

REGIONE LAZIO

Assessorato
*Salvaguardia e Cura
della Salute*

Roma, li

L'Assessore

Prot.S. 308 /62 bis

Roma, 22/9/1997

CIRCOLARE N.50

Direttori Generali
Aziende USL

Direttori Generali
Aziende Ospedaliere

Direttori Generali
Policlinici Universitari

Direttori Generali
Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Direttori Generali
Ospedali Classificati

Oggetto: ***Programmi di screening del cancro della mammella e della cervice uterina.
Indicazioni per l'attuazione della D.G.R. n. 4236 del 8.7.1997***

Con Delibera di Giunta Regionale n.4236 dell'8 luglio 1997 sono state approvate le linee guida per i programmi di screening del cancro della mammella e della cervice uterina nel Lazio. L'attuazione di tali programmi riveste un carattere prioritario e non più differibile nell'ambito della prevenzione oncologica, definiti quali livelli minimi di assistenza.

Con la presente circolare si intendono fornire le prime indicazioni al fine di rendere operativa la Delibera in oggetto.

Compiti dei Direttori Generali

Per l'immediata attuazione dei programmi i Direttori Generali delle AAUUSLL :

- *nominano il Comitato di Coordinamento* per i programmi di screening, composto dai Responsabili delle unità operative interessate (Consultori che già effettuano eventuale attività di screening del tumore della cervice uterina, Ambulatori ginecologici di riferimento di II livello, Unità di Radiodiagnostica con esperienza mammografica, Centri di Senologia, Laboratori di Citoistopatologia, ecc.) nonché da un rappresentante dei Medici di Medicina Generale della AUSL

REGIONE LAZIO

Assessorato
*Salvaguardia e Cura
della Salute*

Roma, li

L'Assessore

- *comunicano il nominativo del Coordinatore*, che il Comitato di Coordinamento elegge al suo interno, al Settore Programmazione di questo Assessorato **entro il 20 Ottobre p.v.** I Comitati delle AAUUSLL Rieti e RMF, come previsto dalla Delibera in oggetto, faranno riferimento alle rispettive AAUUSLL capofila: AUSL Viterbo e AUSL RMG. All'interno del Comitato sarà individuato un referente per lo screening mammografico e uno per lo screening citologico. Il Coordinatore del Comitato può essere uno dei due referenti.

Gli stessi Direttori Generali, entro il 30 novembre p.v.:

- *individuano le sedi interessate* per l'effettuazione dei test (primo livello), per gli accertamenti di conferma diagnostica (secondo livello) e per gli interventi terapeutici (terzo livello), sentito il Comitato di Coordinamento per il programma di screening, tra le strutture accreditate pubbliche o private che rispondano ai requisiti indicati nella Delibera. Per quanto riguarda il test di I livello le sedi di prelievo devono essere il più possibile decentrate e accessibili alle donne (in termini di viabilità e di trasporti) e situate in luoghi normalmente frequentati e riconosciuti dalla popolazione femminile. Le sedi di lettura dei test, per garantire il necessario volume di attività, devono essere centralizzate in due sedi uniche, rispettivamente una per la lettura delle mammografie e una per la lettura dei preparati di citologia cervicale
- *individuano il personale necessario*, sentito il Comitato di Coordinamento, secondo qualifiche e funzioni, che dovrà dedicare almeno il 30% del proprio impegno lavorativo all'attività di screening, e verificano l'eventuale fabbisogno aggiuntivo di personale
- *individuano il fabbisogno di aggiornamento professionale* degli operatori coinvolti, che dovrà essere preliminarmente all'avvio del programma, anche in contemporanea con altre procedure organizzative (predisposizione liste anagrafiche, inviti, campagna informativa, ecc.)
- *verificano la dotazione quantitativa e qualitativa della strumentazione diagnostica* e la rispondenza alla normativa nazionale e alle linee guida europee e ne predispongono l'eventuale adeguamento
- *verificano l'adeguatezza dei supporti informatici* per la gestione del sistema informativo dello screening
- *richiedono le liste delle donne residenti*, nelle fasce di età interessate, alle Anagrafi Comunali e ne predispongono il continuo aggiornamento. Per quei Comuni in cui la trasmissione delle liste comporta notevoli ritardi si può ricorrere in via transitoria all'utilizzo delle liste regionali degli assistiti, che tuttavia non garantiscono la stessa accuratezza di informazione delle liste anagrafiche
- *trasmettono il programma di screening della AUSL*, predisposto dal Comitato di Coordinamento

REGIONE LAZIO

Assessorato
*Salvaguardia e Cura
della Salute*

Roma, li

L'Assessore

per i programmi di screening, al Settore Programmazione di questo Assessorato. Le AAUUSLL Rieti e RMF predispongono un programma unico di screening assieme rispettivamente alle AAUUSLL RMG e Viterbo, secondo le indicazioni riportate nella Delibera.

