Piano di riconversione delle modalità di erogazione dei test di screening all'interno del programma organizzato secondo la DGR 111-3632 del 2 agosto 2006

Il Piano è predisposto dalla Azienda Sanitaria Ospedaliera "San Giovanni Battista" di Torino in modo concordato con le Aziende Sanitarie Locali ASL 1, ASL 2, ASL 3, ASL 4 di Torino e con l'ASO" O.I.R.M. S. Anna" di Torino e ASO" Ordine Mauriziano" che compongono il Dipartimento di Screening n° 1 della Città di Torino.

1. Analisi dell'esistente.

a. Modalità di organizzazione attuale dello screening organizzato e dei punti critici del sistema attuale.

Organizzazione attuale.

Gli screening per i tumori del collo dell'utero e della mammella sono attivi in Torino dal 1992, prevedono l'invito attivo con lettera di invito ogni due anni per lo screening mammografico ed ogni tre per quello citologico. Lo screening per tumore del colon retto è stato avviato nel 1999 in forma sperimentale e tra il 2003 e il 2004 il programma e' stato esteso a tutta la popolazione bersaglio. Il protocollo di screening prevede l'invito per la popolazione maschile e femminile ad eseguire una sigmoidoscopia (FS) al compimento del 58° anno di età e, per la popolazione in età 59-69, l'invito ad eseguire, ogni 2 anni, un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci.

Nell'ambito delle attività previste dalla DGR 41-22841 del 27 ottobre 1997 lo screening per i tumori femminili è stato progressivamente portato a regime utilizzando l'organizzazione su base dipartimentale la cui sede è presso l'ASO San Giovanni Battista di Torino.

Le convenzioni interaziendali per i tumori femminili, così come quella del colon retto, nel tempo, hanno di volta in volta definito le sedi di erogazione ed il fabbisogno annuale delle prestazioni di screening in relazione alla potenzialità erogativa dei centri stessi. Le tabelle 1a e 1b riportano l'attuale assetto organizzativo dello screening istituzionale nella Città di Torino.

Tabella 1a. Attuale assetto organizzativo dello screening istituzionale nella Città di Torino.

		ASL 1	ASL 2	ASL 3	ASL 4	ASO S. Giovanni	ASO OIRM S.Anna	ASO Umberto I
Mammografico	UVOS	x						
	Primo livello Esecuzione e Lettura					2 sedi (Molinette + S.G.A.S.)	1 sede	
	Secondo Livello					2 sedi (Molinette + S.G.A.S.)	1 sede	
Citologico	UVOS	x						
	Primo livello Esecuzione	2 U.P.	2 U.P.	2 U.P.	2 U.P.			
	Primo livello Lettura		1 lab	1 lab	1 lab	2 laboratori (Molinette + S.G.A.S.)		
	Secondo Livello						x	
Colon retto	UVOS					x		
	Esecuzione FS		1 sede	1 sede	1 sede	2 sedi (Molinette + S.G.A.S.)		1 sede
	Lettura FOBT					1 lab		
	Secondo Livello		1 sede	1 sede	1 sede	2 sedi (Molinette + S.G.A.S.)		1 sede

Legenda:

U.V.O.S Unità di Valutazione ed Organizzazione dello Screening
S.G.A.S. Osp. San Giovanni Antica Sede
U.P. Unità di Prelievo
F.S. Flessosigmoidoscopia
F.O.B.T. Fecal Occult Blood Test
Lab Laboratorio

UVOS (Unità di Valutazione ed Organizzazione dello Screening).

L'UVOS è collocata presso l'ASL 1-2 di Torino e svolge le funzioni che le competono per quanto riguarda i tumori femminili (programmazione inviti, solleciti, richiami) in funzione della disponibilità dei centri di esecuzione e lettura, monitoraggio attività e valutazione dello screening etc..

Le funzioni dell'UVOS per quanto riguarda lo screening per il colon retto sono attualmente affidate, in attesa del completamento dello sviluppo dell'applicativo di gestione e valutazione del programma di screening, all'ASO S Giovanni Battista e vengono svolte dalla SCDO Epidemiologia del Centro per la Prevenzione e l'Epidemiologia in Piemonte (CPO Piemonte).

Il sistema informativo fa parte di un ampio sistema regionale che assolve ai compiti sia gestionali che valutativi.

Numero Verde. L'attività di invito prevede una lettera personalizzata con appuntamento prefissato ma modificabile. La comunicazione con l'utenza (in genere per spostamento appuntamenti) avviene attraverso Numero Verde 800- 001141, gestito dall' ASL 1-2, nell'ambito del Call Center metropolitano. Il numero verde smaltisce mensilmente circa 5000 chiamate per le attività di primo livello di Prevenzione Serena.

Esistono poi numeri specifici per le attività di prenotazione per il secondo livello citologico e mammografico.

Tabella 1b. Screening Oncologici - Strutture Operative Attuali

ASL 1

- S.C. UVOS - CPO Piemonte
- S.C. Attività Consultoriali
- Specialistica Ambulatoriale Territoriale

ASL 2

- Dip. Materno Infantile
- Osp. Martini - Anatomia e istologia Patologica
- Osp. Martini - Servizio di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva

ASL 3

- S.A.S.T. Distretto 1
- Osp. M. Vittoria - Anatomia e istologia Patologica
- Osp. M. Vittoria - Servizio di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva

ASL 4

- Consultori Familiari e Pediatria di Comunità
- Op. S. G. Bosco - Anatomia e istologia Patologica
- Ospedale San Giovanni Bosco Servizio di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva

ASO SAN GIOVANNI BATTISTA

San Giovanni A. S.

- SGAS - SC Epidemiologia dei Tumori 2 D.O
- SGAS - Divisione di Chirurgia Senologica S.S.C.V.D
- SGAS - Radioterapia 2
- SGAS - Radiodiagnostica 7
- SGAS - Oncologia medica 2
- SGAS - Unità dip. di Senologia - Centro di Screening
- SGAS - Fisica sanitaria
- SGAS - S.C. Gastroenterologia 2
- SGAS - Anatomia e Istologia Patologica 4

Molinette

- Osp Molinette - S.C. Radiologia diagnostica 4 U
- Osp. Molinette – S.C. Anatomia e Istologia Patologica 3 U
- Osp.Molinette – S.C. Chirurgia oncologica U
- Osp. Molinette - Radioterapia U
- Osp. Molinette Oncologia medica 1
- Osp. Molinette Recupero e Rieducazione funzionale
- Osp. Molinette S.C. Gastro-Epatologia 1 U.
- Osp. Molinette S.C. Laboratorio Analisi

ASO OIRM S. ANNA

- Anatomia e Istologia Patologica
- S.C. Osp.Ostetricia e Ginecologia A
- Dipartimento D Oncologia Mammaria e Ginecologica
- Dipart. di Scienze Radiologiche
- S.C. Radiologia – 2^ Centro di screening mammografico -
- Centro Disgnosi Precoce e Laserchirurgia -
- Dip. Univ. Colposcopia

ASO ORDINE MAURIZIANO

- Divisione di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, ASO Ordine Mauriziano Presidio Umberto I di Torino e Presidio I.R.C.C. di Candiolo.
- Anatomia Patologica ASO Ordine Mauriziano, presso il Presidio IRCC di Candiolo

La comunicazione con l'utenza per il programma di screening dei tumori colorettali (informazioni e gestione degli appuntamenti per la FS) è gestito dalla SCDO Epidemiologia dei Tumori dell'ASO San Giovanni Battista) con un numero dedicato.

Screening per il cervicocarcinoma.

Esecuzione dei Pap Test di primo livello.

Il test di primo livello per lo screening citologico è allo stato attuale il PAP Test. Ogni anno vengono eseguiti circa 35.000 Pap Test presso le sedi di:

- Via San Secondo 29
- Corso Corsica 55
- Via Bellono 1 (due postazioni)
- Via del Ridotto 9
- Via Pacchiotti 4
- Via Montanaro 60
- Lungo Dora Savona 26

Il personale prelevatore è messo a disposizione dello screening da parte delle Aziende Sanitarie ed è specificatamente formato. Per far fronte a carenze di personale alcune Aziende Sanitarie utilizzano personale a contratto, comunque formato.

Lettura dei test di primo livello.

L'esecuzione del Pap Test è registrata su un apposito software che ne consente la refertazione ed attribuisce la codifica dell'esito e il conseguente invio della comunicazione alla donna. In caso di lesione sospetta avviene l'invio in colposcopia.

I laboratori che eseguono le letture sono collocati presso:

- San Giovanni Antica Sede (ASO San Giovanni di Torino)
- Molinette (ASO San Giovanni di Torino)
- Osp. M. Vittoria (ASL 3)
- Osp. Martini (ASL 2)
- Osp. S. Giovanni Bosco (ASL 4).

I laboratori eseguono complessivamente un volume di attività annuo di circa 35.000 letture, proporzionalmente ripartite tra le varie sedi.

Nessuna delle sedi raggiunge il livello minimo definito dalla DGR 111-3632 del 2 agosto 2006 di 25.000 letture annue.

Sono attivi i controlli di qualità di lettura sotto il Coordinamento del CPO Piemonte.

Secondo Livello e Trattamenti.

Il Secondo livello avviene presso l'Ospedale S. Anna di Torino presso tre unità di colposcopia che effettuano il pap test e la colposcopia, la biopsia sulle aree sospette e eventuali altri accertamenti del caso. Le donne inviate in colposcopia (circa 300 /anno) rappresentano circa 1-1.5% delle donne sottoposte a screening. Tuttavia il numero di colposcopie eseguite annualmente è di fatto superiore (circa 2000 /anno) per la presenza di donne in follow-up per un precedente riscontro lesioni istologiche o perché si tratta di soggetti già sottoposti a precedente trattamento.

Il trattamento può avvenire nel centro di riferimento del programma di screening, oppure in altri centri al di fuori del programma di screening.

Screening per il tumore della mammella.

Primo livello mammografico

Oltre alle donne in età 50-69 sono accettate nel programma di screening le donne, in età 45-49 che spontaneamente si presentino per l'esecuzione del test.

Esistono tre Centri di esecuzione e lettura che hanno eseguito nel 2005 circa 37000 e nel 2006 circa 31.000 mammografie di screening. Il volume minimo di almeno 10000 mammografie annuali richieste dalla DGR 111 viene rispettato (salvo che da uno dei tre presidi nel 2006).

Due di essi afferiscono all'ASO San Giovanni Battista (S.G.A.S. e Molinette) ed uno all'ASO OIRM S. Anna.

Tecnici sanitari di radiologia medica, fisici, personale amministrativo e radiologi sono messi a disposizione dalle due Aziende e sono formati.

Il CPO, il Centro di riferimento per lo screening mammografico (CRR) e il Servizio di Fisica Sanitaria 2 (sede SGAS) dell'Azienda San Giovanni Battista operano la valutazione e coordinano la formazione ed i controlli di qualità.

Secondo livello mammografico e trattamento

Complessivamente circa il 5% delle donne viene richiamato per approfondimenti diagnostici, che vengono eseguiti nei medesimi presidi di cui al paragrafo precedente. Circa l' 8 per mille delle donne esaminate viene operato e il 75% di queste pazienti hanno diagnosi di cancro. Il 70% degli interventi avviene nei tre presidi Ospedalieri di riferimento, che rispettano il volume minimo di interventi prescritti dalla DGR 111-3632 del 2 agosto 2006 (nel seguito, semplicemente DGR111).

Il personale è messo a disposizione dalle due Aziende ed è formato.

Il CPO ed il CRR operano la valutazione e coordinano la formazione ed i controlli di qualità.

Screening per tumore del Colon retto.

I test di primo livello sono la FS e il FOBT.

FS - Vengono invitate ad effettuare la FS (con lettera personale firmata dal medico di famiglia, con appuntamento pre-fissato da confermare) tutte le persone nate dal 1945 in poi al compimento di 58 anni. A coloro che non aderiscono all'invito viene offerta la possibilità di sottoporsi al FOBT e le persone che accettano vengono successivamente invitate ad ripetere il test ogni due anni. Chi decide di aderire all'invito deve contattare il centralino per confermare o spostare l'appuntamento e per ricevere istruzioni sulla preparazione, intestinale che consiste in un clistere che può essere ritirato in farmacia (le farmacie sono rifornite dall'UVOS).

Gli esami vengono attualmente eseguiti presso 6 centri di endoscopia cittadini (con impegno a dedicare una giornata di attività la settimana allo screening). I centri attualmente attivi sono:

- ASO S Giovanni Battista: Molinette e S.G.A.S.
- ASO Umberto I: Umberto I e IRCC
- ASL 1-2: Martini
- ASL 3-4: S Giovanni Bosco e Maria Vittoria

Il personale utilizzato è messo a disposizione dello screening da parte delle Aziende Sanitarie ed è specificatamente formato.

FOBT- Le persone nate dopo il 1944 che scelgono di aderire al FOBT (vedi sopra) e le persone nate tra il 1944 e il 1934 vengono invitate (con lettera personale firmata dal medico di famiglia) ad eseguire il FOBT ogni due anni fino al compimento dei 70 anni. (Tutte le persone nate tra il 1934 e il 1944 verranno comunque invitate almeno una volta ad eseguire il test anche se per ritardi nell'avvio del programma l'invito venisse emesso quando le persone avessero già compiuto i 70 anni)

Le persone che decidono di aderire possono ritirare il test presso le farmacie (rifornite dall'UVOS). Tutte le farmacie torinesi si sono rese disponibile per la consegna del materiale necessario per lo screening; undici farmacie e 9 sedi di distretti sanitari (vedi allegato) fungono anche da punti di raccolta dei campioni riconsegnati dagli assistiti. Giornalmente i campioni vengono ritirati (da un corriere) e riconsegnati all'UVOS, che, dopo la registrazione dei dati relativi a ciascun campione, provvede ad inviare le provette al Laboratorio.

Lettura dei FOBT.

