione dei soggetti già sottoposti a recente colonscopia. Questa operazione, congiuntamente alla "reingegnerizzazione" dallo screening spontaneo a quello organizzato, consentirà di ottenere una maggiore efficienza del Programma.
- Il **RISPETTO DEI TEMPI E LA PARTICOLARE ATTENZIONE ALLA QUALITÀ DI TUTTE LE FASI DEL PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO** costituiscono la condizione essenziale per una sempre migliore fidelizzazione da parte dei cittadini al Programma.