La Regione Lazio:

- *nomina la Commissione Regionale*, dopo aver acquisito i nominativi dei Coordinatori delle AAUUSLL
- *approva i progetti di screening mammografico e citologico* inviati dalle AAUUSLL presso l'Osservatorio Epidemiologico Regionale:
- *predispone un seminario sulla metodologia degli screening in oncologia* per i due membri dei Comitati di Coordinamento referenti per lo screening mammografico e citologico di ogni AUSL. Mette inoltre a disposizione la lista dei centri e delle iniziative accreditate sul territorio italiano, con provata esperienza e competenza in materia di screening citologico e mammografico, per l'aggiornamento e addestramento del personale individuato
- *mette a disposizione delle AAUUSLL il software* necessario per la gestione del Sistema Informativo e predispone l'opportuno addestramento degli operatori delle AAUUSLL designati alla gestione dei dati; le AAUUSLL che ritengono di provvedere autonomamente dovranno fornire i dati secondo il formato unico predisposto dalla Regione Lazio
- *mette a disposizione un servizio di documentazione* relativo ai programmi di screening oncologico, per la opportuna consultazione da parte delle AAUUSLL

Finanziamento

Lo stanziamento per il II semestre 1997 per l'avvio dei programmi è da intendersi finalizzato all'adeguamento della dotazione del personale, all'aggiornamento professionale e all'eventuale adeguamento informatico. Tale finanziamento è propedeutico all'avvio dei programmi.

A programma avviato il finanziamento avverrà sulla base dei test di screening effettuati; per ogni donna non partecipante che però sia stata invitata e sollecitata a partecipare è previsto un rimborso per la quota relativa ai "costi di gestione" (20%), come specificato nella Delibera.

Accertamenti diagnostici e test di screening

E' necessario ribadire l'importanza di diversificare e separare l'attività di diagnosi da quella di screening. La prima si rivolge infatti a donne con sintomi e deve avvalersi di metodiche mirate di diagnosi clinica e strumentale. L'esecuzione degli screening, invece, si rivolge *alla popolazione sana asintomatica* e deve avvenire all'interno di un programma predefinito e rispondere a precisi protocolli. Pertanto, sono completamente gratuite le seguenti prestazioni (di cui al D.M. 22.7.96)

REGIONE LAZIO

Assessorato
*Salvaguardia e Cura
della Salute*

Roma, li

L'Assessore

eseguite all'interno di tale programma elencate in Delibera:

Screening per il tumore della mammella

eseguito con cadenza biennale nelle donne di 50-69 anni
(ossia che nell'anno in corso compiono dai 50 ai 69 anni di età)

Classificazione
ICD9-CM

<i>Test di I livello (Test di screening)</i>	
87.37.1	Mammografia bilaterale 2 proiezioni
87.37.2	Mammografia monolaterale " (in caso di richiamo per motivi tecnici)
<i>Test di II livello (accertamenti di conferma diagnostica)</i>	
87.37.1	Mammografia bilaterale (con ingrandimento e altre eventuali proiezioni)
87.37.2	Mammografia monolaterale " " " " "
88.73.1	Ecografia della mammella bilaterale
88.73.2	Ecografia della mammella monolaterale
85.11.1	Biopsia ecoguidata della mammella (biopsia con ago sottile)
85.11	Biopsia (percutanea) (agobiopsia) della mammella (con guida stereotassica)
85.12	Biopsia a cielo aperto della mammella
87.35	Galattografia
91.39.1	Esame citologico da agoaspirazione
91.46.5	Esame istocitopatologico della mammella: Biopsia stereotassica
91.47.1	Esame istocitopatologico della mammella: Nodulesctomia

Screening per il tumore della cervice uterina

con cadenza quadriennale nelle donne di 25-64 anni
(ossia che nell'anno in corso compiono dai 25 ai 64 anni di età)