L'esecuzione del FOBT è registrata su un apposito software che è interfacciato con il software di gestione del Laboratorio analisi. Tutti i campioni vengono letti presso il Laboratorio Analisi Baldi e Riberi dell'ASO S Giovanni Battista. I risultati vengono ritrasmessi all'applicativo di gestione del programma che attribuisce la codifica dell'esito e il conseguente invio della comunicazione agli assistiti con esito negativo negativi. I pazienti con test positivo vengono contattati dall'UVOS che provvede ad assegnare un appuntamento per la colonscopia di approfondimento.

Il laboratorio può leggere fino a 300 campioni al giorno e oltre all'attività di Torino copre anche l'attività di altri due Dipartimenti Regionali.

Sono attivi i controlli di qualità di lettura sotto il Coordinamento del CPO Piemonte.

Secondo Livello e Trattamenti.

I pazienti positivi al FOBT (vedi sopra per le procedure) o alla FS vengono invitati ad effettuare una colonscopia di approfondimento, presso i centri di endoscopia che effettuano gli esami di primo livello. La proporzione di pazienti inviati in colonscopia è attualmente pari al 7% per il programma FOBT e all''8-9% per il programma FS. La proporzione di soggetti positivi al FOBT, e quindi il numero di colonsopie, dovrebbe diminuire nei passaggi di screening successivi al primo. Inoltre anche la quota di persone di inviate in colonscopia è superiore a quanto osservato nella fase pilota e dovrebbe diminuire. Il fabbisogno di colonscopie non dovrebbe però variare di molto, in quanto agli esami di approfondimento si aggiungeranno gli esami per i pazienti inseriti nel protocollo di sorveglianza endoscopica.

Il trattamento può avvenire entro o fuori da programma di screening.

PUNTI CRITICI

Popolazione obiettivo e Copertura.

La tabella 2, estratta dal sito WEB del Comune di Torino, riporta la struttura della popolazione per sesso e classi di età con dati aggiornati al 31/01/2007.

Tabella 2. Popolazione di TORINO (tutte le circoscrizioni)

Eta'	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
0-4	19.478	18.424	37.902
5-9	17.584	16.737	34.321
10-14	16.740	15.802	32.542
15-19	17.687	16.490	34.177
20-24	19.333	18.587	37.920
25-29	25.793	25.524	51.317
30-34	36.519	35.033	71.552
35-39	39.309	37.234	76.543
40-44	36.927	35.693	72.620
45-49	31.694	31.835	63.529
50-54	28.148	29.681	57.829
55-59	28.532	31.532	60.064
60-64	26.700	29.563	56.263
65-69	27.654	32.671	60.325
70-74	23.143	29.946	53.089
75-79	18.598	27.086	45.684
80-84	11.013	20.070	31.083
85-89	4.620	10.417	15.037
90-94	1.540	5.113	6.653
95-99	277	1.372	1.649
>=100	26	146	172
Totale	431.315	468.956	900.271

(http://www.comune.torino.it/statistica/dati/demog/demog.htm)

Da questa si evince che vi sono 256.095 donne che costituiscono la popolazione obiettivo per lo screening citologico e che un terzo di queste, poco più di 85.000 deve essere invitata in un anno.

Per quanto riguarda lo screening mammografico le donne in età 50-69 sono poco più di 123.000 corrispondenti a poco meno di 62.000 inviti / anno.

Le donne in età 45-49 sono 31.835.

Gli uomini e le donne di 58 anni sono circa 13.000 e la fascia 59-69 comprende circa 1280.000 persone.

Copertura.

Si intende come copertura la proporzione di inviti realizzati in rapporto a quelli che si sarebbero dovuti realizzare nello stesso periodo di tempo.

Nel 2006 la copertura annuale degli inviti in Torino è stata intorno al 93% per lo screening per la cervice uterina ed al 75% per quanto riguarda lo screening mammografico. Per quest'ultimo la copertura della popolazione era stata raggiunta nel 2001-2002, ma negli ultimi anni, e particolarmente nel 2006, il volume di mammografie non è stato adeguato, facendo sì che una quota delle donne precedentemente non aderenti non sia stata più invitata.

Anche per lo screening del colon retto la copertura non è completa e deve essere raggiunta, coinvolgendo tutti i 58 enni, nell'anno in cui essi li compiono. Alla fine del 2006 nel programma FS restavano da invitare circa 4500 persone nate nel 1947 (da invitare nel 2005) e tutte le persone nate nel 1948, per un totale di circa 17.000 persone. Inoltre occorre considerare che vi è un ritardo sugli inviti ad uno e due anni dei soggetti non aderenti all'invito iniziale.

Nel programma FOBT alla stessa data restavano da invitare circa 22.000 persone per completare il I round di screening ed era stato possibile reinvitare entro 27 mesi dal precedente invito solo gli aderenti al primo passaggio, mentre restano da invitare coloro che non avevano aderito 2 anni fa.

La copertura nel 2006 è stata pari al 45% della popolazione eleggibile.

Anche se si può ipotizzare che sarebbe stato possibile completare (con 8 mesi di ritardo) gli inviti per tutte le persone eleggibili per il primo passaggio nel programma del programma FOBT, se non fossero intervenuti problemi di gestione delle procedure di postalizzazione, resta comunque critica la situazione del programma con FS, per cui si registra un ritardo di quasi due anni (quasi 20.000 inviti).

I volumi di invito dipendono infatti dalla disponibilità di posti messi a disposizione dalle varie Unità Operative delle Aziende Sanitarie e, in minor misura, dalla precisione con cui viene programmata la saturazione delle giornate lavorative nei centri stessi ("overbooking").

La tabella 3 riporta, per ciascun programma di screening torinese, la popolazione obiettivo, i volumi di invito, i volumi di attività di primo livello, la proporzione di partecipazione (adesione).

Tabella 3 Popolazione obiettivo torinese , volumi di invito e di attività.

Screening	Popolazione Da invitare annualmente	Invitate (2006)	Sottoposte a screening (2006)	Adesione (anno 2005)
Mammella	61.724 (50-69aa)	47.200	31.171	60%
Utero	85.366 (25-64aa)	79.200	34.147	43%
Colon retto	Circa 12.000 58-enni per FS	7422	2111	27%
	Circa 58.000 59-69 per FOBT	37965	12993	31%

Va ricordato che gli obiettivi di attività definiti dalle convenzioni interaziendali sono stati spesso disattesi in passato e va superata quindi ogni difficoltà organizzativa o amministrativa per ottemperare all'obbligo di offrire costantemente a tutta la popolazione avente diritto la prevenzione attiva con il programma di screening.

L'impegno è tanto più necessario poiché il programma di screening, che si è dimostrato efficace in questi anni nel costruire percorsi diagnostici ben definiti, dovrà, per effetto della DGR 111, accogliere un numero non trascurabile di prestazioni erogate con finalità di prevenzione nell'ambito delle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio.

b) Stima delle attività e del numero di test di screening erogati nel territorio al fuori dello screening organizzato.

Al di fuori del programma organizzato i test di screening sono erogati nell'ambito del SSN, presso le strutture pubbliche o private accreditate che eseguono prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio, anche al di fuori delle fasce d'età entro cui lo screening è raccomandato.

Come nel resto del Piemonte, inoltre, l'attività diagnostica di specialistica ambulatoriale che viene erogata comprende quindi anche esami che vengono eseguiti come test diagnostici ma che in realtà sono eseguiti con finalità preventive, anche al di fuori delle fasce d'età raccomandate.

E' stato stimato su un campione regionale di prescrizioni di mammografie che circa la metà di queste sono richieste per "screening" o "depistage".

In Torino, da calcoli effettuati, emerge l'entità delle prestazioni erogate in regime di specialistica ambulatoriale secondo la distribuzione riportata nella tabella 4 (riferita al 2005).

TABELLA 4. Attività di specialistica ambulatoriale per struttura di erogazione. Torino,2005

ASR	Struttura	Mammografia bilaterale (87_37_1)	Mammo grafia monolaterale (87_37_2)	Eco grafia e Mammo grafia mono laterale (87_37_4)	Ecografia e Mammo grafia bilaterale (87_37_5)	Es. Citologico vaginale Pap Test – (91_38_5)	Prelievo citologico (91_48_4)	Colposcopia (70_21)
101	A.N.S.A. S.R.L.	397	7		6			
101	CASA DI CURA CELLINI S.P.A.	561	16			1		
101	CENTRO DIAGNOSTICO CERNAIA cernia					653	568	265
101	CHIROS S.R.L.	287	6					
101	CONSULTORIO FAMILIARE 1 san secondo					159	349	104
101	CONSULTORIO FAMILIARE 8 petitti					257	580	193
101	CONSULTORIO FAMILIARE 9 corsica					576	1378	467
101	FISIO SRL CENTRO MED. LINGOTTO	343	5		1			
101	I.C.S. srl	600	3			132	125	39
101	IMT- MEDIL S.p.A.					61	61	29
101	LARC SRL	1350	39			82		
101	OSPEDALE EVANGELICO VALDESE	9392	232			3808	2005	542
101	OSPEDALE OFTALMICO					2	2	
101	POLIAMBULATORIO STATUTO SPA	651	27					
101	STUDIO MEDICO MIRAFIORI SRL-str. Basse	637	18			333	336	170
102	C.d.C S. Remo	2518	69			770	763	362
102	C.d.C. S.p.A. Villarbasse					585	583	248
102	OSPEDALE MARTINI	1492	56			49	69	7
102	OSPEDALINO KOELLIKER	3152	96			516	505	
102	POLIAMBULATORIO BISCARRA	5				184	184	19
102	POLIAMBULATORIO MONGINEVRO					690	690	110
103	CDC SPA					408	399	126
103	CONSULT FAMILIARE V. COPPINO					11		
103	CONSULT.FAMILIARE P.MONTALE					8		
103	CONSULT.FAMILIARE V. LE CHIUSE					2		
103	CONSULTORIO PER LA FAMIGLIA					2		
103	L.A.M.A.T.					124	123	
103	OSPEDALE AMEDEO DI SAVOIA						30	
103	OSPEDALE MARIA VITTORIA	2279	48			521	190	13
103	Poliambulatorio PACCHIOTTI					2	2	18
103	Poliambulatorio Toscana					415	415	5
103	Poliambulatorio 'via del Ridotto'					344	344	22
103	R.I.B.A. S.p.A	1660	56					
104	LARC S.R.L.	2424	46					
104	NUOVA LAMP S.R.L.	820	28		46			
104	OSPEDALE COTTOLENGO	964	33			317		264
104	OSPEDALE G. BOSCO					175		
104	P0LIAMBULATORIO - MONTANARO					554	458	127

104	POLIAMBULATORIO - SAVONA 24	3045	33			4908	2030	517
901	MOLINETTE	93	32	179	2537	409	16	1
901	SAN GIOVANNI ANTICA SEDE	4223	468	43	206	1804	1702	1115
901	SAN VITO	43	14	78	1199			
903	OSP. INFANT. REGINA MARGHERITA					1	92	
903	OSP.OSTETR.GINECOLOG.SANT'ANNA	3717	626	14	232	11674	7615	7838
908 e 995	IRCC - ISTITUTO PER LA RICERCA E CURA DEL CANCRO	5088	290	3	47	226	751	801
908 e 985	OSPEDALE MAURIZIANO UMBERTO I – TO					1819	1061	905
990	PRESIDIO SANITARIO AUSILIATRICE - FONDAZIONE DON GNOCCHI – ONLUS	1170	40	1	77			
992	PRESIDIO SANITARIO GRADENIGO	464	66		1	94		
996	AMBULATORIO C.O.Q.	1400	60	5	58			

I dati sopra presentati possono essere così riassunti:

Tabella 5.

	Mammografia bilaterale	Mammografia monolaterale	Ecografia e mammografia (bilaterale)	Ecografia e mammografia (monolaterale)	Es. Citologico vaginale - Pap Test –	Prelievo citologico	Colposcopia
	(87_37_1)	(87_37_2)			(91_38_5)	(91_48_4)	(70_21)
Totale ASL pubblico	17177	402	0	0	12984	8726	2408
Totale ASO	16198	1596	324	4357	16027	11237	10660
Totale privato accreditato	15400	416	0	53	3080	2880	991
Totale	**48775**	**2414**	**324**	**4410**	**32091**	**22843**	**14059**

Stimando con discreta approssimazione che gran parte delle mammografie monolaterali ed una certa quota delle bilaterali eseguite presso gli ospedali con alto volume di attività chirurgica senologica siano eseguite per ragioni di follow-up oncologico, e che delle altre un po' meno della metà sia eseguita su precisa indicazione clinica, è ragionevole presumere che vi siano circa 22.000 mammografie prescritte per finalità preventive ("tipo screening") al di fuori del programma di screening organizzato, ogni anno, in Torino.

Le strutture eroganti esami di screening (mammografia bilaterale e pap test) al di fuori del programma di screening appartengono sia al pubblico che al privato accreditato, quest'ultimo maggiormente rappresentato nell'ambito della mammografia bilaterale.

Per quanto riguarda lo screening mammografico le strutture maggiormente interessate da attività di erogazione di prestazioni in regime di specialistica ambulatoriale, tra quelle pubbliche, sono l'Ospedale Valdese, nel territorio dell'ASL 1-2, che ne esegue più di 9.000 ogni anno, la struttura poliambulatoriale di Lungo Dora Savona 24 (circa 3.000), il San Giovanni Antica Sede (circa 4000) e l'Ospedale M. Vittoria (circa 2200); tra le strutture private accreditate il LARC srl. ne esegue, in più sedi, complessivamente 3.700 circa, Koelliker circa 3.000. Si segnala che la tabella riporta anche l'attività dell'IRCC – Candiolo che non appartiene al Dipartimento di Torino ma che eroga parte della propria attività a favore di residenti Torinesi.

