



LAZIOSANITÀ - AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA

PREMESSA

Nell'ambito dell'attività di analisi delle criticità e di miglioramento dei programmi di screening, di cui al documento già licenziato dall'ASP e intitolato "Relazione sui risultati del seminario "valutazione dei programmi di screening mammografico" (Prot. 1593 del 10/5/01) sono stati costituiti (come da missiva all'Assessore regionale e ai Direttori generali delle AUSL del Lazio del 14/5/2001, prot. 1617) i **gruppi di lavoro** (G.d.L.) sulle attività di **gestione, diagnostica e trattamento** nell'ambito dei programmi di screening per il cancro della mammella..

Tali G.d.L., costituiti dai responsabili dei programmi, hanno avuto come mandato di:

- Definire criteri di qualità del programma
- Contestualizzare linee-guida
- Elaborare ulteriori proposte operative
- Individuare ipotesi di studio

INTRODUZIONE

I lavori dei gruppi si sono basati sull'analisi delle criticità emerse e sulle linee guida disponibili.

I G.d.L. hanno prodotto:

- a) una descrizione dei **criteri di buona pratica** dei programmi di screening per quanto attiene alle attività diagnostiche e di trattamento
- b) delle **raccomandazioni** per gli aspetti attinenti all'organizzazione interna delle ASL

I GdL hanno prodotto un a lista di criteri (con indicatori e standard) e una serie di raccomandazioni; al riguardo di queste ultime sono state successivamente considerate le deliberazioni di cui alla DGR 2039 del 21/12/01.

I criteri di buona pratica (**CBP**), proprio perché basati sul consenso, sull'esperienza e sulla contestualizzazione delle linee-guida alla realtà laziale:

1. definiscono i **comportamenti** tecnico-professionali e organizzativi cui gli operatori dei programmi di screening delle varie ASL sono tenuti ad uniformarsi;
2. costituiscono la griglia di riferimento per la **valutazione** di conformità tecnico-professionale dei programmi
3. saranno soggetti a revisione dopo due anni dall'inizio della loro applicazione.

Eventuali singole o temporanee difformità rispetto a quanto definito dal CBP sono ammissibili in relazione a casi clinici particolari o transitorie esigenze organizzative ma devono essere motivate per iscritto.

Prima della loro applicazione generalizzata, i **CBP** saranno sottoposti ad un periodo di applicazione sperimentale di sei mesi; durante tale periodo saranno compiute valutazioni in itinere sulla validità del sistema di CBP:



Regione Lazio

CRITERI DI BUONA PRATICA (CBP)

I CBP riguardano:

1. accertamenti diagnostici di primo livello
2. accertamenti diagnostici di secondo livello
3. trattamento integrato dei casi rilevati
4. miglioramento continuo della qualità

Sono organizzati in

- criteri di struttura
- criteri di processo e esito



CRITERI E INDICATORI PER IL PRIMO E SECONDO LIVELLO**CRITERI E INDICATORI DI STRUTTURA**

Nota: ai fini di quanto previsto dai criteri inerenti la formazione, sono considerati validi per la misurazione degli standard gli eventi formativi del Piano Regionale di Formazione per gli operatori di screening (DGR 2039/01); per quanto attiene ad altri erogatori a carattere nazionale la congruenza con i CBP è definita dall'ASP.

	Critério	<i>Indicatore (descrizione)</i>	<i>Livello di soglia</i>
1a	Personale adeguato e dedicato: radiologo , curriculum formativo NOTA: criterio valido per gli operatori che devono essere inseriti in programmi	I radiologi devono possedere un Curriculum Formativo di base	Avere seguito almeno un corso di formazione specifico per screening, a carattere nazionale o regionale
1b	Personale adeguato e dedicato: anatomopatologo , curriculum formativo NOTA: criterio valido per gli operatori che devono essere inseriti in programmi	I patologi devono possedere un Curriculum Formativo di base	Avere seguito almeno un corso di formazione specifico per screening, a carattere nazionale o regionale
1c	Personale adeguato e dedicato: tecnici , curriculum formativo NOTA: criterio valido per gli operatori che devono essere inseriti in programmi	I tecnici devono possedere un Curriculum Formativo di base	Avere seguito almeno un corso di formazione specifico per screening a carattere nazionale o regionale
2	Personale adeguato e dedicato (radiologi, patologi, tecnici): training NOTA: criterio valido per gli operatori che devono essere inseriti nei programmi	Eeguire training presso un centro regionale di riferimento per lo screening o presso una ASL che abbia avviato il programma da almeno tre anni	Avere eseguito un training di almeno 15 giorni
3a	Personale adeguato e dedicato: radiologi , formazione continua	Formazione specifica e continua	Seguire almeno un corso presso Centri riferimento regionali ogni anno
3b	Personale adeguato e dedicato: patologi , formazione continua	Formazione specifica e continua	Seguire almeno un corso presso Centri riferimento regionali ogni anno
3c	Personale adeguato e dedicato: tecnici , formazione continua	Formazione specifica e continua	Seguire almeno un corso presso Centri riferimento regionali ogni anno
4	Personale adeguato e dedicato (radiologi, tecnici)	Tempo dedicato da tecnici e radiologi dedicati sul totale del loro orario di lavoro complessivo mensile	> 40%
5	Politiche per il personale (tecnici, radiologi, patologi)	personale selezionato in base alla volontà manifesta del dipendente sul totale dei tecnici assegnati	> 90%
6	Capacità prof. tecnici	Numero richiami tecnici/totale di mammografie eseguite in un mese da ogni tecnico	<0.25%
7	Personale adeguato e dedicato (radiologo) Nota :per chi non ottempera alla soglia minima:	N. Esami screening letti da ogni radiologo /anno	6000

	<ul style="list-style-type: none"> riunirsi in consorzio, per le ASL che <i>non possono</i> raggiungere la soglia minima prendere in considerazione l'anno di esercizio, per le ASL che <i>non hanno ancora raggiunto</i> il livello di soglia minima 		
8a	Personale adeguato e dedicato (citologo-patologo)	N. prelievi citologici da screening letti da ogni citologo /anno Note: l'attività comprende sia lo screening sia quella clinica purché documentata	200
8b	Personale adeguato e dedicato (citologo-patologo)	N. prelievi istologici da screening letti da ogni patologo /anno Note: l'attività comprende sia lo screening sia quella clinica purché documentata	100
9	Politiche per il personale: Sistema premiante	Organizzazione della retribuzione di risultato specifica per i programmi di screening	esistente
10a	Adeguatezza apparecchiature della struttura	Apparecchiature da acquisire per le quali le caratteristiche tecniche siano state oggetto di parere favorevole del Coordinatore e del Responsabile del Programma sul totale delle apparecchiature da acquisire (espresse in valore finanziario)	>95%
10b	Adeguatezza apparecchiature dello screening	Apparecchiature da acquisire per le quali le caratteristiche tecniche siano state sottoposte al parere vincolante del Coordinatore e del Responsabile del Programma sul totale delle apparecchiature da acquisire (espresse in valore finanziario)	>95%
11a	Funzionamento apparecchiature della struttura Nota: specificare e verificare se gli scostamenti sono dipendenti dal coordinamento di programmi di screening oppure da elementi pregressi.	I contratti di acquisto devono prevedere clausole per la manutenzione e per la sostituzione temporanea	si
11b	Funzionamento apparecchiature screening	I contratti di acquisto devono avere clausole per la manutenzione e per la sostituzione temporanea definiti dal Coordinatore e dal responsabile dei programmi di screening	si
12a	Qualità apparecchiature	Le apparecchiature radiologiche devono essere sottoposte ai controlli di legge	si
12b	Qualità apparecchiature	Le apparecchiature non sottoposte a controlli di legge devono essere oggetto di controlli di qualità secondo un manuale delle procedure per l'assicurazione della qualità tecnica emanato dall'ASP	si