Classificazione
ICD9-CM

<i>Test di I livello</i>	
91.48.4	Prelievo citologico cervico-vaginale (Pap test)
91.38.5	Esame citologico cervico-vaginale
<i>Test di II livello</i>	
70.21	Colposcopia
67.19.1	Biopsia mirata della <i>portio</i> a guida colposcopica - biopsia di una o più sedi.
67.12	Biopsia endocervicale (isteroscopia)
91.44.4	Esame istocitopatologico dell'apparato urogenitale: (biopsia della cervice uterina)
88.78.2	Ecografia ginecologica

REGIONE LAZIO

Assessorato
Salvaguardia e Cura
della Salute

Roma, li

L'Assessore

Per contro, non rientrano nelle indicazioni delle linee guida e non beneficiano dell'esenzione alla partecipazione alla spesa le seguenti prestazioni eseguite in soggetti asintomatici:

- *la Mammografia (cod. 87.37.1 /2)*

in donne di età inferiore a 50 anni e comunque con cadenza inferiore ai due anni, *in assenza di indicazioni specifiche al follow-up ravvicinato*; è invece erogabile l'offerta passiva (senza invito) del test di screening alle donne oltre i 69 anni che lo richiedano

- *l'Esame Citologico della cervice uterina - (Pap Test) (cod. 91.38.5)*

in donne di età inferiore ai 25 anni; è invece erogabile l'offerta passiva del test (senza invito) alle donne oltre i 65 anni che lo richiedano.

- *l'Ecografia (cod. 88.73.1 /2)*

come test di screening di primo livello per i tumori della mammella. Tale esame deve infatti essere riservato come test di richiamo delle donne già sottoposte a mammografia.

E' quindi raccomandabile, parallelamente all'avvio dei programmi in oggetto, intraprendere ogni iniziativa per scoraggiare la prescrizione o l'effettuazione di accertamenti di "screening spontaneo" che non rientrano nei criteri adottati dalla maggior parte dei programmi italiani ed europei e riportati nelle linee guida della Regione Lazio. Tali procedure, infatti, oltre ad essere di basso o nullo rendimento in termini preventivi, distolgono una quota sostanziale di risorse umane e materiali che devono essere riconvertite nell'effettuazione di uno screening programmato e sistematico.

Indicazioni per la stesura dei piani di Azienda USL per lo Screening Mammografico e Citologico

Nella Scheda in allegato sono riportati gli elementi che devono essere contenuti all'interno di ciascun piano, al fine di garantire una omogeneità di criteri e di snellire le procedure regionali per l'approvazione e il finanziamento dei programmi medesimi. Poichè la metodologia degli screening e gli obiettivi dello screening mammografico e citologico sono già esplicitati nella Delibera regionale, i programmi non dovranno contenere parti introduttive e obiettivi generali circa l'opportunità di eseguire gli screening, ma dare indicazioni operative all'effettuazione del programma stesso.

a) Individuazione di aree e strategie prioritarie

E' opportuno iniziare lo screening nelle aree a maggior disagio sociale, ossia quelle meno provviste di servizi sanitari e con minor ricorso alle prestazioni. E' stato dimostrato, infatti, che in queste è più frequente il ritardo diagnostico delle patologie tumorali femminili. Lo screening può essere effettuato con tecniche "a scacchiera", ossia con un'offerta contemporanea dello screening citologico e di quello mammografico in quartieri alterni. Tale strategia consente una più rapida copertura della popolazione con il programma di prevenzione ed è pertanto vantaggiosa anche sul piano etico.

b) Ottimizzazione dell'adesione al programma

Requisito essenziale per l'efficacia di un programma di screening è l'adesione ottimale della popolazione. I soggetti non aderenti devono essere il bersaglio prioritario del programma, essendo in genere proprio i maggiori contributori di incidenza e di mortalità per le malattie oggetto dello screening. Pertanto, per favorire le donne lavoratrici è importante prevedere appuntamenti sia antimeridiani che pomeridiani. Gli appuntamenti dovranno avvenire per fasce orarie molto ristrette, per evitare che lunghe attese scoraggino la partecipazione delle donne. E' poi opportuno riservare uno spazio per la partecipazione di donne che si presentino senza appuntamento, invitate o meno, purchè rientrino nei requisiti previsti e appartengano alla stessa zona interessata dal programma in quella fase. Infatti vi può essere una quota consistente, variabile a seconda delle aree, di donne la cui residenza effettiva non corrisponda con quella risultante dalle liste. Inoltre ogni sforzo deve essere fatto per favorire la partecipazione delle donne nelle fasce di età alta (60-69 anni), a maggior incidenza di malattia e tuttavia a minor adesione allo screening.