Per quanto riguarda lo screening per la cervice uterina, è da notare vi sono ancora strutture consultoriali che svolgono attività prelievo di fuori di Prevenzione Serena, non sempre residuale. Dei 4300 Pap test eseguiti nel territorio dell'ASL 1-2 circa 2000 sono eseguiti presso l'Ospedale Valdese, che peraltro ne legge circa 3.800.

La struttura poliambulatoriale di Lungo Dora Savona 24 ne esegue circa 2000 e ne legge quasi 5.000.

L'attività di colposcopia è prevalentemente concentrata presso OIRM S. Anna. Si assume che poiché in genere, durante una colposcopia si esegue anche un Pap Test, vi siano poco meno di 8000 Pap Test eseguiti insieme alla colposcopia.

Va inoltre ricordato che presso quella sede confluiscono richieste per colposcopia di follow up, a favore peraltro di donne residenti non solo in Torino.

Si può assumere che rientrino in queste categorie buona parte delle circa 8000 colposcopie registrate e che a queste siano relativi i corrispondenti Pap Test. L'attività per accesso diretto a test di screening di primo livello al di fuori del programma può considerarsi residuale.

Per quanto riguarda il colon-retto la quota di attività diagnostica di specialistica ambulatoriale relativa ad esami eseguiti come test diagnostici ma che in realtà sono eseguiti con finalità preventive è relativamente contenuta.

La quota di esami sigmoidoscopici eseguiti al di fuori del programma di screening è molto ridotta e verosimilmente riconducibile alla gestione o al follow-up di patologie (tabella 7).

Le colonscopie eseguite nei centri pubblici e convenzionati sono circa 11.300 (tabella 6) di cui 4100 nella fascia di età bersaglio del programma e 1758 tra le persone di età compresa tra 50 e 57 anni. Da un'analisi delle prescrizioni del 2006 (attualmente solo provincia di Torino) gli esami eseguiti senza indicazione di un quesito clinico specifico o con un'indicazione generica (controllo, screening) rappresentano il 4% del totale. Se a questi si aggiungessero gli esami eseguiti con indicazione di un rischio familiare (i criteri adottati sono generalmente vaghi e non identificano persone che richiedano protocolli diversi da quelli di screening) e quelli che hanno come indicazione dolori/algie addominali di ndd (questi pazienti presentano un rischio di cancro analogo a quello della popolazione generale asintomatica della stessa età) si arriverebbe ad una quota pari all'11% del totale di esami. L'aumento di attività richiesto dall'inserimento di questi esami nel programma di screening oscillerebbe tra 50 e 100 esami in più annui per la FS e tra 200 e 450 esami in più all'anno per il FOBT. Aumenti di quest'ordine di grandezza non dovrebbero avere un impatto sostanziale sull'attività di screening

Occorre poi considerare che la proporzione di esami in cui viene effettuata una polipectomia o una biopsia (in pazienti che presentano quindi una patologia neoplastica o pre-neoplastica) varia tra il 15% e il 30% ed è inferiore alla proporzione di pazienti FOBT positivi in cui viene riscontrata un adenoma avanzato o un cancro ed dello stesso ordine di grandezza della quota di pazienti portatori di polipi alla FS. Questo dato può essere tenuto in considerazione nella valutazione dell'impatto dello screening sulle liste di attesa. D'altra parte è noto che una quota di casi, che in alcune rilevazioni arriva fino al 25-30%, la colonscopia viene effettuata con indicazioni inappropriate: un intervento finalizzato a migliorare l'appropriatezza delle indicazioni all'esame potrebbe liberare risorse per l'effettuazione di esami di screening senza impatti negativi sulle liste di attesa.

.

Tabella 6.

						ETA'				
Cod	Prestazione	Dip	ASR	Struttura	Tot 2005	<50	**50-57**	**58-70**	71-75	>75
				ASO						
45.23	colonscopia	1	901	MOLINETTE	*2709*	*545*	***449***	***1021***	*363*	*331*
45.23	colonscopia	1	901	SAN GIOVANNI ANTICA SEDE	*1606*	*310*	***287***	***623***	*227*	*159*
45.23	colonscopia	1	902	POLIAMBULATORIO C.T.O.	*90*	*18*	***21***	***32***	*10*	*9*
45.23	colonscopia	1	908	IRCC	*523*	*99*	***91***	***176***	*49*	*34*
45.23	colonscopia	1	908	OSPEDALE MAURIZIANO UMBERTO I	*1034*	*139*	***129***	***364***	*139*	*120*
				TOTALE ASO	5962	1111	**977**	**2216**	788	653
				ASL 3-4						
45.23	colonscopia	1	103	OSPEDALE MARIA VITTORIA	*966*	*150*	***138***	***323***	*151*	*204*
45.23	colonscopia	1	104	OSPEDALE G. BOSCO	*1374*	*280*	***166***	***513***	*198*	*217*
				TOTALE PUBBLICO	2340	430	**304**	**836**	349	421
45.23	colonscopia	1	104	OSPEDALE COTTOLENGO	*240*	*46*	***40***	***81***	*35*	*38*
45.23	colonscopia	1	992	PRESIDIO SANITARIO GRADENIGO	*1172*	*246*	***180***	***416***	*177*	*153*
				TOTALE ACCREDITATO	1412	292	**220**	**497**	212	191
				ASL 1-2						
45.23	colonscopia	1	102	OSPEDALE MARTINI	*570*	*81*	***76***	***208***	*91*	*114*
45.23	colonscopia	1	101	OSPEDALE EVANGELICO VALDESE	*984*	*223*	***181***	***346***	*124*	*110*
				TOTALE PUBBLICO	1554	304	**257**	**554**	215	224

Tabella 7.

						ETA'				
Cod	Prestazione	Dip	ASR	Struttura	Tot 2005	<50	**50-57**	**58-70**	71-75	>75
				ASO						
45.24	sigmoidoscopia	1	901	MOLINETTE	*569*	*179*	***92***	***163***	*69*	*66*
45.24	sigmoidoscopia	1	901	SAN GIOVANNI ANTICA SEDE	*241*	*73*	***34***	***75***	*30*	*29*
45.24	sigmoidoscopia	1	902	POLIAMBULATORIO C.T.O.	*12*	*4*	***2***	***1***	*2*	*3*
45.24	sigmoidoscopia	1	908	IRCC	*214*	*44*	***36***	***73***	*23*	*38*
45.24	sigmoidoscopia	1	908	OSPEDALE MAURIZIANO UMBERTO I	38	14	**1**	**11**	5	7
				TOTALE ASO	1074	314	**165**	**323**	129	143
				ASL 3-4						
45.24	sigmoidoscopia	1	103	OSPEDALE MARIA VITTORIA	*11*	*4*	***2***	***2***	*2*	*1*
45.24	sigmoidoscopia	1	104	OSPEDALE G. BOSCO	*72*	*25*	***10***	***22***	*8*	*7*
				TOTALE PUBBLICO	83	29	**12**	**24**	10	8
45.24	sigmoidoscopia	1	104	OSPEDALE COTTOLENGO	*59*	*18*	***12***	***18***	*7*	*4*
45.24	sigmoidoscopia	1	992	PRESIDIO SANITARIO GRADENIGO	*91*	*23*	***15***	***30***	*15*	*8*
				TOTALE ACCREDITATO	150	41	**27**	**48**	22	12
				ASL 1-2						
45.24	sigmoidoscopia	1	102	OSPEDALE MARTINI	*26*	*7*	***7***	***9***	*2*	*1*
45.24	sigmoidoscopia	1	101	OSPEDALE EVANGELICO VALDESE	*127*	*44*	***21***	***42***	*11*	*9*
				TOTALE PUBBLICO	153	51	**28**	**51**	13	10

2. Obiettivi.

Obiettivo generale.

RAGGIUNGERE E MANTENERE L'OFFERTA REGOLARE DI SCREENING (SECONDO I CORRETTI PERIODISMI E PER TUTTI I PROGRAMMI DI SCREENING) A TUTTA LA POPOLAZIONE OBIETTIVO

Obiettivi Specifici

1) **Istituzione del Dipartimento Interaziendale di Screening previsto dalla DGR 111-3632 del 2 agosto 2006, nomina del Direttore di Dipartimento ed assegnazione di budget.**

2) **Consolidamento, attivazione, messa a regime della struttura del Dipartimento di Screening attraverso :**
- identificazione delle u.o. di primo e secondo livello, dell'UVOS e del Comitato Tecnico
- identificazione ed attivazione dei Centri di Riferimento (CRR) per la diagnostica di screening con funzioni di formazione e di controllo di qualità, afferenti al CPO, con identificazione dei tre responsabili
- strutturazione dell'UVOS

3) **Screening per il Cervicocarcinoma Uterino.**
a) potenziamento della capacità di erogazione dei centri di prelievo ed incremento numerico degli stessi fino a raggiungere, a regime, la capacità di accoglimento dei test di screening erogati nell'ambito della specialistica ambulatoriale e, quindi, di tutta la popolazione obiettivo annuale .
b) individuazione di un centro unificato per la refertazione dei test HPV e/o dei Pap Test (v. oltre)
c) sviluppo del progetto pilota per il test HPV quale test primario

4) **Screening per il tumore della Mammella.**
a) potenziamento della capacità di erogazione di mammografie fino a raggiungere, a regime, la capacità di accoglimento dei test di screening erogati nell'ambito della specialistica ambulatoriale e, quindi, di tutta la popolazione obiettivo annuale
b) evoluzione verso l'utilizzo della mammografia digitale nell'ambito dello screening unificato
c) formalizzazione della struttura del CRR (già attivo presso il CPO) e della sua composizione
d) creazione presso il CRR di un centro di coordinamento di lettura su workstation digitale
e) potenziamento della chirurgia in day surgery e del funzionamento coordinato e integrato delle unità specialistiche multidisciplinari per la diagnosi e la terapia

5) **Screening per il tumore del Colon retto.**
a) Raggiungimento dei volumi di attività previsti per FOBT e FS.
b) Istituzione e sviluppo di un Centro Unificato Interaziendale di Endoscopia per lo screening del colon retto (v.oltre).

6) **Formazione.**
a) dei Medici di Medicina Generale (e prescrittori in genere)
b) degli operatori dello screening e degli addetti al Centro Unificato di Prenotazione (CUP/SovraCUP)

7) **Progressiva riduzione dell'attività di specialistica ambulatoriale dei test di prevenzione** fino alla non erogabilità (fatte salve le condizioni particolari già definite o che saranno definite dalla Regione Piemonte) dei test di specialistica ambulatoriale non motivata da sospetto diagnostico specifico entro dicembre 2008 nei centri pubblici o privati accreditati non integrati in Prevenzione Serena.

8) **Attivazione di un sistema di monitoraggio della prescrittività dei medici di medicina generale**

Strategie per assicurare l'applicazione della DGR 111-3632 del 2 agosto 2006

1) Informazione e Formazione ai Medici di Medicina Generale (MMG), agli altri prescrittori. Informazione all'utenza.

Una corretta attività prescrittiva rappresenta una importante strategia per la riconversione delle prestazioni.

L'accordo collettivo decentrato per la medicina generale stabilisce che i medici di medicina generale indirizzino l'assistito ai programmi di screening organizzati.

E' necessario che i medici dispongano degli strumenti per offrire la più corretta ed ampia informazione all'utenza al fine di una consapevole e ragionata scelta di partecipare o meno al programma.

Il medico dovrà essere in grado di fornire all'utenza tutte le informazioni non solo cliniche ma anche relative all'accessibilità al programma.

Saranno effettuati pertanto incontri di formazione e di informazione a livello cittadino con i Medici di Medicina Generale ed i prescrittori in genere (es. Medici Specialisti Convenzionati per la specialistica ambulatoriale) in modo concordato e da calendarizzarsi.

La popolazione che accede allo screening in assenza di lettera di invito riceverà l'opuscolo informativo che si allega alla lettera di invito o altro materiale informativo.

Le campagne di informazione e comunicazione istituzionale avverranno di concerto con il settore omonimo della Regione Piemonte.

2) Integrazione del software gestionale con CUP/SovraCUP.

L'accettazione della richiesta di partecipazione allo screening (che peraltro non necessita di proposta da parte del MMG) dovrà poter effettuarsi anche in sede di CUP o SovraCUP in modo tale da poter prenotare l'utente che lo desideri in una postazione a sua scelta, una volta verificatane la eligibilità per lo screening secondo i criteri della DGR 111-3632 del 2 agosto 2006.

3) Verifiche trimestrali "in itinere" dello sviluppo con i Direttori Generali e/o Sanitari delle A.S.

E' ipotizzabile che siano necessari adeguamenti in corso d'opera , modulazioni dei tempi di realizzazione etc., fermi restando gli obiettivi ed i tempi già definiti. A tal fine si ritiene opportuno che eventuali decisioni operative coinvolgenti più Aziende a livello cittadino siano discusse collegialmente tra le Direzioni delle Aziende coinvolte. Da ciò la proposta di monitoraggio dello stato di attuazione del presente Piano.

3. Modalità di raggiungimento degli obiettivi

a. Descrizione delle strategie, delle modalità di riorganizzazione dello screening e della erogazione dei test nel periodo di transizione (organizzazione dipartimentale, strutture, sedi, personale, volume di attività, copertura, adesione etc.)

b. Descrizione delle modalità di organizzazione dello screening e della erogazione dei test previste, a regime, alla scadenza del biennio (organizzazione dipartimentale, strutture, sedi, personale, volume di attività, copertura, adesione etc.)

c. Definire della composizione e della organizzazione del Dipartimento ed individuare i Centri (di lettura, Breast Units etc) ad elevato volume di attività cui si farà riferimento.