CRITERI E INDICATORI DI PROCESSO E ESITO.**ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI DI PRIMO LIVELLO**

	<i>Critério</i>	<i>Indicatore (descrizione)</i>	<i>Livello di soglia</i>
13	Esecuzione tecnica radiogrammi	N. richiami per caratteristiche tecniche sul totale delle mammografie eseguite in un mese	< 1% mammografo fisso < 1.5% mezzo mobile (problematiche di macchina)
14	Accuratezza diagnostica (Recall Rate)	tassi di richiamo per motivi non tecnici sul totale degli esami	< 8%
15	Refertazione: lettura in doppio	Numero di esami sottoposti a doppia refertazione sul totale degli esami eseguiti	100%
16	Arbitrato	Sono sottoposti ad arbitrato gli esami per i quali tale richiesta è espressa da almeno uno dei radiologi refertatori	SI
17	Tempi di refertazione	Tempo che intercorre tra l'esecuzione e la lettura sul totale degli esami eseguiti	20 giorni lavorativi globali per almeno il 75% degli esami effettuati
18	Tempo di comunicazione del referto	Tempo che intercorre tra la lettura e la spedizione del referto sul totale degli esami eseguiti	<10 giorni lavorativi per almeno il 95% degli esami effettuati
19	Verifiche qualità delle apparecchiature NOTA: oltre i controlli di legge stabiliti per gli esperti qualificati	Adesione ad un programma di verifica gestito da un Centro di Riferimento Regionale NOTA: programma di controllo di tutte le apparecchiature di cui ad apposito documento	Esecuzione di un controllo di qualità almeno ogni 6 mesi
20	Comunicazione telefonica dell'invio al secondo livello	Comunicazione telefonica alla paziente di caso dubbio sul totale dei casi da invitare a secondo livello	> 90%
21	Comunicazione scritta dell'invio al secondo livello	Comunicazione scritta alla paziente di caso dubbio sul totale dei casi da invitare a secondo livello non contattati telefonicamente e non aderenti al II° livello	100%
22a	Comunicazione al Medico di base dell'invio al secondo livello	Comunicazione scritta di caso dubbio sul totale dei casi da invitare a secondo livello non contattati telefonicamente e non aderenti al II° livello NOTA: secondo il parere espresso dal Comitato Etico Screening ASP	>95%
22b	Comunicazione al Medico di base dell'invio al secondo livello	Comunicazione della diagnosi sul totale dei casi inviati al secondo livello che hanno fornito autorizzazione	>95%
23	Tempo di attesa per il II° livello	Appuntamento per il II° livello entro 5 giorni dalla comunicazione telefonica	100%
24	Tempo di attesa per il II° livello	Appuntamento per il II° livello entro 15 giorni dalla comunicazione scritta	100%

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI DI SECONDO LIVELLO.

	<i>Critério</i>	<i>Indicatore (descrizione)</i>	<i>Livello di soglia</i>
25	Protocollo di gestione II livello Nota: in caso di microcalcificazione è ammessa sia la citologia che la core-biopsy	Numero dei casi inviati al secondo livello per i quali è seguito la flow-chart di cui all'allegato 1, sul numero totale dei casi aderenti al secondo livello	>90%
26	Adeguatezza dei prelievi citologici	Numero di prelievi citologici inadeguati sul totale di quelli eseguiti (tasso inadeguati)	<20% per il primo anno di applicazione <15% dal secondo anno di applicazione
27	<u>Detection rate diagnostica</u>	Numero di cancri diagnosticati con certezza sul totale delle donne esaminate per round di screening	I° Passaggio 6‰-7‰ - II° passaggio 3.5‰
28	Comunicazione dell'esito degli accertamenti mammografico ed ecografico di secondo livello NOTA: è consigliato dare comunicazione scritta contestuale dell'esito e inviare successivamente comunicazione postale "da programma"	Numero dei casi nei quali è data comunicazione entro due ore dal completamento dell'iter diagnostico sul totale dei casi sottoposti all'iter	>98%
29	Tempi accettabili di refertazione citologica: 12-14 gg	Numero dei casi nei quali è rispettato il valore del tempo intercorrente tra l'esecuzione del prelievo citologico e la disponibilità del referto sul totale dei casi eseguiti	>95%
30	Tempi refertazione citologica Ottimale ≤ 6 gg;	Numero dei casi nei quali è rispettato il valore del Tempo intercorrente tra l'esecuzione del prelievo citologico e disponibilità del referto sul totale dei casi eseguiti	>95%
31	Accessibilità alla stereotassi	Numero dei casi in cui l'appuntamento per la stereotassi è dato contestualmente all'indicazione sul numero totale dei casi in cui è indicata la stereotassi	100%
32	Accessibilità alla stereotassi	Numero dei casi in cui il tempo di attesa per l'appuntamento per la stereotassi è inferiore a 15 giorni dall'indicazione sul totale degli appuntamenti dati	>80%

TRATTAMENTO INTEGRATO DEI CASI RILEVATI

Al fine di evitare una disorganizzazione nell'utilizzo degli spazi relativi al trattamento e difficoltà organizzative e di collaborazione con altri specialisti, appare opportuno e indispensabile individuare, nell'ambito delle differenti strutture, spazi e tempi dedicati alla gestione terapeutica dei casi identificati allo screening.

La definizione degli spazi e dei tempi dedicati a tali casi deve essere correlata alle caratteristiche di ogni singolo programma (numero di donne invitate e numero di cancro attesi).

Accanto alle problematiche degli spazi e dei tempi dedicati delle strutture, non di minore importanza appaiono gli aspetti relativi ai tempi dedicati delle figure professionali.

La prestazione nell'attività senologica non deve, infatti, essere occasionale, ma prestabilita in termini di tempo dedicato ed in percentuale sull'attività professionale complessiva al fine di garantire elevati livelli di specializzazione e qualificazione.

La caratterizzazione del tempo dedicato dalle singole figure professionali è correlata al volume di casi screen detected.

Nel contesto delle attività delle Unità, ai fini di garantire una corretta standardizzazione delle fasi dell'approccio terapeutico è ritenuta di fondamentale importanza, quale criterio ottimale, l'adesione al protocollo FONCaM (Forza Operativa Nazionale sul carcinoma mammario), nella versione più aggiornata, e a protocolli operativi codificati.