Per quanto riguarda l'esecuzione del pap test, la strategia dell'appuntamento prefissato è da preferire perchè facilita l'adesione al programma, pur comportando una modifica fissa di circa il 15% degli appuntamenti per la coincidenza con il ciclo della donna.

Presso tutti i centri interessati dal programma, sia di I che di II livello, devono essere messi a disposizione, soprattutto nella fase di avvio, moduli per la segnalazione di inconvenienti e suggerimenti da parte delle donne invitate. A tal scopo deve anche essere utilizzato il *numero verde* della AUSL, qualora disponibile, opportunamente pubblicizzato.

Molti fattori possono modificare la partecipazione delle donne ad un programma di prevenzione. E' importante perciò garantire l'opportuna *riservatezza* delle interessate, sia nell'invio delle lettere, sia presso i centri di screening, e sensibilizzare al riguardo il personale interessato. L'adesione, infine, sarà influenzata anche dalla campagna di informazione e di promozione del programma che precederà

L'Assessore

e accompagnerà il programma, che deve essere rivolta soprattutto a superare pregiudizi, resistenze e barriere culturali in tema di prevenzione oncologica e a sottolineare la semplicità e sicurezza dei test eseguiti, la gratuità e la facilità di accesso allo screening.

c) Sperimentazione.

Può essere utile sperimentare diverse strategie di screening e valutarne gli effetti. Per lo screening mammografico si può confrontare la diversa adesione delle donne alla mammografia eseguita presso pochi centri sanitari conosciuti e accreditati purchè facilmente raggiungibili, con quella eseguita mediante un'apparecchiatura radiografica mobile presso più sedi periferiche maggiormente accessibili, che assicurano una copertura più capillare del territorio e in particolare dei piccoli Comuni o dei quartieri decentrati.

Per quanto riguarda lo screening per i tumori della cervice uterina, è ipotizzabile che in alcune aree una quota consistente della popolazione femminile si sottoponga già regolarmente allo screening citologico, anche con frequenze più ravvicinate di quelle ottimali (3-5 anni). In queste aree l'adesione attesa al programma sarà bassa, ma la copertura effettiva della popolazione sarà elevata. Pertanto, quando la popolazione bersaglio è solo la quota (minoritaria) delle donne che non effettuano lo screening spontaneamente, una strategia alternativa, più vantaggiosa come rapporto *costo/efficacia*, può basarsi non sugli inviti individuali ma su una campagna di informazione intensiva attraverso i mezzi di comunicazione di massa e sul reclutamento attivo presso i luoghi di maggior affluenza di donne, i Medici di Medicina Generale, le strutture ambulatoriali e ospedaliere. Le AAUUSLL che già hanno programmato o avviato in alcuni distretti lo screening citologico a cadenza triennale lo continuano ad effettuare con tale cadenza, mentre la periodicità quadriennale è raccomandata in tutte le aree sprovviste di un programma attivo.

d) Ottimizzazione dell'efficienza e dell'accettabilità del programma

L'efficienza è un fattore importante di un programma di screening. E' importante pertanto garantire il pieno utilizzo delle strutture, pianificando per esempio l' "overbooking", ossia la prenotazione in eccesso per i test di I livello, con un'eccedenza proporzionale alle quote stimate di non aderenti o di inviti che tornano al mittente e di appuntamenti che vengono spostati. In nessun caso deve avvenire che il centro lavori al di sotto di standard minimi di funzionamento prefissati. E' importante pertanto che il centro di coordinamento del programma che emette gli inviti sia periodicamente informato delle variazioni dell'attività lavorativa dei centri di I e II livello (per ferie del personale, assenze, riparazioni, ecc.) per distribuire opportunamente gli appuntamenti. E' importante inoltre avere un sistema di rilevazione sistematica dell'attività dei centri e delle presenze del personale.