Le strategie comuni a tutti i programmi di screening prevedono essenzialmente:

- Condivisione degli obiettivi da parte delle Direzioni Aziendali
- La necessità di raggiungere volumi di attività elevata, notoriamente correlati a migliori performances; quindi evoluzione verso i Centri ad elevati volumi di Attività come indicato nella DGR 111-3632 del 2 agosto 2006
- Progressiva integrazione dei test di screening erogati in regime ambulatoriale nel programma organizzato, proporzionalmente all'incremento delle potenzialità erogative dei Centri.
- Coinvolgimento e formazione dei Medici di Medicina Generale ed altri prescrittori (dipendenti o convenzionati) per ottenere massima chiarezza prescrittiva.
- Accettazione degli accessi al programma di screening secondo le modalità e le fasce d'età previste dalla DGR111 non appena il sistema informativo lo consentirà.
- Facilitazione attraverso CUP/SovraCUP
- Garanzia di accessibilità del Numero Verde.

A) Screening per il Cervicocarcinoma Uterino

E' prevedibile che, a fronte del passaggio dei test di screening erogati in regime ambulatoriale entro il programma organizzato, saranno sottoposte a screening, a regime, circa 60.000 donne annualmente.

Per il raggiungimento di tale volume di attività, è stato calcolato il dimensionamento delle risorse necessarie , riportato nella tabella 8

Per quanto riguarda questo screening viene formulata l'ipotesi di condurre un progetto dimostrativo di utilizzo del test per il DNA dell'HPV come test primario di screening in metà della popolazione bersaglio. Dato che il numero di Pap test da eseguire sarà di 34.000 o 64.000 (in caso di non attuazione del progetto dimostrativo) si propone la creazione di un centro di lettura unificato in sede da individuare.

Tabella 8 a. Dimensionamento risorse screening cervice uterina (ipotesi solo pap test)*

Aderenti		**60.000,00**	
Ripetizioni	**0,07**	**4.200,00**	
tot Paptest		**64.200,00**	
Colposcopie	**0,03**	**1.800,00**	
colposcopie per caso	**2,00**	**3.600,00**	
Biopsie per colposcopia	**0,70**	**2.520,00**	
prelievi ora per prelevatore	**5,00**		
Letture/anno per lettore	10.000,00		
letture ora per lettore		7,14	
strisci in supervisione per ora	6,00		
preparazione strisci	50,00		
colposcopie/ora	5,00		
biopsie/ora lettura	20,00		
biopsie/ora prepearazione	5,00		
biopsie/ora segreteria	30,00		
tempo prelievo	1.400,00	12.840,00	
Prelevatori Necessari			**9,17**
tempo citologi	1.400,00	8.988,00	6,42
Proporzione strisci in supervisione	0,16		
tempo supervisori	1.400,00	2.054,40	1,47
Ore operatore in revisione	150,00		
sedute revisione		1.183,11	0,85
tot lettura/supervisione/sedute rev.		12.225,51	
Totale citologi necessari			**8,73**
tempo tecnici preparazione	1.400,00	1.284,00	
Tecnici			**0,92**
Colposcopisti	**1.400,00**	**720,00**	**0,51**
Osteriche per colposcopista	2,00		
ostetriche colposcopia	**1.400,00**	**1.440,00**	**1,03**
patologi	**1.400,00**	**126,00**	**0,09**
tecnici per biopsie	**1.400,00**	**504,00**	**0,36**
amministrativi per biopsie	**1.400,00**	**84,00**	**0,06**
			20,87
Budget (quota UVOS esclusa)	**24,17**	**1.450.080,00**	

Tabella 8b . Dimensionamento risorse screening cervice uterina (Ipotesi HPV e Pap test)*

Aderenti		**60.000,00**	
Ripetizioni	**0,07**	**4.200,00**	
tot prelievi		**64.200,00**	
Colposcopie	**0,045**	**2.700,00**	
colposcopie per caso	**2,00**	**5.400**	
Test HPV		**30.000**	
Citologici		**35000**	
Biopsie per colposcopia	**0,70**	**3780**	
prelievi ora per prelevatore	**5,00**		
Letture/anno per lettore	10.000,00		
letture ora per lettore		7,14	
strisci in supervisione per ora	6,00		
preparazione strisci	50,00		
colposcopie/ora	5,00		
biopsie/ora lettura	20,00		
biopsie/ora prepearazione	5,00		
biopsie/ora segreteria	30,00		
tempo prelievo	1.400,00	12.840,00	
Prelevatori Necessari			**9,17**
tempo citologi	1.400,00		3,4
Proporzione strisci in supervisione	0,16		
tempo supervisori	1.400,00	2.054,40	1,0
Ore operatore in revisione	150,00		
sedute revisione		1.183,11	0,85
tot lettura/supervisione/sedute rev.		12.225,51	
Totale citologi necessari			**5,25**
tempo tecnici preparazione	1.400,00	1.284,00	
Tecnici laboratorio			**0,5**
Tecici HPV			**2**
colposcopisti	**1.400,00**	**1080**	**0,77**
Osteriche per colposcopista	2,00		
ostetriche colposcopia	**1.400,00**	**2160,00**	**1,54**
patologi	**1.400,00**	**189,00**	**0,14**
tecnici per biopsie	**1.400,00**	**756,00**	**0,54**
amministrativi per biopsie	**1.400,00**	**126,00**	**0,09**
Budget (quota UVOS esclusa)	**24,17**	**1.450.080,00**	18.97

*persone anno per figura professionale

Attività di Prelievo.

Le unità di prelievo si occuperanno delle attività collegate al prelievo citologico per il Pap Test e/o per il test HPV.

Per favorire l'accesso della popolazione al programma di screening sarà opportuno incrementare il numero di postazioni di prelievo ed i volumi di attività.

Si attuerà, parallelamente, un progressivo decremento dell'attività di erogazione dei Pap Test di screening erogati in regime ambulatoriale, che dovrà tener conto delle potenzialità di erogazione e di lettura dei test offerte entro il programma organizzato.

Sarà quindi necessario predisporre l'attività per circa 64.000 Pap Test annui ovvero 30.000 test HPV + 34.000 Pap Test.

Sono esclusi da questo calcolo i Pap test erogati per ragioni diverse dalla prevenzione secondaria dei tumori, come quando vi sia un sospetto clinico, oppure situazioni di follow-up, e gli altri casi previsti dalle normative regionali che continueranno ad essere erogati anche al di fuori del programma di screening.

E' quindi necessario l'impegno da parte delle Aziende Sanitarie Locali ad attivare, nel corso del 2007, altre Unità di Prelievo collocate sul territorio in modo omogeneo, in modo da favorire l'accesso della popolazione, con o senza invito di partecipazione al test, secondo la pianificazione indicata in tabella 9

Tabella 9.

ASL1:
1. Attivazione Unità di Prelievo Via Petitti
2. Attivazione Unità di Prelievo c/o Ospedale Valdese
3. Potenziamento sedi già attive secondo tab. 10

ASL2:
1. Attivazione Unità di Prelievo Via Monginevro
2. Potenziamento sedi già attive secondo tab. 10

ASL3:
1. Attivazione Unità di Prelievo Corso Toscana
2. Potenziamento sedi già attive secondo tab. 10

ASL4:
3. Attivazione nuova Unità di Prelievo in una struttura da identificarsi
4. Potenziamento sedi già attive secondo tab. 10

La tabella 10 propone infatti una stima dell'incremento dei volumi di attività ed un possibile disegno delle sedi di prelievo. I dati in tabella vanno letti non tanto come impegno a realizzare l'attività rispetto all'anno precedente, ma piuttosto come un valore di potenzialità erogativa annua. Ad esempio: la terza colonna riporta un totale di 64.000 Pap Test. Questo non significa che nel corso del 2008 saranno erogati 64.000 test; significa invece che il potenziale erogativi a partire da quella data sarà quello riportato.

Tabella 10. Proposta di incremento dei potenziali volumi annui di attività di prelievo e definizione di nuove sedi per lo screening organizzato

ASL	SEDE	Volumi di attività annuali stimati al febbraio 2007		Volumi di attività annuali stimati al dicembre 2007		Volumi di attività annuali stimati al dicembre 2008		
		Prevenzione Serena	Altro	Prevenzione Serena	Altro	Prevenzione Serena	Altro	Unità di Prelievo
ASL 1	Consultorio Familiare 1 San Secondo	3756	349	5650	0	6800	0	UP01
ASL 1	*Consultorio Familiare 8 Petitti*	*0*	*580*	*0*	*0*	*0*	*0*	*UP21*
ASL 1	CONSULTORIO FAMILIARE 9 Corsica	3992	1378	5830	0	6420	0	UP08
ASL1	*Ospedale Evangelico Valdese*	*0*	*2005*	*1500*	*500*	*3500*	*0*	*UP22*
ASL 2	Via Bellono 1 – UP 12 (da destinarsi altra sede)	4454	0	4900	0	5300	0	UP02
ASL 2	Via Bellono 1 – UP 2	3833	0	4000	0	4000	0	UP12
ASL 2	Poliambulatorio Biscarra	0	184	0	0			==
ASL2	*Poliambulatorio Monginevro*	*0*	*690*	*1000*	*200*	*2500*	*0*	*UP23*
ASL3	Ospedale M. Vittoria	0	190	0	0	0	0	==
ASL3	*Poliambulatorio Toscana*	*0*	*415*	*1500*	*0*	*3000*	*0*	*UP24*
ASL3	Poliambulatorio via del Ridotto' - UP4	4932	344	5500		6500		UP04
ASL3	Via Pacchiotti – UP 5	4391	0	4500	0	6500	0	UP05
ASL4	Poliambulatorio Via Montanaro – UP 6	5379	458	5500	0	5500	0	UP06
ASL4	Poliambulatorio L.go Dora Savona 24 – UP 7	4364	2030	4500	2000	5000	0	UP07
ASL4	*Nuova struttura da identificare – UP 25**	*==*	*==*	*==*	*==*	*5000*	*==*	*UP25*
ASO S. Giovanni	SAN GIOVANNI ANTICA SEDE	0	1702	0	1500	0	0	==
ASO Mauriziano	OSPEDALE MAURIZIANO UMBERTO I – TO	0	846		400	0	0	==
ASO OIRM S. Anna	OSP.OSTETR.GINECOLOG.SANT'ANNA**	0	7615	0	6000	0	5000	==
Privato Convenzionato	Privato Convenzionato (Progressiva riduzione concordata)	0	3463	0	3400	0	0	==
Totale		**35101**	22249	**44370**	14000	**60000**	5000	
Totale			**57350**		**58370**		**65000**	

In corsivo le nuove attivazioni
**=attività di follow-up o relativa ad altre categorie che possono non rientrare in Prevenzione Serena

Attività di lettura dei test.

Si propone l'identificazione di un Centro Unificato di citologia cervico vaginale in grado di eseguire la lettura di tutti i citologici necessari (tra 34000 e.64000)

Il Centro tuttora da identificarsi, sarà soggetto al rispetto dei volumi minimi di attività, degli indicatori previsti dalla DGR 111-3632 del 2 agosto 2006 ed ai controlli di qualità che saranno implementati.

Progetto dimostrativo con il test HPV. Tabella 8b

I dati di letteratura mostrano che il test HPV è più sensibile della citologia nell'individuare le lesioni cervicali intraepiteliali di alto grado, oggetto dello screening cervicale. L'Handbook dell'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro ritiene che lo screening con l'HPV sia almeno altrettanto efficace di quello citologico. Torino è uno dei centri dove viene condotto ed è il centro di coordinamento dello studio randomizzato italiano sull'argomento (NTCC) . Le linee guida del Ministero della Salute raccomandano tuttora l'utilizzo della citologia come attività routinaria al di fuori di progetti controllati, in attesa dei risultati dei trial in corso, in particolare quello italiano sunnominato. Tale studio ha finora documentato la maggiore sensibilità del test HPV e fornito elementi scientifici per definire le migliori procedure d applicazione e controllo di qualità. La fase di reclutamento è stata conclusa. E' in corso il richiamo delle donne reclutate per il nuovo screening a 3 anni. I dati raccolti in questa fase forniranno importanti elementi riguardo alla possibilità di utilizzare intervalli prolungati ed all'esistenza di sovradiagnosi di lesioni regressive. Peraltro i dati preliminari, per quanto da considerare con cautela, sembrano indicare effettivamente una forte riduzione delle lesioni di alto grado nelle donne negative al test HPV 3 anni prima, suggerendo l'effettiva possibilità di utilizzare intervalli prolungati. In questa situazione pare utile implementare una fase pilota controllata che consenta di preparare un'eventuale transizione quando siano disponibili i dati definitivi dei trials randomizzati nonché di valutare in modo preciso i costi di ogni modalità di screening. Il disegno proposto consentirebbero anche di definire nel dettaglio i migliori intervalli di screening con il test HPV.

La proposta prevede di assegnare metà della popolazione femminile torinese alla citologia convenzionale e metà al test HPV. L'assegnazione alle diverse modalità di screening dovrebbe avvenire per coorte di nascita. Le donne screenate con la citologia convenzionale verrebbero reinvitate ogni 3 anni. Se i dati del trial NTCC (e degli altri trial in corso)confermeranno la sicurezza di utilizzare intervalli prolungati, quelle screenate con HPV verrebbero assegnate a intervalli prolungati. Questi intervalli verranno assegnati in modo sequenziale, così da garantire la sicurezza per le donne screenate.

I prelievi verranno effettuati negli usuali centri di prelievo (vedi parte relativa). Alle donne che fanno test HPV verranno effettuati due prelievi, uno per un vetrino citologico convenzionale e l'altro (come secondo) per il test HPV stesso. In prima battuta verrà effettuato il test HPV. Le donne negative al test HPV verranno inviate alla scadenza standard per il gruppo. Per le sole donne positive verrà colorato e letto lo striscio citologico. Quelle con citologia ASCUS o più grave verranno inviate direttamente in colposcopia. Quelle con citologia normale verranno re-invitate a un anno di distanza per ripetere il test HPV e inviate in colposcopia solo se esso permane positivo. Questa modalità pare garantire un aumento di sensibilità rispetto alla citologia convenzionale ma permette di contenere il numero di colposcopie e mantenere buoni livelli di specificità.