Il livello idoneo di formazione dello specialista deve essere definito in modo dettagliato e deve costituire l'obiettivo di formazione per chi intenda occuparsi di senologia, secondo quanto previsto dal Piano Regionale di Formazione per gli operatori dei programmi di screening (DGR 2039/01).

Le Unità (strutturali o funzionali) impegnate nei programmi di screening devono aderire al progetto ASP per l'utilizzo di cartelle computerizzate orientate alla qualità e funzionali al debito informativo verso la Regione sui casi trattati.

RACCOMANDAZIONI

Poiché il trattamento del carcinoma della mammella è multidisciplinare e comporta la presenza di diverse competenze la realizzazione di Unità di Senologia, intese come unità operative specialistiche con caratteristiche multidisciplinari e multiprofessionali., diventa cardine del trattamento di qualità nell'ambito dei programmi di screening.

Tali caratteristiche possono non essere necessariamente strutturali ma funzionali; le Unità pertanto, possono non coincidere con l'Ospedale o una singola Struttura aziendale ma possono anche essere costituite da aggregazioni funzionali di Servizi diversi e dovrebbero essere sviluppate "in rete" per coprire il fabbisogno del territorio regionale.

Le Unità diagnostico- terapeutiche di senologia (UDTS) debbono possedere requisiti che, a partire da valori minimi, possono raggiungere un adeguamento progressivo fino a standard di eccellenza.

Esse dovrebbero essere inserite in una struttura di rete regionale per la diagnosi e la terapia del carcinoma mammario che dovrebbe articolarsi in Unità Periferiche ed Unità di Riferimento.

- ❖ **Unità di Riferimento:** si tratta di strutture che trattino almeno 150 nuovi casi di carcinoma mammario all'anno.
In quest'ambito devono essere operativi i servizi di radiologia, anatomia patologica, chirurgia (con competenze di elevato livello di chirurgia plastica), oncologia, radioterapia, psicologia, riabilitazione, epidemiologia.
- ❖ **Unità Periferiche:** si tratta di strutture che trattino almeno 30 nuovi casi di carcinoma mammario all'anno.
In quest'ambito devono essere presenti almeno i servizi di radiologia, anatomia patologica, chirurgia (con competenze di chirurgia plastica) e oncologia.
Ogni Unità periferica deve collegarsi ad un'Unità di riferimento per l'effettuazione di procedure non disponibili nella stessa e per la formazione e l'aggiornamento permanente degli operatori.

Le UDTS devono applicare linee guida, criteri e principi adottati a livello regionale e devono produrre specifici protocolli d'intesa per rendere esplicito e valutabile l'integrazione operativa.

CRITERI PER IL TRATTAMENTO**CRITERI DI STRUTTURA.**

	Critério	<i>Indicatore (descrizione)</i>	<i>Livello di soglia</i>
33	Operatori dedicati	Sono assegnati dai casi screen detect chirurghi o ginecologi espressamente dedicati	Si
34	Livello di competenza superiore (III livello): numero casi trattati	Il chirurgo o il ginecologo assegnato al Programma di screening deve prestare o avere prestato servizio in strutture che abbiano trattato almeno 150 casi di cancro nei due anni precedenti ed essersi occupato personalmente di 50 o più casi nell'anno precedente	Si
35	Livello di competenza superiore (III livello): formazione scientifica	Il chirurgo o il ginecologo deve possedere una formazione scientifico-culturale elevata definita dal fatto di possedere almeno 3/6 caratteristiche seguenti <ol style="list-style-type: none"> 1. membro di comitati o commissioni regionali e/o nazionali inerenti le tematiche diagnostico-terapeutiche del cancro della mammella 2. coredatore di documenti di consenso regionali e/o nazionali 3. docente che si occupi attivamente di formazione inerente 4. corresponsabile di trial multicentrici inerente 5. coautore di pubblicazioni su riviste scientifiche qualificate.. 	Si
36	Livello di competenza superiore (III livello): curriculum	Il curriculum personale prevede la specialità in chirurgia generale o in ginecologia.	Si
37	Livello di competenza superiore (III livello): capacità pratica	La capacità pratica di eseguire tutti gli interventi oncologici radicali, comprese le tecniche di trattamento dei tumori non palpabili, e un adeguato follow up finalizzato alla valutazione degli esiti oncologici funzionali ed estetici nel rispetto degli standard previsti dal controllo di qualità, nonché conoscere ed applicare i principi base della chirurgia plastica. NOTA: la capacità pratica è misurata mediante il sistema di indicatori presenti nel sw SQTM-Lazio	Valutazione positiva per >80% dei criteri SQTM
38	Livello di competenza superiore (III livello): capacità gestionale	Il chirurgo o il ginecologo deve essere in grado di monitorare gli indicatori di qualità della propria attività	SI
39	Livello di competenza elevato (II livello): curriculum personale	Deve possedere la specialità in chirurgia generale o in ginecologia e/o aver frequentato un'Unità di senologia di riferimento per almeno un anno.	Si
40	Livello di competenza elevato (II livello): capacità pratica	Deve essere in grado di eseguire tutti i tipi di trattamento radicale, comprese le tecniche di trattamento dei tumori non palpabili, rispettando gli standard previsti dal controllo di qualità	Valutazione positiva per >80% dei criteri SQTM
41	Livello di competenza elevato (II livello): numero casi trattati	Il chirurgo o il ginecologo assegnato al Programma di screening deve prestare o avere prestato servizio in strutture che abbiano trattato almeno 50 casi annui di cancro nei due anni precedenti ed essersi occupato personalmente di 30 o più casi nell'anno precedente	Si
42	Livello di competenza elevato (II livello): formazione scientifico - culturale	Il responsabile dell'Unità di Senologia di riferimento frequentata deve attestare la conoscenza dei documenti di consenso e delle linee guida internazionali e nazionali. Il chirurgo o il ginecologo deve infine essere in grado di monitorare gli indicatori di qualità della propria attività.	Si
43	Livello di competenza basale (I livello)	Lo specialista in chirurgia generale o in ginecologia che intenda specializzarsi in campo senologico deve sottoporsi alla formazione per raggiungere il II livello ed operare in Unità senologiche.	Si

CRITERI DI PROCESSO E ESITO.