Per quanto riguarda gli aspetti di efficienza di diretto interesse per le donne, si dovrà verificare che i *tempi di risposta* del test di I livello non superino le 2 - 3 settimane e tali tempi dovranno essere periodicamente monitorizzati. Le telefonate di richiamo per riesame o per gli accertamenti di II livello, devono essere fatte in più fasce orarie e devono avvenire pochi giorni prima dell'appuntamento prefissato. Chi effettua le telefonate deve essere in grado di dare un'informazione chiara e semplice e deve avere conoscenze tecniche di base sufficienti per rassicurare la donna. La figura ideale è quella dell'infermiera professionale o dell'assistente sanitaria. L'appuntamento deve essere fissato a tre-quattro giorni per contenere l'ansia e impedire la "fuga" della donna verso altre strutture non dedicate allo screening. Le risposte agli accertamenti di II livello devono essere possibilmente contestuali

REGIONE LAZIO

Assessorato
Salvaguardia e Cura
della Salute

Roma, li

L'Assessore

all'accertamento stesso o con tempi più brevi di quelle di I livello. Particolare attenzione deve essere posta tanto ai contenuti quanto alle modalità di comunicazione con le donne. E' importante garantire un'informazione corretta ed esauriente sia verbale che scritta (mediante eventuali modelli prestampati) a tutti i livelli dello screening. In particolare dovrà essere curata la comunicazione di positività per tumore, per la quale deve essere anche disponibile un eventuale supporto psicologico. Infine, i tempi di attesa per il ricovero devono essere contenuti e monitorizzati e le procedure semplificate.

e) Ruolo dei Medici di Medicina Generale (MMG).

Si ribadisce l'importanza del coinvolgimento nel programma dei Medici di Medicina Generale, tramite la partecipazione dei rappresentanti nel Comitato di Coordinamento dell'AUSL. E' importante che inoltre che i MMG e gli specialisti ambulatoriali e ospedalieri vengano informati su tempi e modalità di avvio del programma locale, contestualmente alla campagna informativa rivolta alla popolazione.

La possibilità di un programma più complesso, che coinvolga attivamente i MMG nella firma delle lettere o nella correzione delle liste degli inviti sarà valutata nelle singole realtà. E' importante prevedere invece il ritorno ai MMG delle liste delle loro assistite che non hanno risposto agli inviti per una ulteriore valutazione e intervento da parte dei MMG.

f) Dotazione di attrezzature e strumentazione.

Le attrezzature sanitarie esistenti devono essere già censite ai sensi della normativa vigente. Per i mammografi deve essere verificata l'idoneità ai fini della radioprotezione e a queste verifiche deve seguire un adeguamento qualitativo e quantitativo. E' importante assicurare inoltre che vi sia il pieno utilizzo delle attrezzature medesime; l'uso di un mammografo mobile consente sia un utilizzo intensivo dell'apparecchiatura che la copertura di zone altrimenti sprovviste.

Occorre verificare anche il fabbisogno di attrezzature anche per la parte amministrativa dello screening e per la gestione del sistema informativo (computer, telefoni, modem, ecc.). L'eventuale acquisto di apparecchiature sia per lo screening mammografico che per quello citologico deve essere effettuato sia mediante i fondi già disponibili per gli acquisti in conto capitale, sia utilizzando il piano regionale di adeguamento delle apparecchiature sanitarie.

g) Stima del fabbisogno di personale

L'attività routinaria di esecuzione dei test di I livello (e l'eventuale ripetizione dei test risultati inadeguati) avviene presso le sedi periferiche ed è di norma ripartita su 200 giornate lavorative nette annuali. Gli accertamenti di II livello vengono effettuati presso i centri di riferimento dove è presente l'équipe multidisciplinare e in genere sono previsti per questi sessioni settimanali.

Gli standard di massima di fabbisogno del personale sono calcolati in relazione al volume di attività previsto, sulla base delle indicazioni europee e sono riportati in Tabella 1 e 2.

L'effettuazione di test diagnostici su una popolazione sana (senza sintomi) ha una bassa predittività, ossia una probabilità di diagnosticare lesioni ben più bassa che in soggetti con sospetto di malattia. E' perciò importante che i test siano correttamente eseguiti, con tecnica standardizzata e con frequenza adeguata. Vi sono perciò degli standard minimi di attività per il personale con funzioni tecniche specifiche (ostetriche, tecnici radiologi, radiologi, citologi, ginecologi) al di sotto

REGIONE LAZIO

Assessorato
*Salvaguardia e Cura
della Salute*

Roma, li

L'Assessore

dei quali non possono essere garantiti dei risultati validi, che sono vincolanti.