Data la disponibilità di apparecchiature fortemente automatizzate, che consentono l'esecuzione di un elevato numero di test con impiego ridotto di personale l'esecuzione dei test

dovrebbe essere centralizzata in un unico laboratorio da individuarsi. Il numero di citologici da eseguire sarebbe fortemente ridotto (circa il 7% dell'attuale) e dovrebbe essere concentrato in un unico laboratorio, da identificarsi, che interpreti anche le citologie convenzionali usate come test primario. Ciò anche per garantire una elevata qualità, trattandosi a questo punto, per le donne che recevono l'HPV come test primario, di un test di "triage" su un gruppo a rischio elevato. Si stima che tale approccio implichi un aumento di costo rispetto a quelli attuali di 4.8 euro per donna screenata (cioè il 15% in più) con un aggravio complessivo di circa 200,000 euro all'ano ove le donne screenate con tale approccio raggiungano le 40000. Tali costi potrebbero essere ampiamente compensati ove si definisse che è effettivamente possibile applicare intervalli prolungati.

B) Screening Mammografico

Sulla base del volume di attività e del livello di specializzazione sul tumore della mammella, sia dal punto di vista radiologico che del trattamento (V. Tabella 4 e Appendice 1) si sono individuate le Aziende Sanitarie, i presidi e i Servizi elencati al punto 3(c), che si ritiene possano entrare a far parte del Dipartimento di screening. Tutti i Servizi individuati rispettano i criteri di volume di attività richiesti dalla DGR 111-3632 del 2 agosto 2006 .

Ciò comporta, a fronte dell'aumento del volume di attività richiesto (da circa 40000 a circa 60000 mammografie di screening per anno) l'inserimento di due nuovi Centri di esecuzione delle mammografie di screening (Ospedale Valdese presso ASL 1-2 e CPA presso ASL 3-4) e di un nuovo Centro per la lettura, l'approfondimento diagnostico e la terapia (Ospedale Valdese presso ASL 1-2). La collocazione del centro di esecuzione dello screening presso l'uno o l'altro presidio della medesima Azienda è convenzionale, e dovrà essere confermata da un'analisi più approfondita che tenga conto anche del criterio dell'accesso. In un'ottica di screening digitalizzato, la sede di esecuzione della mammografie e quella di lettura potranno non necessariamente corrispondere.

Dal computo degli esami necessari sono esclusi quelli relativi a donne in follow up per cancro mammario. Si ritiene infatti conveniente che questa attività venga ricompresa interamente entro l'attività di mammografia clinica (per sintomi) e di follow up oncologico svolta dalle Unità di Senologia separatamente, seppure eventualmente in modo integrato dove siano presenti entrambe, rispetto a quella di Prevenzione Serena. Ciò costituisce un cambiamento rispetto alla situazione attuale, nella quale si rende disponibile lo screening anche nei casi di follow up.

Tuttavia non si prevede di attivare diversi programmi di screening, ma un programma cittadino unificato di screening mammografico, funzionante sotto la direzione del Comitato di coordinamento del Dipartimento di screening, rispetto al funzionamento del quale le quattro Aziende coinvolte metteranno a disposizione le sedi, le strutture e il personale necessario. Gli specialisti saranno organizzati per gruppi di lavoro, che riuniranno i pool dei TSRM, dei radiologi, dei patologi, dei chirurghi o ginecologi, dei radioterapisti e degli oncologi destinati dalle proprie Aziende di appartenenza a contribuire parte del proprio tempo alle diverse attività inerenti all'intero iter screening – diagnosi – terapia (Appendice 1.).

Un ruolo importante avrà il Centro di riferimento per lo screening mammografico (CRR) al quale a regime verranno assegnati, oltre al coordinamento insieme al CPO Piemonte dei controlli di qualità e della formazione, anche la gestione integrata del pool dei radiologi dedicati in particolare alla doppia lettura.

Adottando nel contempo un forte coordinamento sia organizzativo che clinico e una struttura sufficientemente distribuita nel territorio e tra le Aziende si intende assicurare la necessaria omogeneità dei protocolli e del livello di qualità del programma nelle diversi sedi, accessibilità e flessibilità operativa.

La transizione dal modello organizzativo attuale a quello a regime avverrà attraverso passaggi successivi (vedi Cronoprogramma).

3(b). La digitalizzazione del programma di screening torinese, quale prima fase in un progetto di digitalizzazione regionale, costituisce un punto qualificante della riorganizzazione dello screening mammografico che intende consentire il funzionamento il più possibile integrato del programma nelle diverse sedi, per esempio la centralizzazione delle seconde letture, e facilitare i controlli di qualità. Una prima bozza del progetto è allegata in Appendice 2. Sarebbe desiderabile poter iniziare la fase a regime nel gennaio 2009 avendo completato la digitalizzazione. Ciò richiede l'acquisto di 9 mammografi digitali, delle necessarie stazioni di lettura e la realizzazione della rete.

3(c). Si propone che del Dipartimento di screening, per quanto riguarda lo screening mammografico, facciano parte le seguenti Aziende:

- AO San Giovanni (Centro di screening presso Radiologia diagnostica 7 S.G.A.S., S.C. Radiologia diagnostica 4 U, S.C. Anatomia e Istologia Patologica 3 U, Anatomia e Istologia Patologica 4 S.G.A.S., S.C. Chirurgia oncologica U, Divisione di Chirurgia Senologica S.S.C.V.D, Servizio di Radioterapia presso S.G.A.S., Servizio di Radioterapia U presso Molinette, Servizio di Oncologia Medica 2 presso S.G.A.S., Oncologia Medica 1 Molinette, Servizio di Fisica Sanitaria 1, Servizio di Fisica Sanitaria 2 S.G.A.S., UODO CPO Piemonte e CRR)
- AO OIRM S.Anna (Centro di screening presso Servizio di Radiodiagnostica, Servizio di Anatomia Patologica, Cattedra S.C.D.U. Ostetricia e ginecologia A, S.C.D. Ostetricia e ginecologia A, Servizio di Radioterapia)
- ASL 1 (Servizi di Radiodiagnostica, Anatomia Patologica, Chirurgia e Oncologia Ospedale Valdese, Unità di Organizzazione e Valutazione dello screening)
- ASL 4 (Centro di Screening presso CPA)

oltre al responsabile del Centro di riferimento per lo screening (CRR) e ai rappresentanti dei medici di medicina generale.

Le risorse di personale richieste per l'esecuzione di 60000 mammografie di screening sono state stimate e vengono descritte nella tabella 11. Sarebbero necessari 6-8 radiologi dedicati a tempo pieno a tale attività (o ad un equivalente di tempo-radiologo), un numero di TSRM intorno ai 18 a tempo pieno (o equivalente tempo-TSRM) ed un numero di amministrativi di circa 6, oltre ad ulteriori tempi-persona legati al supporto infermieristico ed a quello anantomo-patologico per i prelievi. Le esigenze di personale (senza considerare la stessa qualità generale del programma), potrebbero salire in misura davvero cospicua in condizioni di gestione poco efficienti, in particolare se si aumentasse il tasso di richiami e di indagini cliniche, con conseguente incremento anche delle sessioni di prelievo bioptico percutaneo. Limitandosi all'impegno del radiologo, si fa presente che nelle ipotesi di cui sopra la lettura impegna meno del 40% del tempo totale richiesto, per cui un incremento delle fasi di 2° livello aumenterebbe in modo difficilmente sostenibile l'esigenza di tempo-radiologo, ma determinerebbe insieme un sovraccarico cospicuo sulle funzioni di supporto tecnico, infermieristico e amministrativo.

Sono inoltre da considerare le risorse per il piano di digitalizzazione (Appendice 2).

Tabella 11. Dimensionamento risorse screening mammografico

Parametri di base			
Numero di test	**60.000,00**		
proporzione di richiami	**0,07**		
numero di richiami	**4.200,00**		
test ora	**6,00**		
letture ora	**25-50**		
revisioni/ora	**1,00**		
Radiologi			
		ore	***personale***
ore disponibili per radiologo		**1.400,00**	
ore necessarie per doppie letture		**3.000,00-4.000,00**	**2,2-3,0**
sedute collegiali (ore anno radiologo)		**625,00**	**0,5**
Revisione		**4.200,00**	**3,00**
Radiologi			**6,5**
Tecnici			
		ore	***Personale***
Ore disponibili per tecnico		**1.400,00**	
esecuzione (mx per ora)	**3,00**	**20.000,00**	**14,29**
preparazione lettura (mx per ora)	**40,00**	**1.500,00**	**1,07 (0 se dig)**
archiviazione (mx per ora)	**20,00**	**3.000,00**	**2,14 (0 se dig)**
Tecnici			**17,50**
Amministrativi			
		ore	***Personale***
Ore disponibili per amministrativo		**1.400,00**	
accettazione (mx per ora)	**10,00**	**5.000,00**	**4,29**
refertazione 1° liv (per ora)	**30,00**	**1.500,00**	**1,43**
refertazione 2° liv (per ora)	**5,00**	**700,00**	**0,60**
Amministrativi			**6,32**
Patologi			
		ore	***Personale***
Ore disponibili per patologo		**1.400,00**	
proporzione di biopsie da eseguire	**0,03**	**1.800,00**	
biopsie/ora	**2,00**	**900,00**	
Patologi			**0,64**
Budget (quota UVOS esclusa)	**40,64**	**2.438.400,00**	
Tot			**30,96 (27,75 se dig)**

C) Screening per il tumore del Colon retto.

Per il programma di screening dei tumori colorettali è stato definito un piano di recupero del ritardo accumulato negli inviti che dovrebbe garantire entro 4 anni (questo periodo di tempo è stato definito per armonizzare l'esigenza di recuperare il ritardo, evitando sovradimensionamenti derivanti da picchi eccezionali di attività) il raggiungimento di una situazione di copertura effettiva e senza ritardi della popolazione eleggibile. A partire dall'inizio del 2009 dovrebbe essere raggiunto il volume di attività necessario a garantire il mantenimento dei livelli di copertura necessari.

Tabella 12

Torino

	sessioni dedicate			
	2007	**2008**	**2009**	**2010**
Sigmoidoscopie *	210	210	210	210 - 250
Colonscopie da FOBT	148	148	148	148

* circa un terzo delle sessioni dedicate a colonscopie di approfondimento

L'attività necessaria per le colonscopie da FOBT equivale all'attività di 30 giornate dedicate/anno ipotizzando una suddivisione su 5 servizi di endoscopia (37 giornate nell'ipotesi di 4 servizi).

Al computo degli esami necessari occorre poi aggiungere quelli relativi ai pazienti in follow up post-polipectomia. Una sorveglianza endoscopica viene indicata per circa il 35% dei soggetti positivi nel programma FOBT e il 5% dei pazienti nel programma FS.

Per il programma FOBT, si può stimare che per i prossimi 5-6 anni il numero di pazienti da riesaminare ogni anno possa variare tra 300 e 380 per il programma FOBT, per un totale di 38 - 48 giornate di attività dedicate. Questo volume di attività potrebbe esser garantito da 5 servizi che arriverebbero a coprire in questo modo l'equivalente di una sessione dedicata la settimana (30 sessioni per i primi controlli e 8-10 sessioni per gli esami di follow-up).

Per quanto riguarda il programma FS l'attività del centro unico garantisce, con i livelli attuali di adesione, il volume necessario a recuperare entro il 2010 il ritardo accumulato negli ultimi due anni e a garantire gli intervalli previsti dai protocolli di sorveglianza endoscopica per i pazienti con adenomi avanzati (attualmente circa 125/anno, con un aumento prevedibile a 200/anno con l'aumento dell'attività). A fronte di un aumento dell'adesione, auspicabile nei prossimi anni, l'incremento di attività potrà essere coperto con il contributo dell'attività dei centri dove attualmente vengono effettuati gli esami FOBT, che vedranno progressivamente ridursi l'attività per l'esaurirsi della coorte degli assistiti 59-69 enni, o, in alternativa, con un potenziamento del centro unificato, dotandolo delle risorse necessarie a svolgere l'attività su due sale.

Complessivamente quindi il volume di attività necessario per garantire la copertura della popolazione e rispettare le scadenze previste dal protocollo di sorveglianza endoscopica sarebbe garantito da 5 servizi con una giornata di attività dedicata alla settimana.

Si prevede di sviluppare un programma cittadino unificato di screening, rispetto al funzionamento del quale le quattro Aziende coinvolte metteranno a disposizione le sedi, le strutture e il personale necessario. Gli specialisti saranno organizzati per gruppi di lavoro, che riuniranno i pool degli infermieri di sala, dei gastroenterologi, dei patologi, dei chirurghi, dei

radioterapisti e degli oncologi destinati dalle proprie Aziende di appartenenza a contribuire parte del proprio tempo alle diverse attività inerenti all'intero iter screening – diagnosi – terapia .

Un ruolo importante avrà il Centro di riferimento per lo screening (CRR) al quale a regime verranno assegnati il coordinamento insieme al CPO Piemonte dei controlli di qualità e della formazione.

La transizione dal modello organizzativo attuale a quello a regime avverrà attraverso passaggi successivi (vedi cronoprogramma).

Si rimanda al documento (Appendice 3) relativo all'organizzazione dell'attività con il centro unificato inter-Aziendale di endoscopia di screening (in via di definizione con i servizi e con la Regione).