	<i>Criterio</i>	<i>Indicatore (descrizione)</i>	<i>Livello di soglia</i>
44	Adesione protocolli	Numero dei casi nei quali il trattamento è stato conforme a quello previsto dai protocolli FONCaM/sul numero dei casi screen detected trattati	95%
45	Adesione protocolli	Numero dei casi trattati non conformemente ai protocolli FONCaM per i quali siano esplicitati e documentati i motivi di non adesione sul totale dei casi di non conformità al protocollo	100%
46	Rapporto benigni/maligni	il numero di biopsie a cielo aperto per lesioni benigne sul numero dei cancri	Ottimo 0.5;
47	Diagnosi cito/istologica preoperatoria.	Numero delle pazienti operate per carcinoma mammario, che avevano una diagnosi preoperatoria cito/istologica di cancro sul totale delle pazienti operate NOTA: si comprende nella dizione “carcinoma mammario” anche il cancro <i>in situ</i> individuato istologicamente .	Accettabile: ≥ 85% ottimale ≥ 95%
48	Valutazione del Grading istologico	Numero dei casi per i quali è disponibile una valutazione postoperatoria del <i>grading</i> sul totale dei casi operati	≥ 98%
49	Determinazione dei Recettori ormonali:	Numero dei casi per i quali è disponibile il dosaggio dei recettori ormonali postoperatoria sul totale dei casi operati	≥ 98%
50	Escissione corretta alla prima biopsia chirurgica.	Proporzione di pazienti con lesioni non palpabili (benigne o maligne) escisse correttamente alla prima biopsia chirurgica, sul totale delle pazienti operate per lesioni non palpabili.	≥ 95%
51	Unico intervento dopo diagnosi pre-operatoria di cancro	. Proporzione di pazienti nelle quali il primo intervento non è stato seguito da ulteriori interventi locali per escissione incompleta (escluse le biopsie fallite) sul totale delle pazienti con cancro mammario invasivo o <i>in situ</i> operate in presenza di diagnosi preoperatoria citologica o istologica positiva o sospetta per cancro.	≥ 95%
52	Numero di linfonodi asportati .	Proporzione di pazienti operate per carcinoma mammario invasivo e linfadenectomizzate in cui siano stati asportati almeno 10 linfonodi sul totale delle pazienti operate per carcinoma mammario invasivo e linfadenectomizzate	≥ 95%
53	Numero linfonodi esaminati	Numero dei casi nei quali sono stati esaminati tutti i linfonodi asportati sul totale dei casi operati con asportazione dei linfonodi	≥ 98%
54	Interventi conservativi nei casi pT1.	Proporzione di pazienti con diagnosi di carcinoma mammario invasivo di diametro patologico e diametro totale uguale o inferiore a 20 mm (pT1, incluso microinvasivi), non clinicamente multicentrico o multifocale, operate con intervento di tipo conservativo, sul totale delle donne operate con la medesima diagnosi.	≥ 85%
55	Peso biopsie	Proporzione di pazienti con biopsia di peso (a fresco o fissato) inferiore o uguale a 30 g, sul totale delle pazienti operate per lesione non palpabile.	≥ 80%
56	CIS senza dissezione ascellare	Proporzione di pazienti con diagnosi di carcinoma duttale <i>in situ</i> o CIS non altrimenti specificato (esclusi microinvasivi) sulle quali non sia stato eseguito intervento di dissezione del cavo ascellare (nemmeno I livello), sul totale delle pazienti operate.	≥ 95%
57	Non esecuzione di esame estemporaneo su lesioni di diametro tumore < 1 cm	Proporzione di pazienti operate per cancro mammario di diametro patologico massimo < 1 cm per le quali non sia stato eseguito l'esame estemporaneo al congelatore, sul totale di pazienti	≥ 85%

		con la medesima diagnosi.	
58	Pezzo operatorio giunto orientato al patologo	Proporzione di pazienti operate per cancro mammario invasivo o in situ per le quali al primo intervento il pezzo sia giunto orientato al patologo, sul totale di pazienti con la medesima diagnosi	$\geq 95\%$
59	Margini indenni all'intervento definitivo.	Proporzione di interventi conservativi (considerare l'ultimo intervento sulla mammella) per cancro invasivo o in situ, che abbiano assicurato l'indennità dei margini, sul totale degli interventi di tipo conservativo eseguiti.	$\geq 90\%$ per distanza > 1 mm
60	Rx pezzo operatorio in due proiezioni nelle lesioni non palpabili	Numero dei casi operati nei quali il pezzo operatorio sia sottoposto ad esame radiologico sul totale dei casi operati per lesioni non palpabili	$\geq 95\%$
61	Tempestività dell'intervento chirurgico.	Numero dei casi screen detected operati entro 21 giorni dalla prescrizione sul totale delle prescrizioni (escludendo le donne che hanno rifiutato o rinviato l'intervento)	$\geq 75\%$
62	Caratterizzazione biologica dopo intervento definitivo	Proporzione di pazienti per le quali l'intervento tra la data del primo intervento e quella del referto sulla caratterizzazione biologica del tumore (data referto recettori ormonali) è inferiore o uguale a 20 giorni, sul totale delle pazienti operate per cancro mammario invasivo sulle quali siano stati eseguiti i recettori ormonali e per le quali si disponga dell'informazione sull'intervallo.	$\geq 75\%$
63	Tempestività della risposta istologica dell'intervento definitivo.	Numero dei casi operati nei quali la risposta istologica definita sia disponibile entro 21 gg dalla data dell'intervento sul totale degli interventi per casi screen detected	$\geq 75\%$
64	Radioterapia dopo chirurgia conservativa.	Proporzione dei casi sottoposti a terapia conservativa che siano inviati a radioterapia	$\geq 95\%$
65	Tempestività terapia complementare	Proporzione dei casi maligni operati nei quali sia iniziata la terapia complementare entro 30 gg dall'intervento definitivo	$\geq 75\%$
66	Esecuzione di Follow-up	Numero di donne operate sottoposte al follow up periodico sul totale donne aderenti al follow-up	100%
67	Controllo mammografico al follow-up	Numero di donne sottoposte al follow up che abbiano un controllo annuale mammografico sul totale delle donne sottoposte a follow up	100%
68	Monitoraggio di indicatori di qualità	Adesione ad un programma di Miglioramento continuo della qualità che si basa su un insieme esplicito di criteri e indicatori di qualità, validato dall'ASP, e che comporti l'esecuzione del monitoraggio degli indicatori di qualità è eseguito	Accettabile: monitoraggio eseguito ogni sei mesi Ottimale: monitoraggio eseguito ogni tre mesi



LAZIOSANITÀ - AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA

RACCOMANDAZIONI

Le raccomandazioni riguardano tre aspetti fondamentali, individuati come punti critici dai G.d.L.:

- I. profilo giuridico e responsabilità del Coordinatore
- II. distribuzione dell'offerta di trattamenti sul territorio regionale per i casi screen-detected
- III. specifiche e capitolato per la fornitura dei sistemi informatici per il Sistema Informativo degli screening

I. PROFILO GIURIDICO E RESPONSABILITÀ DEL COORDINATORE

E' palese che la realizzazione dei Programmi di screening rappresenta per ogni ASL l'obbligo ad impegnare e coordinare risorse per il raggiungimento di obiettivi imprescindibili di salute; ciò costituisce un'importante sfida organizzativa, sia sul piano delle soluzioni organizzative sia su quello della cultura manageriale. Tenendo conto di questo, sono definite le seguenti raccomandazioni specifiche:

1. **Realizzare l'autonomia amministrativa:** equivale a definire le funzioni di responsabilità del Coordinatore dei programmi.
2. **La definizione di "budget per il coordinamento dei programmi di prevenzione oncologica" deve essere funzionale a:**
 - a. conoscere l'entità del finanziamento finalizzato che ogni singola Azienda intende destinare;
 - b. rendicontare sull'effettivo utilizzo delle risorse strutturali strumentali e professionali dedicate ai programmi;
 - c. confrontare l'organizzazione e la gestione dei singoli programmi al fine di migliorarne l'efficienza.
3. **Riconoscere nell'organigramma della dirigenza aziendale la figura del Coordinatore:** la definizione precisa di tale figura è indispensabile e deve avere le seguenti caratteristiche:
 - a. Secondo livello dirigenziale, con funzione di coordinamento trasversale su attività svolte sia in struttura ospedaliera che territoriale con articolazione dipartimentale e/o distrettuale;
 - b. responsabile di budget, con macroautorizzazione e centro ordinatore di spesa.
4. **Attuare il programma regionale di formazione e di addestramento:** l'articolazione del piano formativo prevede il vincolo di utilizzare eventi formativi concordati dagli erogatori con l'ASP.
5. **Garantire una copertura assicurativa** per i rischi professionali specifici per le attività di screening.