Gli standard del restante personale sono calcolati in base a criteri di efficienza e di pieno utilizzo del personale medesimo e devono poi essere adattati alle realtà locali.

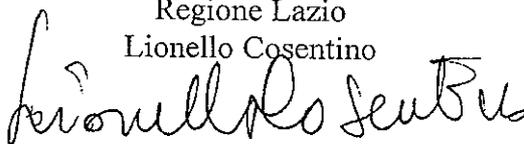
h) Aggiornamento professionale e addestramento degli operatori

La AUSL predispose un piano di aggiornamento del personale che deve essere organizzato per funzioni (esecuzione della mammografia o del pap test, lettura delle radiografie o dei preparati citologici, gestione del sistema informativo, gestione degli inviti, esecuzione degli accertamenti di II livello, ecc.)

Il personale con funzioni tecniche specifiche già menzionato può frequentare corsi di aggiornamento ed addestramento solo presso sedi riconosciute con esperienza nel campo dello screening mammografico e citologico. Per i referenti delle AAUSSL è previsto un seminario sulle tecniche e sulla valutazione dei programmi di screening presso l'Osservatorio Epidemiologico della Regione Lazio. E' compito dell'AUSL, tramite il Comitato di Coordinamento, provvedere a un breve aggiornamento ed addestramento del restante personale. Tutto il personale coinvolto, infatti, per poter svolgere al meglio le proprie funzioni, deve essere adeguatamente motivato.

Si fa presente che le scadenze suindicate sono improrogabili per permettere gli adempimenti necessari allo stanziamento dei fondi del II semestre 1997, relativi all'avvio dei programmi medesimi.

Assessore alla Salvaguardia e Cura della Salute
Regione Lazio
Lionello Cosentino



REGIONE LAZIO

Assessorato
Salvaguardia e Cura
della Salute

Roma, li

L'Assessore

Tabella 1. Fabbisogno di personale per Unità di Screening Mammografico
(unità equivalenti di personale a tempo pieno) per 20.000 test eseguiti *
(standard minimo per un centro di screening mammografico: almeno 12.000 esami l'anno)

Personale	Unità centrale	Unità di screening I livello	Unità di lettura dei test	Centro diagnostico II livello	TOTALE
TECNICO RADIOLOGO 1: 3-4.000 Mx	-	5-6	-	0.2	6
RADIOLOGO ** 1: 10.000 Mx	-	-	4**	0.2	4.5
INFERMIERA***	-	2	-	0.2	2 - 2.5
CITOLOGO	-	-	-	0.2	0.2
CHIRURGO	-	-	-	0.2	0.2
COORDINATORE **	1**	-	-	-	-
ASSISTENTE AMM.VO	3§	1§§	0.3§§	-	4 - 4.5
AUTISTA§§§	-	0.5	-	-	0.5

* I numeri rappresentano unità equivalenti di personale e possono ovviamente essere coperte da più personale per frazioni di tempo corrispondenti, considerando che per quanto riguarda i tecnici non è opportuno che dedichino **non meno del 30% della loro attività lavorativa al programma.**

** Si tratta di unità effettive, dati gli standard di attività necessari (per i radiologi non meno di 8.000- 10.000 radiogrammi letti all'anno, in doppia lettura)

*** è raccomandabile personale femminile

§ inclusa l'attività di centralinista

§§ non necessariamente personale dedicato, ma già operante in quella sede

§§§ particolarmente per il trasporto di unità mammografiche mobili; addetto inoltre al trasporto delle lastre dalla sede del test al centro di lettura/archivio

REGIONE LAZIO

Assessorato
Salvaguardia e Cura
della Salute

Roma, li

L'Assessore

**Tabella 2. Fabbisogno di personale per Unità di Screening Citologico
(unità equivalenti di personale a tempo pieno) per 15.000 test eseguiti *
(standard minimo di test per centro di screening citologico)**