La tabella 13 definisce il fabbisogno di personale per i servizi di endoscopia e il Laboratorio, per condurre l'attività a regime

Tabella 13. Dimensionamento risorse screening per il tumore del colon retto

	FS			FOBT		
Test		**4.000,00**			**15.000,00**	
richiami colonscopia	**0,08**	**320,00**		**0,06**	**900,00**	
Test ora	**4,00**			**1,00**		
colonscopia	**1,25**					
Test ora laboratorio					**80,00**	
Ore laboratorista	**1.400,00**					
Ore lab necessarie					**187,50**	
Laboratoristi					**0,13**	
TOTALE						**0,13**
Endoscopisti	**1.400,00**					
Ore endoscopisti FS necessarie		**1.256,00**				
Endoscopisti FS			**0,90**			
Ore endoscopisti Colon necessarie		**256,00**		**900,00**		
Endoscopisti colon			**0,18**		**0,64**	
sedute collegiali ore anno	**144,00**	**155,52**	**0,11**		**0,07**	
totale			**1,19**		**0,71**	
totale endoscopisti						**1,90**
Infermieri	**1.440,00**					
Test ora (sigmo)	**2,00**					
Ore/infermiere necessarie		**2.000,00**				
Infermieri (sigmo)			**1,39**			
test ora (colon)	**0,5**					
Ore infermiere necessarie (colon)		**640**		**1.800,00**		
Infermieri (colon)			**0,44**		**1,29**	
Totale			**1,83**		**1,29**	
totale infermieri						**3,12**
Amministrativi	**1.440,00**					
accettazione e refertaz	**2,00**					
Ore amm.vo necessarie		**2.000,00**		**450,00**		
			1,39		**0,31**	
totale amministrativi						**1,70**

patologi	1.400,00					
n° biopsie per paz fs	0,12					
n° biopsie per paz colon da fs	2,35					
n° biopsie per paz colon da fobt	0,95					
Totale biopsie colon da FS		1.232,00				
Totale Biopsie da FOBT		855,00				
Totale Biopsie		2.087,00				
biopsie ora	4,00					
Ore necessarie per biopsia			521,75			
Patologi necessari			0,37			
tecnici	1.400,00					
biopsie ora	2,00		1.043,50			
tecnici necessari			0,73			
totale						1,1
TOTALE PERSONALE						7,95
budget sigmo (esclusa quota UVOS)	321.200					
budget fobt (esclusa quota UVOS)	264.195					
tot	585.395					

4. Cronoprogrammi.

Esplicitare i tempi, le fasi di attuazione e le condizioni vincolanti per la realizzazione della riconversione per gli aspetti comuni alle tre tipologie di programmi screening e per gli aspetti specifici per ciascuno di essi.

a) Aspetti comuni. Principali tempi e fasi di attuazione.

Le fasi di attuazione comuni ai tre screening per l'attuazione del Piano di riconversione per le attività di screening prevedono essenzialmente il seguente scadenziario di massima:	
1) La condivisione del Piano di Riconversione.	Invio in Regione da parte ASO San Giovanni Battista entro il 06.04.07
2) La definizione della composizione e della struttura del Dipartimento di Prevenzione Secondaria.	Atto deliberativo del Direttore Generale dell'ASL sede di Dipartimento entro il 15.5.07
3) L'individuazione dei Centri di Riferimento	Atto deliberativo (?) del Direttore Generale dell'ASL sede di Dipartimento entro il 15.5.07
4) Primo incontro di verifica con le direzioni di ASL/ASO e Direttore di Dipartimento	Entro 10.06.07
5) Istituzione del nuovo Comitato Tecnico	Entro 15.6.07
4) Successivamente le ASL avranno l'impegno di porre in essere strategie e modalità specifiche per riconvertire personale e/o strutture all'attività di Prevenzione Serena secondo le linee concordate nel piano stesso	Secondo le tempistiche concordate tra Direzione di Dipartimento e Direzioni Aziendali.
5) Incontro di verifica attuativa con le Direzioni Aziendali	Entro il 30.09.07
5) Adeguamento del sistema informativo.	L'attivazione delle nuove postazioni / linee informatiche dei centri integrati in Prevenzione Serena avverrà parallelamente alla disponibilità delle sedi. Saranno poste in essere, non appena tecnicamente possibile le modalità di accettazione previste dalla DGR 111-3632 del 2 agosto 2006. Tempi da verificare con CSI-Piemonte. Verrà realizzato entro il 12/2008 il sistema informativo previsto per lo screening colorettale Sarà avviato un sistema di verifica dell'accettabilità in Prevenzione Serena direttamente da CUP/SovraCUP. Tempi da verificare con CSI-Piemonte.
6) L'attivazione di un programma di formazione per i MMG e/o altri prescrittori	Realizzazione di incontri di formazione con MMG e/o altri prescrittori, nel corso del 2007 e del 2008 con date da definirsi
7) Verifica del livello di riconversione raggiunto e dei volumi di attività	Dicembre 07-Gennaio-08

Seguiranno successivamente con le scadenze concordate le verifiche in itinere ed il monitoraggio dell'incremento dei volumi di attività secondo le scadenze definite dal Direttore di Dipartimento.

b) Cronoprogramma Screening per il Cervicocarcinoma

	mar-07	apr-07	mag-07	giu-07	lug-07	ago-07	set-07	ott-07	nov-07	dic-07	gen-08	feb-08	mar-08	apr-08	mag-08	giu-08	lug-08	ago-08	set-08	ott-08	nov-08	dic-08
Attivazione Nuove Postazioni Prelievo		In ordine da definirsi progressiva attivazione delle sedi indicate																				
Potenziamento Volumi Attività di esecuzione prelievo		Nelle sedi esistenti invio a Prevenzione Serena delle richieste di Pap Test di screening (esclusi i casi previsti: follow-up, sosp diagn. etc.)									Ulteriore potenziamento dei volumi di attività fino al raggiungimento di 60.000 test previsti											
Centro Unificato di Lettura	Identificazione del Centro di Lettura		Organizzazione ed avvio del Centro				Progressiva dismissione delle attività decentrate di lettura parallelamente all'entrata a regime del centro unificato															
Definizione del progetto pilota HPV		Definizione del Progetto in dettaglio		Approvazione finanziamento Regionale (?)							Avvio dei test con HPV	Progressiva estensione a tutto il territorio cittadino										
Adeguamento Informatico		Adeguamento delle nuove postazioni; adeguamento del sistema per l'accoglimento secondo DGR11; delle connessioni con SovraCUP																				
Adeguamento Organizzativo / Informatico				Adeguamento per l'avvio dei test con HPV																		

A partire da Aprile 2008 tutte le richieste di Pap Test quale prestazione di prevenzione secondaria dei tumori non saranno più erogabili (fatti salvi i casi previsti dalla DGR111) nelle strutture Torinesi.

Prima di quella data tutte le nuove sedi di Prevenzione Serena sopraindicate dovranno già essere attive e operanti, salvo la UP 25 che sarà operativa nel dicembre 2008. Sarà definito come distribuire nel contempo la relativa attività di prelievo.

Il Cronoprogramma potrà essere successivamente ulteriormente dettaglio in modo da calendarizzare le date precise di apertura delle nuove unità di prelievo e parallelamente (im modo proporzionale) le date di cessazione dell'attività extrascreening nei centri che la effettuano.

c) Cronoprogramma Screening per il Tumore della Mammella

Nelle figure 1 e 2 viene presentata l'evoluzione nel numero di esami di screening (entro il programma organizzato o al di fuori) eseguiti in un anno per Azienda, presidio e appartenenza a Prevenzione Serena in quattro momenti temporali. Il primo (Febbraio 2007) rappresenta il punto di partenza, l'ultimo (Dicembre 2008) il punto di arrivo nella situazione a regime. Il numero di esami si riferisce al periodo di un anno, ma rappresenta la "capacità" di effettuare in quel momento quel determinato numero di esami. Per esempio, 60000 esami in Prevenzione Serena entro il dicembre 2008 non significa che ne dovranno essere eseguiti 60000 nel 2008, ma che sarà possibile eseguirne 60000 nel 2009.

Nella figura 1 e nella tabella 14 si vede che gli esami di Prevenzione Serena aumentano fino a raggiungere il livello voluto, mentre gli esami di screening eseguiti al di fuori del programma diminuiscono fino a scomparire. Entro settembre 2007 è prevista la prima scadenza per una transizione "isorisorse", in virtù della quale vengono attivati due nuovi centri di screening che trasformano la loro attività di screening spontaneo e parte di quella di presidi entro la medesima Azienda in screening entro Prevenzione Serena. Entro dicembre 2007 dovrà essere dimezzata l'attività di screening spontaneo negli ambulatori privati convenzionati, e questa dovrà essere pari a zero entro dicembre 2008.

Gli esami di screening spontaneo sono stati stimati sulla base del numero complessivo di mammografie eseguite. Si è assunto, sulla base dei dati disponibili, che il 50% delle mammografie eseguite nelle Aziende ospedaliere (più il Valdese) e i due terzi di quelle nelle ASL o nei laboratori convenzionati fossero di screening,

Non si è tenuto conto al momento della residenza delle assistite.

Tabella 14

	Febbraio 2007			Settembre 2007			Dicembre 2007			Dicembre 2008		
		PS	Altro		PS	Altro		PS	Altro		PS	Altro
AO S.GIOVANNI	**28900**	25000	3900	**28000**	28000	0	**26000**	26000	0	**25000**	25000	0
AO S.ANNA	**14300**	12000	2300	**14300**	14300	0	**15000**	15000	0	**15000**	15000	0
ASL 1-2 VALDESE*	**4800**	0	4800	**5200**	5200	0	**8000**	8000	0	**10000**	10000	0
ASL 1-2 MARTINI*	**800**	0	800	**400**	0	400	**0**	0	0	**0**	0	0
ASL 3-4 CPA*	**2000**	0	2000	**2600**	2600	0	**5000**	5000	0	**10000**	10000	0
ASL 3-4 MARIA VITTORIA*	**1200**	0	1200	**600**	0	600	**0**	0	0	**0**	0	0
ALTRO PUBBL	**6000**	0	6000	**6000**	0	6000	**3000**	0	3000	**0**	0	0
ALTRO CONV	**11000**	0	11000	**11000**	0	11000	**5500**	0	5500	**0**	0	0

PS=Prevenzione Serena

*** La collocazione del centro di esecuzione dello screening presso l'uno o l'altro presidio della medesima Azienda è convenzionale, e dovrà essere confermata da un'analisi più approfondita che tenga conto anche del criterio dell'accesso. In un'ottica di screening digitalizzato, la sede di esecuzione della mammografie e quella di lettura potranno non necessariamente corrispondere.**

Figura 1.

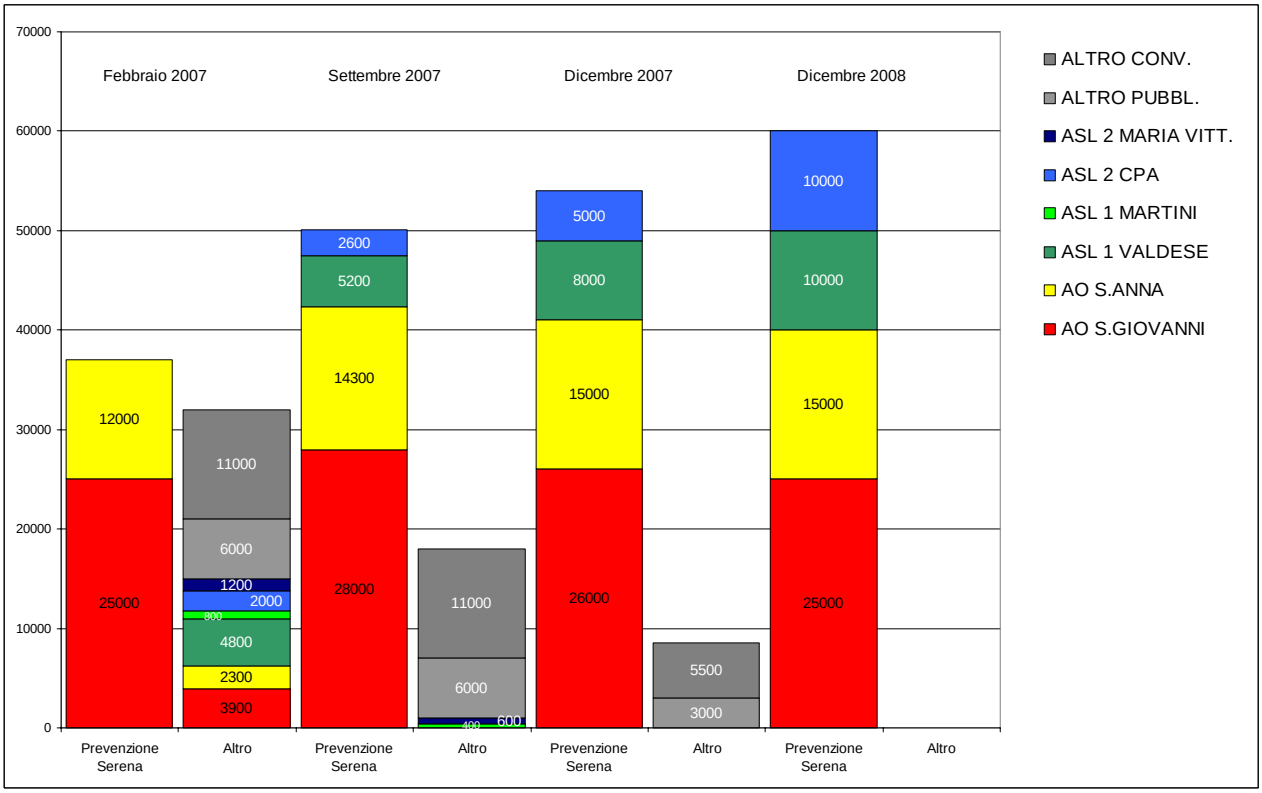
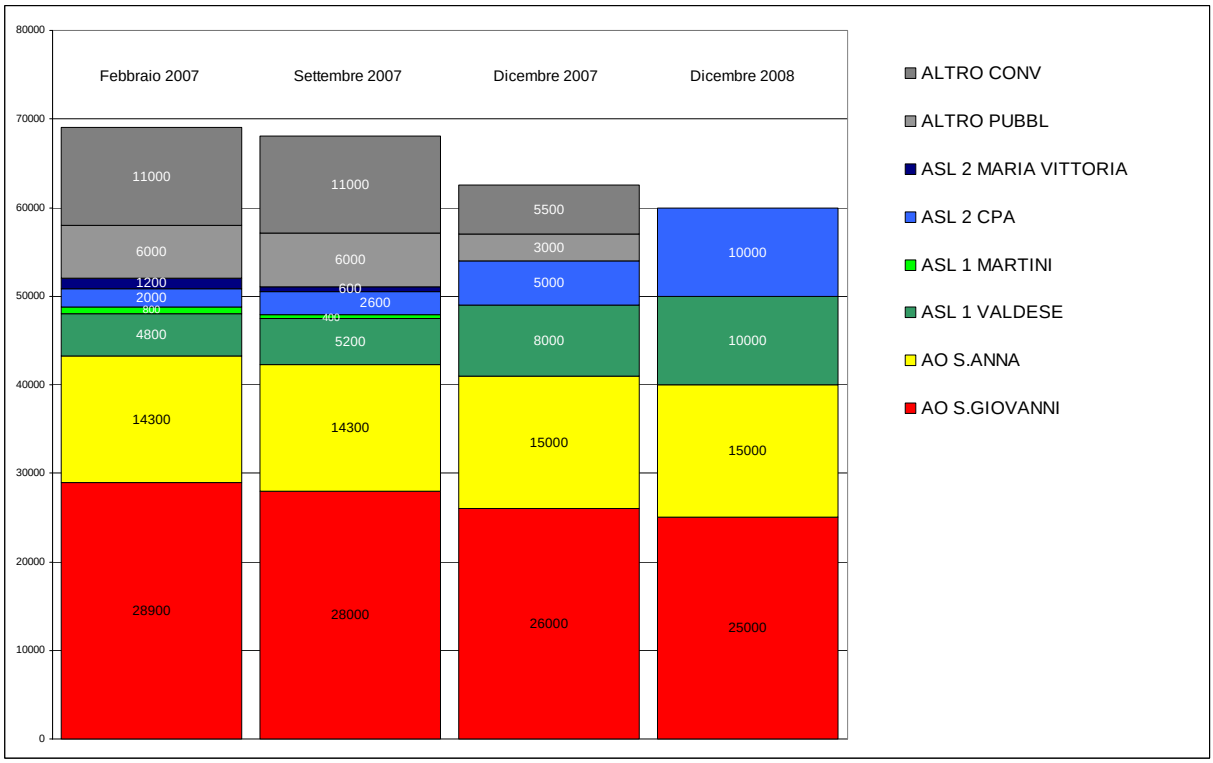