Regione Lazio

II. DISTRIBUZIONE DELL'OFFERTA DI TRATTAMENTI SUL TERRITORIO REGIONALE PER I CASI IDENTIFICATI DALLO SCREENING

Poiché il trattamento del carcinoma della mammella è multidisciplinare e comporta la presenza di diverse competenze, il Gruppo di lavoro ha identificato come cardine del trattamento di qualità nell'ambito dei programmi di screening, la realizzazione di **Unità di Senologia**, intese come **unità operative specialistiche con caratteristiche multidisciplinari e multiprofessionali**.

Tali caratteristiche possono non essere necessariamente strutturali ma funzionali le Unità pertanto, possono non coincidere con l'Ospedale o una singola Struttura aziendale ma con Servizi o aggregazioni funzionali di Servizi e dovrebbero essere sviluppate "in rete" per coprire il fabbisogno del territorio regionale.

I servizi componenti le varie unità debbono inoltre essere collegati tra loro anche ai fini di adottare protocolli comuni di diagnosi e trattamento in accordo con le linee guida, di essere informati riguardo i documenti di consenso e condividere la partecipazione agli studi in corso.

Le **Unità diagnostico- terapeutiche di senologia** (UDTS) debbono possedere requisiti che, a partire da valori minimi, possono raggiungere un adeguamento progressivo fino a standard di eccellenza.

Esse dovrebbero essere inserite in una struttura di rete regionale per la diagnosi e la terapia del carcinoma mammario che dovrebbe articolarsi in **Unità Periferiche ed Unità di Riferimento**.

❖ **Unità di Riferimento:** si tratta di strutture che trattino almeno 150 nuovi casi di carcinoma mammario all'anno.

In quest'ambito devono essere operativi i servizi di radiologia, anatomia patologica, chirurgia (con competenze di elevato livello di chirurgia plastica), oncologia, radioterapia, psicologia, riabilitazione, epidemiologia.

❖ **Unità Periferiche:** si tratta di strutture che trattino almeno 30 nuovi casi di carcinoma mammario all'anno.

In quest'ambito devono essere presenti almeno i servizi di radiologia, anatomia patologica, chirurgia (con competenze di chirurgia plastica) e oncologia.

Ogni Unità periferica deve collegarsi ad un'Unità di riferimento per l'effettuazione di procedure non disponibili nella stessa e per la formazione e l'aggiornamento permanente degli operatori.

Una tale organizzazione delle risorse consente di seguire in modo coordinato ed univoco, durante tutto l'iter terapeutico -compreso il follow-up tutti i casi screen detected.

Le UDTS devono applicare linee guida, criteri e principi adottati a livello regionale e devono produrre specifici protocolli d'intesa per rendere esplicito e valutabile l'integrazione operativa.



III. SPECIFICHE PER LA FORNITURA DEI SISTEMI INFORMATICI PER IL SISTEMA INFORMATIVO DEGLI SCREENING

1. SISTEMA INFORMATIVO

Il sistema informativo rappresenta il punto cruciale di un programma di screening mammografico. La notevole complessità delle procedure richiede che tutti gli aspetti dello screening siano gestiti in maniera completa e agile dal programma informatico.

A questo scopo, è necessario poter disporre almeno sei mesi prima dell'inizio dello screening di hardware adeguato e, soprattutto, di un software dedicato.

2. HARDWARE

Si rende innanzi tutto necessario la creazione di un sistema *client-server* da interfacciare, ove esista, con la rete aziendale dedicata, basata su collegamento diretto o telefonico mediante linea ISDN o, meglio ancora, su linea ADSL.

Per ciò che riguarda le macchine, è necessario disporre di una stazione server, preferibilmente con hard disk multipli fino a 5 (RAID 5), collegata in rete ai terminali anch'essi costituiti da PC (client), anche se di minore potenza.

La presenza della rete locale ha lo scopo di permettere a ognuno degli operatori del programma (Medici, Tecnici, Infermieri professionali, ecc.) di inserire direttamente i dati al computer, mediante apposito software di gestione. Pertanto, il numero di terminali da acquisire va calcolato in rapporto alle stazioni di lavoro che saranno attivate.

Sarebbe inoltre opportuno che la rete del programma di screening sia collegata alle reti dell'ASL e dell'Azienda Ospedaliera.

Il collegamento con la rete dell'ASL ha lo scopo di consentire l'aggiornamento delle liste anagrafiche delle Donne della popolazione bersaglio e dei Medici di Medicina Generale. Il collegamento con la rete dell'Azienda Ospedaliera potrebbe permettere la consultazione degli archivi radiologici (conoscenza delle notizie relative alle donne eleggibili che sono afferite presso i Servizi di Radiologia, sia prima della partenza del programma, che durante lo svolgimento di questo) e anatomo-patologici (recupero dei dati istologici dei casi identificati dallo screening).

Sono ipotizzabili altre attrezzature hardware come un congruo numero di stampanti laser per consentire la registrazione di dati sulle "buste-cartelle", o come lettori di codici a barre (pistole laser), o gruppo di continuità per il server.

3. SOFTWARE

Nel capitolato deve essere prevista l'assistenza continuativa, la formazione, la possibilità che il software possa essere personalizzato sia nella fase iniziale, sia in tempi successivi in rapporto alle esigenze che di volta in volta si potranno presentare.

Il sistema software

- dovrà rispondere alle esigenze di riservatezza previste dalla Legge.



- dovrà consentire l'esportazione con modalità standard (ASCII, Excel, ecc.) delle tabelle del database, al fine di elaborazioni statistiche personalizzate, anche per il controllo di qualità (QUASCREEN) e l'interfacciamento con il SW di gestione dei trattamenti (SQTM)
- deve prevedere un sistema di back-up dei dati e di archiviazione dei file storici di attività (anagrafici, archivi clinici, archivio dei sospetti e dei positivi).

Il programma informatico dovrà essere in grado di amministrare in modo completo ed efficiente tutte le fasi gestionali dello screening.