Personale	Unità centrale	Unità di screening I livello	Unità di lettura dei test	Centro diagnostico II livello	TOTALE
OSTETRICA 1: 8.000 prelievi	-	2	-	-	2
TECNICO CITOLOGO 1: 7.000 letture	-	-	2	0.15	5
ANATOMO PATOLOGO 1 : 3 citologi	-	-	1	0.15	1.15
INFERMIERA ***	-	-	-	0.15	0.15
GINECOLOGO 1 : 1.000 colposcopie	-	-	-	0.5	0.5
COORDINATORE **	1**	-	-	-	1
ASSISTENTE AMM.VO	2-3§	1§§	0.2§§	-	3.5 - 4
AUTISTA §§§	-	0.3	-	-	0.3

* I numeri rappresentano unità equivalenti di personale e possono ovviamente essere coperte da più personale per frazioni di tempo corrispondenti, considerando che per quanto riguarda i tecnici non opportuno che dedichino **non meno del 30% della loro attività lavorativa al programma.**

** Si tratta di unità effettive, dati gli standard di attività necessari

*** è raccomandabile personale femminile

§ inclusa l'attività di centralinista

§§ non necessariamente personale dedicato, ma già operante in quella sede

§§§ addetto al trasporto dei vetrini dalla sede del test al centro di lettura/archivio

Allegato 1. Schema-tipo per la stesura di un programma di screening per i tumori della mammella e della cervice uterina

1. Definizione degli obbiettivi

L'obbiettivo di questi due programmi è la riduzione della mortalità per i tumori oggetto dello screening. Come specificato nel testo della Delibera, la valutazione di questo risultato può avvenire solo dopo alcuni anni dall'inizio del programma, per cui ci si avvale di *indicatori intermedi*, quali indicati nella Tabella 1 della Delibera. Questi indicatori sono universalmente accettati quali obbiettivi obbligati di processo di un programma di screening.

2. Definizione della popolazione bersaglio

La popolazione bersaglio divisa per AAUSSL per ciascuno dei due programmi è specificata nelle Tabelle 5 e 6 della Delibera. All'interno di questa la AUSL individua:

- priorità sociali/geografiche
- sottopopolazioni con particolarità epidemiologiche dove diversificare il programma (distretti dove attività di screening sono già avviate, ecc.).

3. Individuazione delle sedi di effettuazione e di gestione del test

Devono essere specificati separatamente per la mammografia e il pap test:

- i centri fissi o mobili di esecuzione del test
- centri di lettura
- centro di coordinamento e raccolta dati

Per ogni sede deve essere specificato il relativo bacino di utenza e deve essere verificata l'esistenza di requisiti minimi che consentano l'esecuzione del test in concomitanza con la restante attività della struttura sanitaria; può essere utile prevedere giorni o turni dedicati allo screening.

4. Calcolo del fabbisogno del personale per qualifiche

Il fabbisogno di personale viene calcolato sulla base degli standard di massima forniti nelle Tabelle 1 e 2 della presente Circolare (Tabelle 1 e 2). E' opportuno specificare per ciascuna figura la quota di attività dedicata al programma e il livello di mobilità richiesto, ossia se si tratta di personale già operante presso quella struttura, se operante presso altra sede.

5. Pianificazione dell'aggiornamento professionale

Deve essere predisposto un calendario di massima per l'aggiornamento e l'addestramento per tutte le figure professionali che partecipano allo screening: personale amministrativo, centralinisti, infermiere, tecnici radiologi, radiologi, ostetriche, tecnici citologi, patologi, chirurghi, ginecologi, oncologi.

Deve essere indicato il numero di operatori che si occuperanno del sistema informativo per i quali è previsto un corso di formazione presso l'Osservatorio Epidemiologico.

6. Calcolo del fabbisogno di attrezzature e apparecchiature necessarie

Per ogni livello (I e II) e per la gestione di inviti e sistema informativo degli screening mammografico e citologico devono essere specificate:

- le attrezzature esistenti adeguate,
- le attrezzature esistenti che richiedono adeguamento
- le attrezzature da acquisire

Per ciascuna di esse sarà precisata la quota di utilizzo di massima prevista all'interno del programma.

7. Predisposizione di un calendario di massima per l'effettuazione del programma per il I anno

Deve essere previsto un calendario di massima che indichi aree, luoghi, numero di utenti e tempi di effettuazione degli screening mammografico e citologico per ogni area.