Figura 2.



d) Cronoprogramma Screening per i tumori colorettali

Aprile 2007	Definizione delle modalità organizzative per il raggiungimento dei volumi di attività sostenibili nella fase di transizione (vedi scadenze successive)
Maggio 2007	Definizione delle modalità organizzative del centro unificato Allocazione di spazi / volumi di attività aggiuntivi per l'attività di screening e recupero pregresso
Settembre 2007	Predisposizione della struttura e delle attrezzature del centro unificato
Dicembre 2007	Attivazione dell'attività del centro unificato
Marzo 2008	Spostamento dell'attività attualmente svolta dal servizio dell'ospedale Martini presso il centro unificato e i centri di colonscopie FOBT

5. Vincoli e limitazioni

Descrizione dei vincoli e delle limitazioni che potrebbero interferire con il raggiungimento degli obiettivi ed il rispetto del cronoprogramma e delle soluzioni percorribili per il superamento degli stessi.

Generali

1) Possibili Impedimenti amministrativi / normativi alla realizzazione del Dipartimento Interaziendale

2) Tempistiche di acquisizione di strumentazioni (es. mx digitale)

3) Tempistiche di adeguamento del sistema informativo (CUP, mx digitale).

4) Modalità di riconversione del personale

5) L'incremento dei volumi di attività e la riduzione degli accessi in specialistica ambulatoriale devono procedere parallelamente al potenziamento della capacità ricettiva di Prevenzione Serena; questi due aspetti non devono rappresentare ostacolo, l'uno verso l'altro o viceversa.

Specifici: screening cervice uterina

Tempi di attivazione del Centro Unificato. Qualora si protraessero è necessario che i laboratori già attivi continuino ad erogare le letture (senza superare gli intervalli standard di refertazione) anche a fronte degli incrementi di attività di prelievo.

Specifici: screening mammografico

Un vincolo importante per poter applicare con successo la riorganizzazione di Prevenzione Serena è rappresentato dall'adeguata comunicazione, in concorso con la Regione, ai medici di medicina generale, agli specialisti ambulatoriali e all'utenza dei contenuti della DGR. Le modalità relative a ciò sono descritte in altra parte di questa relazione.

APPENDICE 1

Screening unificato mammografico a Torino. Dati di background.

Tabella 15

Azienda	**AO SAN GIOVANNI**		**AO S.ANNA**	**ASL 1-2**		**ASL 3-4**	
Presidio	**MOLIN**	**S.G.A.S.**	**S.ANNA**	**VALD**	**MART**	**CPA**	**M.VITT**
Mx /anno 2005 (con prescr + screening)	2800 + 12000	5000 + 13000	4600 + 12000	9600	1550	3100	2300
Mx screening 2006	8000	12000	11000	-	-	-	-
Ca / 9 mesi 2006 (DH + ORD)	132 (49+83)	180 (80+99)	300 (22+278)	220 (131+89)	68 (26+42)	-	23 (1+22)

Tabella 16

Azienda	**AO S. GIOVANNI**	**AO S. ANNA**	**ASL 1-2**	**ASL 3-4**
Mx /anno 2005	32800	16600	11100	5400
Stima mx "screening" totali 2005 (comprese non residenti)	28900	14300	5600	3200
Ca / anno 2006	416	400	384	31

Screening unificato mammografico a Torino. Scenario di arrivo.

Tabella 17

Azienda	**AO S. GIOVANNI e CRR**	**AO S. ANNA**	**ASL 1-2**	**ASL 3-4**
MAMMOGRAFI P.S.	**3**	**2**	**1**	**1**
ESECUZIONE	**25000**	**15000**	**10000**	**10000**
LETTURA	**70000**	**30000**	**20000**	**-**
APPROFONDIMENTO 6%	**3600**			**-**
CASI RIUN MULTID 1%	**600**			**-**
CHIRURGIA (DH + ORD) 0.8%	**320 + 160**			**-**

Scenario di arrivo screening mammografico. Legenda.

Esecuzione

- Pool di TSRM AO San Giovanni, S.Anna, Valdese, ASL 3-4
- Controlli di qualità fisico – tecnici comuni (i mammografi si intendono digitali)

Letture

- Pool radiologi AO San Giovanni, S.Anna, ASL 1-2
- Controlli di qualità comuni
- Le prime letture vengono eseguite di norma presso il centro di esecuzione, con l'eccezione delle mammografie eseguite al CPA che vengono lette presso l'AO San Giovanni su workstation digitale. Il CRR fornirà supporto per le seconde letture e coordinerà il gruppo di radiologi coinvolti.

Approfondimenti

- Pool di radiologi, chirurghi e patologi AO San Giovanni, S.Anna, ASL 1-2
- Protocolli e controlli di qualità comuni
- Di norma eseguiti da uno dei radiologi che ha letto la mammografia

Riunioni multidisciplinari pre-intervento

- Pool di radiologi, chirurghi e patologi AO San Giovanni, S.Anna, ASL 1-2
- Protocolli e controlli di qualità comuni
- Da stabilirsi eventuali relazioni con le riunioni multidisciplinari delle Breast Unit per i casi clinici

Interventi in day surgery

- Pool di chirurghi e patologi AO San Giovanni, S.Anna, ASL 1-2
- Protocolli e controlli di qualità comuni
- Da stabilirsi sede di esecuzione

Interventi in degenza ordinaria

- Pool di chirurghi e patologi AO San Giovanni, S.Anna, ASL 1-2
- Protocolli e controlli di qualità comuni
- Eseguiti nei tre Ospedali

Terapia adiuvante, follow up

- Gruppo di radioterapisti e oncologi AO San Giovanni, S.Anna, ASL 1-2
- Protocolli e controlli di qualità comuni
- Nell'Ospedale dove è stato operato il caso

APPENDICE 2

Progetto di digitalizzazione dello screening mammografico di Torino,
nell'ambito del piano di riconversione delle modalità di erogazione dei test di screening all'interno del programma organizzato secondo la DGR 111-3632 del 2 agosto 2006.

Il Piano è predisposto dalla Azienda Sanitaria Ospedaliera San Giovanni Battista di Torino in modo concordato con le Aziende Sanitarie Locali ASL 1-2, , ASL 3, ASL 4 di Torino e con l'ASO O.I.R.M. S. Anna di Torino che compongono il Dipartimento di Screening n° 1 della Città di Torino.

1. Presupposti e fondamenti razionali

1.1 Modalità di organizzazione attuale dello screening organizzato e suo sviluppo previsto dalla DGR 111-3632 del 2 agosto 2006.

Lo screening per i tumori della mammella è attivo in Torino dal 1992 e prevede l'invito attivo ogni due anni per la popolazione femminile in età 59-69.

Nell'ambito delle attività previste dalla DGR 41-22841 del 27 ottobre 1997 lo screening per i tumori femminili è stato progressivamente portato a regime utilizzando l'organizzazione su base dipartimentale la cui sede è presso l'ASO San Giovanni Battista di Torino.

Sono attualmente attivi tre Centri di screening mammografico di Torino che hanno eseguito nel 2005 circa 37000 e nel 2006 circa 31.000 mammografie di screening. Due di essi afferiscono all'ASO San Giovanni Battista (SGAS e Molinette) ed uno all'ASO OIRM S. Anna.

Il CPO, il Centro di riferimento per lo screening mammografico (CRR) e il Servizio di Fisica Sanitaria 2 dell'Azienda San Giovanni Battista operano la valutazione e coordinano la formazione ed i controlli di qualità.

La copertura della popolazione era stata raggiunta nel 2001-2002, ma negli ultimi anni, e particolarmente nel 2006, il volume di mammografie non è stato adeguato, facendo sì che una quota delle donne precedentemente non aderenti non sia stata più invitata.

La nuova DGR 111 del 2006 sugli screening prevede un ulteriore cospicuo ampliamento del volume di attività includendo in misura maggiore le fascie di età 45-49 e 70-75, su richiesta delle interessate. Si stima un incremento del volume di attività richiesto ai centri di screening di Torino da circa 40.000 a circa 60.000 mammografie di primo livello / anno.

Tale cospicuo incremento del volume di attività del Programma di Screening organizzato, rende pertanto ancora più critico il problema del raggiungimento e del mantenimento della copertura della popolazione bersaglio.

Il piano di riconversione ha identificato come strumenti per la soluzione stabile di questo problema:

a) l'inserimento nel programma organizzato delle Aziende Sanitarie Locali torinesi, con un Centro di Screening presso la ASL 1-2 (per esecuzione, lettura e approfondimento) ed un Centro di esecuzione di mammografie di primo livello presso la ASL 3-4, collegato funzionalmente con i Centri dell'ASO San Giovanni Battista e con il CRR

b) nella gestione integrata del programma unitario di screening cittadino mediante il coordinamento effettuato dal CRR e dal CPO, reso tecnologicamente praticabile dall'introduzione della tecnologia digitale.

Sulla base di tali presupposti, **il piano di riconversione concordato tra le Direzioni delle varie Aziende Sanitarie cittadine, inoltrato contestualmente al presente progetto, comporta per il suo ottimale funzionamento la completa digitalizzazione – a regime – dello screening mammografico cittadino.**

1.2 Motivazioni tecnologiche, cliniche, organizzative e finanziarie dell'opzione digitale.

La completa digitalizzazione del programma di screening mammografico torinese trova ampia giustificazione razionale nelle seguenti considerazioni di ordine tecnologico, clinico, organizzativo e finanziario:

a) **la digitalizzazione completa dello screening torinese rappresenta una scelta di innovazione tecnologica inevitabile; attuarla subito significa sfruttarne al più presto i numerosi vantaggi e mantenersi nelle posizioni più avanzate a livello regionale, nazionale ed europeo**. A tal fine va ricordato che Torino, oltre ad essere sede del Centro di Riferimento Regionale per lo Screening (CRR), è riconosciuto come Centro Pilota della Rete Europea di Screening (EUREF). Si ricorda che la scelta digitale integrale in Italia è già stata perseguita con successo dai programmi di Firenze, di Modena e della Valle d'Aosta. Tale scelta consentirebbe inoltre a Torino di svolgere al meglio il suo ruolo di progetto pilota e di riferimento nei confronti del successivo previsto sviluppo digitale della rete di screening regionale. Entro tale contesto si collocherebbe in modo più organico l'utilizzo di finanziamenti già erogati in sede Regionale (per il CRR) e destinati ad obiettivi analoghi. **Inoltre, da parte del Ministero della Salute (Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007, Legge 138/2004) si è individuata la Regione Piemonte come potenziale sede di sperimentazione di una rete di mammografia digitale** per lo screening ed è stato a tal fine finanziato un piano di fattibilità.

b) **la trasformazione digitale, a fronte di un cospicuo investimento in apparecchiature e servizi, consentirebbe rilevanti risparmi che, per i volumi di attività previsti, consentirebbero in un ottica di medio periodo (5 anni) di raggiungere e superare il punto di pareggio**, come già esaurientemente dimostrato da diverse valutazioni economiche svolte in condizioni organizzative analoghe. La stima economica di fattibilità e di convenienza dell'opzione digitale è stata presentata a Torino, in occasione di un Workshop regionale dello scorso ottobre, dal dottor Gallo che coordina il progetto di screening mammografico digitale della provincia di Modena. In quest'ottica, tra i punti da considerare vi sono:
   1. risparmio economico dovuto all'eliminazione delle cassette radiografiche, delle pellicole e dei chimici di sviluppo e fissaggio, stimabile per Torino in una somma nettamente superiore ai 500.000 € annui; ciò comporta contestualmente l'**ulteriore vantaggio in termini di riduzione dell'inquinamento ambientale**;
   2. risparmio di personale stimabile per Torino in circa 3 unità di tecnici sanitari di radiologia medica (TSRM) mediante l'eliminazione del tempo normalmente dedicato dai TSRM a sistemare le pellicole sui diafanoscopi per la refertazione;
   3. risparmio di personale dedicato alla gestione dell'archivio delle pellicole e riduzione – dopo una fase iniziale di apprendimento – dei tempi legati alle mansioni di segreteria (accettazione, refertazione, etc)
   4. **risparmio di dose alla popolazione** giustificata dal fatto che, se davvero ottimizzate, le macchine digitali dovrebbero fornire esami ugualmente o maggiormente

diagnostici a fronte di dosi assorbite inferiori (punto particolarmente importante per un programma di screening, a maggior ragione se esteso a donne 45-50enni);