1. **Gestione anagrafica (Popolazione, Medici di Medicina Generale, Ambulatori)**

- Acquisizione, preferibilmente "on-line", delle liste anagrafiche comunali riguardanti le donne della popolazione bersaglio. Deve essere possibile il controllo dei doppioni e deve essere possibile un agevole aggiornamento di tali liste, con personalizzazione dei criteri di aggiornamento.
- ·Acquisizione e aggiornamento, preferibilmente "on-line", delle liste dei Medici di Medicina Generale, con possibilità di gestione del livello di collaborazione con tali Medici e di produrre per il Medico di Medicina Generale le liste della popolazione da invitare per l'esclusione delle donne non eleggibili e le liste delle donne non rispondenti al primo o al secondo livello.
- Definizione delle sedi presso cui invitare ogni singola donna per l'effettuazione del primo e secondo livello con procedura di assegnazione automatica.
- Possibilità di individuare l'esame mammografico rispetto al passaggio di screening.

In Allegato 3 sono analizzate le specifiche ritenute opportune din ambito GISMa, per un sw di gestione dei programmi di screening



ALLEGATO 1**SCHEDA INFORMATIVA SULLE RISORSE STRUMENTALI**

SEDE

REFERENTE / I

.....

N° MAMMOGRAFI (MARCA e MODELLOANNO.....)
 (MARCA e MODELLOANNO.....)

N° ECOGRAFI (MARCA e MODELLOANNO.....)
 (MARCA e MODELLOANNO.....)

- MAMMOGRAFO DIGITALE
- POSSIBILITA' ECO COLOR DOPPLER
- MAMMOSTEREOTASSI
- MAMMOSTEREOTASSI DIGITALE
- LETTINO PRELIEVI CON STEREOTASSI DIGITALE
- GALATTOGRAFIA
- PRELIEVI CITOLOGICI
- PRELIEVI MICROISTOLOGICI
- MAMMOTOME
- CENTRATURA PREOPERATORIA CON CARBONE
- CENTRATURA PREOPERATORIA CON FILO METALLICO
- ROLL
- TECNICA LINFONODO SENTINELLA
- RM
- BOBINA RM PER PRELIEVO / CENTRATURA

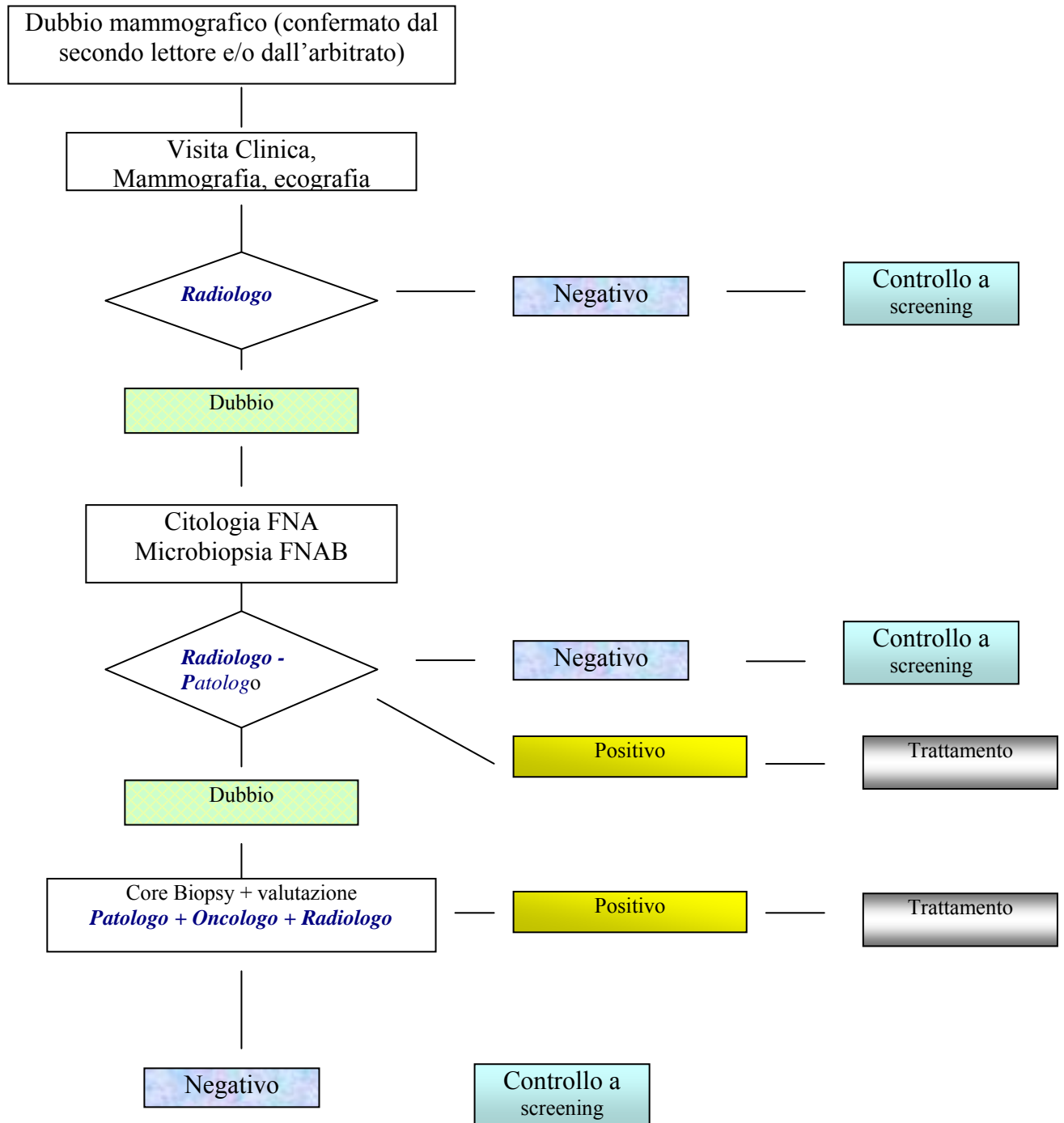


Regione Lazio

ALLEGATO 2

FLOW-CHART DI GESTIONE DEL SECONDO LIVELLO

Il “ secondo livello” definisce gli accertamenti e le competenze necessarie per la risoluzione del reperto dubbio rilevato all’indagine mammografica di primo livello (in **corsivo** il “decisore”)



ALLEGATO 3**SPECIFICHE DEL SOFTWARE IN RELAZIONE ALLE FASI DELLO SCREENING****Inviti (Prime Chiamate, Solleciti Secondo Livello)**