8. Organizzazione dei centri

Deve essere specificata l'organizzazione di massima dei centri per ciascun livello. Per ogni centro devono essere specificate le funzioni, l'orario settimanale di apertura per lo screening, il personale presente. Devono essere esplicitati gli accorgimenti adottati per ottimizzare l'accessibilità e l'accettabilità delle prestazioni da parte delle donne. Per il centro di coordinamento dello screening deve essere specificato anche l'orario di funzionamento del centralino e gli orari della segreteria telefonica.

9. Campagna informativa e promozionale

Deve essere prevista una campagna informativa iniziale a livello generale e specifiche campagne locali che seguano le tappe dello screening. Occorre specificare: destinatari della campagna, luoghi, tipo di messaggio, modalità, strumenti, tecniche e scadenze per l'effettuazione della campagna informativa.

10. Organizzazione degli inviti

Per questa fase si deve specificare: tipo di liste di popolazione utilizzato e modalità di aggiornamento delle liste stesse, modalità di scaglionamento degli inviti, anticipo sulla data dell'appuntamento, livello di automazione (imbustamento, ecc.) e tipo di spedizione.

Devono essere poi definite le modalità di reinvito (tempi e scadenze) delle donne che non si sono presentate.

11. Esecuzione del test di screening

Deve essere definito il modello organizzativo di effettuazione del test di screening: quali sono i tempi massimi di attesa, quale operatore riceve la donna per la verifica dei dati anagrafici e per introdurla al test, quale operatore effettua il test e con che tempi.

Per l'esecuzione del test di screening deve essere specificato quale protocollo verrà adottato.

12. Lettura dei test

Deve essere specificato quale protocollo viene adottato per la lettura dei test e quali standard di personale. Devono essere specificati i tempi medi stimati entro i quali viene effettuata la lettura e i tempi massimi di invio della risposta, dando la precedenza alle risposte che richiedono un riesame e a quelle che cui seguono gli accertamenti di II livello.

13. Richiamo

Devono essere definite le modalità di richiamo telefonico sia per il riesame di test non idonei o dubbi, sia per l'accertamento dei casi positivi e la figura professionale che effettua le telefonate. Deve essere esplicitato chi è il responsabile della verifica che tutti i casi da richiamare siano stati effettivamente richiamati ed abbiano eseguito gli accertamenti richiesti.

14. Accertamenti di II livello

Deve essere specificata la composizione dell'équipe di II livello, la periodicità con cui opera, i protocolli diagnostici cui fa riferimento.

15. Interventi terapeutici

Deve essere indicata la struttura ospedaliera di riferimento, sia per la terapia chirurgica che per la radioterapia, che risponda ai requisiti indicati nella Delibera, ossia che tratti circa 100 pazienti all'anno per la patologia di interesse, nonché il protocollo terapeutico seguito. Deve essere stimato il tempo medio e massimo di attesa delle pazienti per l'intervento.

16. Follow-up delle pazienti trattate

Deve essere esplicitata la modalità di richiamo per il follow-up delle pazienti trattate e i protocolli diagnostici utilizzati.

17. Organizzazione del sistema informativo

In attesa delle specifiche disposizioni regionali sulla gestione dei sistemi informativi, l'AUSL definisce i sistemi preferenziali tra collegamento in rete di tutti i siti coinvolti nello screening, o la dotazione indipendente di computer con la corrispondente modalità di trasferimento dati, via modem o altro.

18. Modulistica

Deve essere indicata la tipologia dei modelli (non i contenuti). Le informazioni da prevedere sono di due tipi: quelle per l'utenza e quelle per la gestione e per la valutazione.

19. Organizzazione dei dati di funzionamento del programma

Poiché il Comitato di Coordinamento del programma di screening deve conoscere periodicamente e puntualmente i parametri di funzionamento dei centri per l'effettuazione dello screening, occorre indicare con che periodicità e quali parametri di funzionamento verranno rilevati: numero dei giorni e delle ore di apertura per l'attività di screening di ciascun centro e numero delle prestazioni effettive per ogni centro e per operatore; numero degli inviti, dei rifiuti, numero delle donne partecipanti invitate e delle partecipanti non invitate. Deve inoltre essere possibile avere un primo dato grezzo di soddisfazione dell'utenza.

20. Disponibilità dati per la valutazione di processo del programma

La valutazione di processo deve necessariamente includere i parametri previsti nelle Tabelle 1 e 2 della Delibera. Il programma dovrà recepire tali parametri e indicarne la disponibilità.