- Possibilità di effettuare chiamate a orari scaglionati nel tempo
- Possibilità di personalizzare l'entità della chiamata giorno per giorno
- Il programma deve essere in grado di calcolare automaticamente il numero di donne da chiamare in un determinato ambulatorio, in rapporto ad alcune variabili inserite da chi effettua la prenotazione. Tali variabili sono: partecipazione attesa, numero massimo di esami/ora per ogni singolo ambulatorio- numero di mammografi se in un ambulatorio è presente più di un mammografo- orario di lavoro con valutazione delle pause.
- Gestione dei solleciti parallela a quella delle prime chiamate, con possibilità di tarare la chiamata dei solleciti secondo la partecipazione attesa: in altri termini, deve essere possibile inserire un'attesa di partecipazione diversa per le prime chiamate e per i solleciti.
- Gestione dei richiami personalizzabile (possibilità di effettuare il richiamo per lettera, di produrre l'elenco delle donne da richiamare suddiviso per sede di espletamento del primo livello e per destinazione della sede del 2' livello).
- ·Gestione delle prenotazioni degli ambulatori di 2' livello.
- ·Gestione dei controlli a breve distanza di tempo: possibilità di inviare, alla scadenza indicata dal Radiologo in fase di refertazione (esempio, a 6 mesi), una lettera di invito per effettuare il controllo.
- Produzione dei file di donne invitate con formato Postel.
- Produzione di elenchi di donne prenotate con indicazione della loro tipologia (prime chiamate, solleciti, controlli a breve distanza, richiami).
- Possibilità di spostare manualmente l'appuntamento, con indicazione dei posti liberi e con capacità di forzatura nel caso di indisponibilità di posto libero.
- Possibilità di accettare un certo numero di donne aderenti spontaneamente al programma che, non aspettando la chiamata, richiedano la mammografia di prevenzione.
- ·Possibilità di produrre gli elenchi degli inviti inesitati per indirizzo errato, delle donne non rispondenti, delle donne non corrispondenti al medico segnalato.

Accettazione

- Possibilità di modificare i dati anagrafici.
- Possibilità di annotare numero di telefono e intestatario del numero.
- Possibilità di registrare data, sede e risultato dell'ultimo esame mammografico, qualora eseguito al di fuori dello screening.
- Possibilità di registrare data, sede e risultato di interventi chirurgici mammari eseguiti in passato.
- Possibilità di registrare i fattori di rischio più importanti (familiarità)
- Possibilità di registrare il motivo dell'esame (asintomatica su chiamata, spontanea, fuori fascia di età, sintomatica dopo mammografia di screening, ecc.).
- Possibilità di registrare sintomi di patologia mammaria eventualmente presenti al momento dell'accettazione.
- Possibilità di assegnare automaticamente un numero radiologico per l'archiviazione delle buste dei radiogrammi con il criterio adottato nei programmi di screening svedesi: data di



nascita all'inverso, seguita da due cifre per differenziare le donne con uguale data di nascita (anno, mese, giorno, due cifre). Questo sistema consente l'archiviazione per anno di nascita e la facile ricerca della busta anche nel caso di guasto del sistema informatico: basta conoscere- nome e data di nascita della donna.

- Il personale che compie l'accettazione deve potere immettere questi dati sul terminale:
 - cognome e nome;
 - data di nascita; indirizzo e numero di telefono della Donna
 - numero di codice fiscale
 - numero radiologico
 - codice identificativo della donna
 - cognome e nome del medico di medicina generale
 - familiarità per cancro della mammella
 - mammografie precedenti in altra Sede;
 - interventi chirurgici subiti.

- Il programma deve poi essere in grado di stampare le etichette per le buste e i fototimbri per i radiogrammi. Esse dovranno portare i seguenti dati:
 - cognome, nome, data di nascita della donna;
 - data dell'esame; numero identificativo; codice del tecnico che esegue l'esame.

Fase di espletamento del test

- Possibilità di registrare dati tecnici immessi dal TSRM e i risultati delle letture in doppio immessi dal Radiologo.
- Possibilità di stampa dei risultati dei test negativi come referto da spedire alla donna, con doppia firma.

Secondo livello diagnostico

- Possibilità di inserire i dati relativi all'alterazione mammografica che è causa del richiamo al 2' livello.
- Registrazione di tutte le metodiche diagnostiche adoperate durante la fase di approfondimento e loro esito con possibilità di registrare eventuali interruzioni volontarie (tasso di abbandono).

Gestione: delle Donne extra-screening

- possibilità di registrare l'invio presso centri di Senologia

Produzione delle statistiche di attività e di andamento del programma

Le statistiche di attività qui di seguito elencate devono essere prodotte automaticamente dal programma, previa compilazione di una finestra di dialogo che consenta di operare delle scelte iniziali riguardanti i seguenti parametri: intervallo di data; tornata di screening; fascia d'età; tasso di adesione; tipologia di esame e valore predittivo positivo per gli esami di secondo livello; il tasso di



richiamo; tipologia adeguatezza e valore predittivo positivo per gli esami di secondo livello; tasso di identificazione; tipologia e sede di trattamento chirurgico.

STATISTICBE DI ATTIVITA DI SCREENING

A.	Totale Donne Residenti 50-69 ANNI	
B.	Donne escluse prima dell'invito	
C.	Totale popolazione da chiamare	(A-B)
D.	Popolazione invitata	
E.	Escluse dopo l'invito	% = escluse/C
F.	Adesione grezza	% = mammografie-inesitati/D
G.	Adesione corretta senza sollecito	% = mammografie dopo l'invito / (D-E)
H.	Adesione corretta dopo sollecito	% = mammografie dopo 2' invito / (D-E)
I.	Adesione corretta globale	% = mammografie G+H / (D-E)
J.	Mancata adesione	% = (D-E) - (mammografie 1) / (D-E)
K.	Popolazione sollecitata	% = solleciti / J
L.	Restano da chiamare (I° INVITO)	% = (D-E-I) / C
M.	Restano da sollecitare	% = (J-K) / J
N.	Inesitati	% = inesitati D
O.	Richiami	% = richiami(esami refertati)
P.	Tipo di richiami (es: stereotassi)	% = STEREOTASSI / O
Q-	Giudizio radiologico / Esami	% = tipo di giudizio / esami refertati
R.	Giudizio radiologico / Richiami	% = tipo di giudizio / richiami

STATISTICIHE SULL'ATTIVITA'GLOBALE

Tipo di accesso per età	%	= numero / esami fatti
Tipo di accesso per Distretto Sanitario (Distretto 8=Fuori ULS)	%	= numero / esami fatti
Numero esami per metodica		
Numero esami per TSRM		
Numero esami per Radiologo		
Numero esami per Tipo di -accesso;		

INDICATORI PRECOCI DI EFFICACIA

- Tasso di adesione grezza
- Tasso di adesione corretta
- Tasso di copertura
- Tasso di partecipazione al primo e al secondo invito- tasso di partecipazione per variabili di tipo anagrafico (per classi: d'età, quinquennali, per stato civile. per luogo di nascita per professione ecc.)
- Numero e tasso di richiami al primo passaggio e ai passaggi successivi, suddivisi anche per radiologo che effettua il richiamo



- Numero e tasso delle donne aderenti ai richiami
- Metodiche utilizzate negli approfondimenti diagnostici
- Specificità e predittività del test di screening e degli esami d'approfondimento

- Mediana/percentile del tempo intercorso fra la data del test di screening e la data della diagnosi
- Mediana/percentile del tempo intercorso fra la data della diagnosi e la data dell'intervento chirurgico
- Numero e percentuale di donne sottoposte ad intervento chirurgico, sia sul totale delle donne esaminate, sia sul totale dei richiami
- Numero, sede e tipo degli interventi chirurgici
- Numero e tasso di donne che rifiutano l'intervento chirurgico
- Numero e tasso dei canceri identificati dallo screening ("detection rate"), per la prima tornata (tasso di prevalenza) e per le tornate successive (tasso di incidenza)
- Rapporto "biopsie benigne/biopsie maligne"
- Distribuzione dei tumori per stadio (T, N, M, G)
- Rapporto "prevalenza/incidenza" per classi d'età quinquennali
- Numero, tasso e stadio di carcinomi non palpabili sul totale dei carcinomi
- Numero, tasso e stadio, per donne sottoposte a screening annualmente. dei canceri intervallari, per tempo dallo screening (entro 1 anno, ecc.)
- Numero, tasso e stadio dei canceri intervallari in donne non aderenti ad un richiamo per test positivo
- Numero, tasso e stadio dei canceri nelle donne della popolazione bersaglio non ancora invitate
- Numero di donne sottoposte a un regime di controllo speciale in seguito al test di screening (ad esempio, consiglio di controllo mammografico a un anno)
- Numero e tasso di donne che eseguono accertamenti e biopsie al di fuori dei consigli ricevuti durante l'esame di screening
- Numero e tasso di abbandono nel passaggio tra il primo e il secondo livello

Rapporti Ditta Aggiudicatrice - Azienda USL

Nomina di Persona di Riferimento.

La Ditta dovrà nominare una persona a cui sarà affidata la responsabilità di tutte le attività relative alla gestione del SW che dialogherà con l'ASL.

Riservatezza.

La Ditta comunica quali precauzioni ha scelto per garantire che le informazioni ed i dati di cui verrà a conoscenza durante lo svolgimento del progetto non siano rese disponibili a terzi.

Da parte sua, il committente si impegna a mantenere riservate tutte le informazioni tecniche portate a sua conoscenza dalla Ditta.

Prestazioni del SW

Premesso che il software dovrà rispondere a quanto definito nel "Manuale operativo screening citologico e mammografico" prodotto dall'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio.

Il SW dovrà gestire le seguenti fasi del programma:

Acquisizione delle liste anagrafiche

Aggiornamento delle liste anagrafiche (gestione record doppi, indirizzi imprecisi, ecc..)

Programmazione degli inviti con la metodica dell'overbooking, dei reinviti



Regione Lazio

Gestione dell'agenda appuntamenti e delle relative modifiche
Accettazione della donna al test di I livello
Accettazione della donna al test di II livello
Refertazione e registrazione esito del test di I livello
Refertazione e registrazione esito degli approfondimenti
Stampa dei referti negativi
Stampa dei referti relativi agli approfondimenti
Programmazione inviti ravvicinati a meno di due anni
Registrazione della diagnosi istologica definitiva per i casi operati
Registrazione di dati relativi al trattamento

Istallazione del SW:

La Ditta fornitrice del software dovrà:
provvedere all'installazione e al collaudo del software applicativo , effettuare la formazione del personale che utilizzerà H software per la gestione e la manutenzione del software

Assistenza tecnica e sistemistica

Deve essere fornita direttamente dalla Ditta e non appaltata esternamente.

Prestazioni extra

Sono considerate prestazioni extra le modifiche e/o aggiornamenti del software che esulano dalla realizzazione delle suddette fasi in accordo a quanto specificato nel programma ASP in uso alla data dell'aggiudicazione. Per tali prestazioni deve essere indicata la tariffa giorno /persona applicata per l'assistenza tecnica e la formazione.

L'assistenza dovrà essere fornita entro 48 ore dalla richiesta. In caso di inosservanza sarà attribuita alla Ditta una penale giornaliera di lire un milione.



**PROGRAMMA DI SCREENING DEL
CANCRO DELLA MAMMELLA**

PROGRAMMA DI MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ

Sintesi del Piano d'azione per l'uso dei criteri di buona pratica



Regione Lazio

INTRODUZIONE

La qualità dei programmi è condizione ineludibile per ottenere nella pratica l'efficacia degli screening dimostrata in modo sperimentale.

La qualità è perseguibile attraverso un processo continuo di valutazione e programmazione d'interventi migliorativi, nelle tre dimensioni fondamentali: organizzativa, tecnico-professionale, percepita; questo processo implica il coinvolgimento attivo degli operatori dei programmi, con la verifica e la progettazione tra pari.

I CBP individuati sono uno strumento per assicurare la qualità dei programmi di screening nella regione Lazio.

L'applicazione routinaria dei CBP sarà possibile solamente dopo l'effettuazione di una fase sperimentale.

L'utilizzo *in linea* dei CBP costituisce parte integrante e prevalente di un Sistema Informativo per la Qualità degli screening



SINTESI PIANO D'AZIONE PER L'USO DEI CRITERI DI BUONA PRATICA DEGLI SCREENING

Il Piano d'Azione per l'applicazione dei CBP prevede le seguenti fasi:

1. fase preliminare di raccolta di pareri esperti sui CBP (stakeholders)
2. fase sperimentale per testare, perfezionare lo strumento dei CBP e compiere una valutazione di *baseline*
3. utilizzo *in linea*

FASE UNO

Fase Preliminare

Gli **obiettivi** di questa Fase sono stati:

1. sottoporre il manuale dei CBP al parere di esperti e stakeholders
2. acquisire suggerimenti e critiche che possano essere identificate come migliorative

Esito: espletata

FASE DUE

Fase Sperimentale

Gli **obiettivi** della fase sperimentale sono:

1. testare l'applicabilità dei CBP nell'ambito dei programmi aziendali, identificando nella pratica l'opportunità di variare il numero, la composizione, la definizione dei criteri identificati
2. compiere una valutazione di *baseline* degli scostamenti dagli standard identificati.

Durata: sei mesi.

Procedura

Rispetto all'Obiettivo 1

- I CBP sono presentati dal Coordinatore e dal responsabile agli operatori impegnati nei programmi di screening illustrandone il significato e gli obiettivi
- Sono raccolte le informazioni necessarie alla misurazione degli indicatori dei CBP
- È descritta un'ipotesi di procedura interna per la raccolta delle informazioni
- Sono registrate le difficoltà inerenti tale raccolta
- Sono valutati gli aspetti di struttura, processo ed esito precoce non considerati nei CBP
- È compiuta una valutazione di fattibilità dell'utilizzo dei CBP

Rispetto all'Obiettivo 2

- Le misurazioni sono raccolte rispetto ad un periodo temporale omogeneo



- Le misurazioni sono inviate entro il 30/10/2002 all'ASP che ne curerà l'analisi e redigerà un Report;
- Tale report sarà sottoposto al parere dei coordinatori e responsabili dei programmi per raccogliere osservazioni e suggerimenti e sarà in fine ufficializzato come valore di baseline per i programmi di miglioramento delle performance degli screening
- Il report sarà utilizzato entro due mesi dalla sua ufficializzazione come base di partenza per programmi aziendali di miglioramento

È prevista almeno una riunione di valutazine *in itinere*

FASE TRE

Fase di implementazione

Obiettivi di questa fase sono:

1. Rendere disponibile in modo routinario i dati necessari alla misurazione degli indicatori definiti dai CBP
2. Attivare in modo routinario il ciclo di valutazione e di definizione degli interventi migliorativi