5. potenziali vantaggi diagnostici che sarebbero dimostrati possibili in particolare nella fascia di età più giovane da includere nello screening**;**
6. risparmio sul numero di Centri per la refertazione, poiché, se il mammografo è in rete, l'esame effettuato in un Centro può essere refertato altrove evitando il trasporto dei radiogrammi;
7. semplicità dell'archiviazione degli esami e risparmio di spazio fisico per l'archiviazione stessa rispetto a quanto necessario per l'archivio analogico;
8. ruolo del Centro di Riferimento Regionale (CRR), che, connesso via rete con gli altri Centri, può davvero, agevolmente, assumere un ruolo di primo piano nella formazione e nella consulenza per la diagnosi e la qualità delle immagini;
9. gestione ottimizzata del personale disponibile ed in particolare del "pool" di radiologi delle varie AS coinvolte, con possibilità di sopperire a momentanee situazioni di carenza di personale in un Centro, con il supporto da parte del CRR, ma eventualmente anche di radiologi di altre AS;
10. semplicità nella gestione, nell'ottimizzazione e nell'omogeneizzazione del programma di controllo di qualità da parte del CRR, sugli aspetti fisico-tecnici di qualità d'immagine, sulle fasi di esecuzione-posizionamento e sulla lettura – con **graduale estensione degli stessi vantaggi alla costituenda rete digitale regionale**;
11. in futuro, possibile ulteriore **innovazione tecnologica** rappresentata dall'utilizzo di sistemi per la diagnosi assisitita dal computer (sistemi CAD), con potenziali vantaggi diagnostici e di risparmio di personale.

Sembra importante sottolineare ancora una volta i rilevanti vantaggi potenzialmente ottenibili con la rete digitale in termini di gestione omogenea del programma unitario cittadino. Le ricadute di tale gestione integrata investono significativamente sia la qualità clinica del servizio offerto alla popolazione, sia l'efficienza e l'economicità di gestione delle risorse di personale e apparecchiature. Infatti, le esigenze di personale (senza considerare la stessa qualità generale del programma), potrebbero salire in misura davvero cospicua in condizioni di gestione poco efficienti, in particolare se si aumentasse il tasso di richiami e di indagini cliniche, con conseguente incremento anche delle sessioni di prelievo bioptico percutaneo. L'incremento eccessivo delle fasi di 2° livello aumenterebbe in modo difficilmente sostenibile l'esigenza di tempo-radiologo, ma determinerebbe insieme un sovraccarico cospicuo sulle funzioni di supporto tecnico, infermieristico e amministrativo.

La gestione digitale consentirebbe proprio di realizzare un forte coordinamento sia organizzativo che clinico e una struttura sufficientemente distribuita nel territorio e tra le Aziende, tale da assicurare la necessaria omogeneità dei protocolli e del livello di qualità del programma nelle diversi sedi, con vantaggi in termini di accessibilità per l'utenza e di flessibilità operativa.

Per queste ragioni sarebbe fondamentale poter affrontare la fase a regime nel gennaio 2009 avendo completato la digitalizzazione. Ciò richiede l'acquisto di 8 mammografi digitali, delle necessarie stazioni di lettura e la realizzazione della rete.

2. Piano di digitalizzazione

a) Schema generale

Il passaggio al digitale del programma cittadino dovrà avvenire gradualmente, partendo da quanto previsto dal piano di riconversione della DGR 111-3632 del 2 agosto 2006, in 3 fasi successive che terminano alla fine del 2008, secondo il cronoprogramma descritto in seguito.

Il piano prevede di distribuire l'esecuzione degli esami di 1° livello su quattro Centri di screening, mentre la refertazione e gli approfondimenti di 2° livello saranno eseguiti presso tre soli Centri, come descritto in Tabella 1.

Tabella 1

SEDE	ES. 1° liv. /ANNO	LETTURA	ES. 2° liv. /ANNO
S. G. BATTISTA e CRR	25 000	70 000	2450
S. ANNA	15 000	30 000	1050
ASL 1-2 (Martini/Valdese)	10 000	20 000	700
ASL 3-4 (CPA)	10 000	–	-

La rete di screening mammografico digitale prevede che tutti i Centri di acquisizione siano collegati al S. Giovanni Battista – CRR, che sarà quindi in grado di vedere le immagini ovunque esse siano state acquisite. In tale configurazione il S. Giovanni Battista potrà farsi carico delle letture delle 10.000 mammografie acquisite presso il CPA senza che sia necessario installare anche presso questo centro le stazioni di refertazione.

b) Attrezzature necessarie

Alla luce dei volumi di attività riportati in Tabella 1 si ritiene necessario programmare l'acquisto di otto mammografi digitali e sei stazioni di refertazione ("workstation", in seguito WS), ciascuna comprendente 2 monitor dedicati, oltre agli indispensabili supporti di rete e di gestione, con la ditribuzione riportata nella seguente Tabella 2.

Tabella 2

SEDE	MAMMOGRAFI	WS
S. GIOVANNI BATTISTA E CRR	4	3
S. ANNA	2	2
ASL 1-2 (Martini/Valdese)	1	1
ASL 3-4 (CPA)	1	–

Tale schema tiene anche conto del fatto che sono a disposizione finanziamenti già precedentemente approvati per il CRR, finalizzati all'acquisto di un mammografo digitale e annessa WS, che dovranno servire in prospettiva l'intera rete digitale regionale, ma che potranno naturalmente essere integrati e contribuire in prima istanza alla rete digitale cittadina. Si considera anche la segnalata recentissima acquisizione di un mammografo digitale completo di WS presso l'Ospedale Martini,

che potrebbe, nella misura che l'ASL di appartenenza definirà, entrare a fare parte della rete di screening torinese.

c) Cronoprogramma

Fase 1: entro settembre 2007

1. Acquisizione di 1 mammografo digitale presso CPA
2. Acquisizione di 1 mammografo + 1 WS presso S. Giovanni Battista (+ 1 mammografo con WS, che dovrà entrare in rete, già in fase di acquisto presso CRR con altro finanziamento)
3. Attivazione di una rete che colleghi CRR con CPA
4. Attivazione di una rete che colleghi CRR con centri di screening presso ASL 1-2 (Ospedale Martini e/o Valdese)
5. Costituzione di un archivio digitale per lo screening cittadino, presso il CRR (primo nucleo dell'archivio digitale regionale).

Fase 2: entro luglio 2008

1. Acquisizione di 3 mammografi digitali + 2 WS presso S. Giovanni Battista
2. Acquisizione di 1 mammografo + 1 WS presso ASL 1-2

Fase 3: entro dicembre 2008

1. Acquisizione di 2 mammografi digitali + 2 WS presso S. Anna
2. Attivazione della rete tra S. Anna e CRR.

d. ipotesi di preventivo di spesa:

I costi approssimativamente si possono stimare come segue (Tabella 3):

Tabella 3

8 Mammografi digitali	€ 2.200.000
6 Stazioni di refertazione complete	€ 450.000
3 PACS Cache per i centri di refertazione	€ 550.000
1 Archivio a breve termine	€ 600.000

1 Archivio a lungo termine	€ 650.000
Manutenzione e gestione full-risk di rete per 4 anni (+ 1 di garanzia)	€ 500.000
TOTALE PROGETTO	**€ 4.950.000**

Tale preventivo considera l'impegno di spesa inclusivo di IVA. Non tiene però conto dei costi di trasmissione dei dati, né della banda necessaria per la trasmissione dei medesimi. Uno dei parametri da valutare sarà infatti la larghezza di banda necessaria affinché la trasmissione dei dati dal centro di acquisizione a quello di refertazione, da quest'ultimo all'archivio e viceversa, avvenga senza interruzioni e in tempi ragionevoli; tali costi dipendono fortemente dal tipo di convenzioni che la Regione ha già in atto, o dal tipo di contratti che può stipulare, come ente pubblico, con le compagnie telefoniche che gestiscono la rete a cui sarà necessario collegarsi. Il costo per la trasmissione sarà quindi da sommare a quanto sopra descritto.

3. Considerazioni finali

La strategia prevista per il raggiungimento degli obiettivi dello screening cittadino ha ipotizzato un punto di arrivo ottimale basato sulla gestione completamente digitale del processo di screening organizzato come programma unico della città, in cui, senza variare di molto le risorse già messe a disposizione dalle ASO S. Giovanni e S. Anna per i primi livelli, si inseriscono nella struttura di Prevenzione Serena le ASL 1-2 e 3-4. La prima, mediante l'equipe multidisciplinare del Valdese, dovrebbe arrivare a fornire a regime la gestione completa di 10000 esami di screening di 1° livello incluse le fasi di approfondimento di 2° livello e di terapia. L'ASL 3-4 dovrebbe attivare un centro territoriale (presso il CPA) che metterebbe a disposizione personale TSRM e amministrativo per l'esecuzione di altri 10000 esami di 1° livello, le cui fasi di lettura e approfondimento verrebbero però prese in carico dall'ASO S. Giovanni Battista presso la sua Unità di Screening (e Breast Unit collegata), con un ruolo centrale per la fase di lettura del Centro di Riferimento Regionale (CRR) con sede presso il CPO. **Questo inserimento dell'ASL 3-4 nel programma è immediatamente condizionato a due fasi critiche vincolate alla disponibilità di un sistema digitale di qualità adeguata ed all'attivazione presso il CRR di un centro di lettura digitale delle immagini mammografiche prodotte al CPA.**

La **digitalizzazione dello screening cittadino** - nell'ottica di un forte progetto di integrazione delle risorse, dove il Dipartimento cittadino di Screening, con il supporto del CPO e del CRR, farà da punto centrale di formazione, verifica di qualità e gestione coordinata del pool di specialisti dedicati messi a disposizione delle varie Aziende Sanitarie coinvolte - rappresenta una eccezionale opportunità di mettere in atto un sistema che rispetti i principi dell'**economia di gestione**, facendo convergere rilevanti **interessi di respiro regionale** in termini di **innovazione tecnologica** e di **"technology assessment"** in condizioni di servizio nell'ambito di un programma di sanità pubblica di popolazione.

APPENDICE 3

Screening per il tumore del colon retto.

Organizzazione dell'attività con il centro unificato inter-Aziendale di endoscopia di screening

UNITA' DI SCREENING ENDOSCOPICO

Organizzazione dell'attivita' di screening

E' in fase di definizione una riorganizzazione dell'attività di screening dei tumori colorettali che dovrebbe prevedere:

- l'attività endoscopica di I e II livello del programma FS concentrata in un centro unificato di endoscopia;
- le colonscopie di approfondimento per i soggetti con test per il sangue occulto positivo effettuate presso i servizi di gastroenterologia ospedalieri attualmente coinvolti nel programma, con assegnazione dei pazienti su base territoriale. Assumendo una proporzione di soggetti positivi al test pari a circa il 6% (almeno il 70% dei soggetti aderenti nei prossimi anni sarà costituita da assistiti con un precedente test negativo) e tenendo conto della necessità di recuperare il ritardo accumulato negli ultimi due anni, garantendo allo stesso tempo la copertura della popolazione bersaglio e il rispetto del periodismo previsto per la sorveglianza endoscopica dei soggetti con adenomi avanzati, si può stimare che nei prossimi 4 anni il numero di soggetti da esaminare con colonscopia sarà di circa 1300-1500 l'anno.

Organizzazione del centro unificato

Si assume che l'attività si svolga su 210 giornate lavorative, con una media di 26 sigmoidoscopie o 8 colonscopie eseguite ogni giorno. Con questa modalità organizzativa, riservando una sala all'attività di screening (vedi sotto: organizzazione del centro), sarebbe possibile garantire un volume di attività sufficiente a coprire la richiesta di esami prevedibile a Torino per i prossimi 5-6 anni per quanto riguarda la sigmoidoscopia.

Gestione del centro di screening

Il centro di screening dovrebbe configurarsi come un'unità semplice a valenza dipartimentale, gestita in collaborazione dai servizi di endoscopia ospedalieri coinvolti nel programma, che dovrebbero identificare un coordinatore dell'attività. I servizi di endoscopia potrebbero garantire a rotazione (ad esempio un giorno la settimana) il personale medico necessario ad effettuare gli esami, o questo personale potrebbe essere messo a disposizione (utilizzando la rotazione con il contrattista inserito nell'attività) dal servizio presso cui verrebbe svolta l'attività. Nel primo caso in ciascun centro dovrebbero essere individuati alcuni medici dedicati all'attività di screening (possibili criteri, oltre alla disponibilità a partecipare: formazione specifica; performance derivata dai dati degli studi pilota).

Il personale infermieristico e amministrativo potrebbe essere assegnato direttamente all'unità di screening, definendo eventualmente regole per garantire la continuità del servizio in caso di assenze (ferie o malattie), che prevedano il distacco temporaneo di personale dai servizi coinvolti per sostituire quello assente.

Personale necessario

Per l'attività di una sala sono necessari l'equivalente di una unità di personale medico e di due di personale infermieristico (una dedicata all'assistenza all'esame e una al lavaggio strumenti) a tempo

pieno. Le risorse disponibili per il programma permettono di acquisire attraverso contratto queste unità di personale. La gestione della segreteria / accettazione richiederebbe una unità di personale amministrativo, fornita dall'UVOS, sui fondi del programma.

Requisiti strutturali

- 2 sale endoscopiche

  L'attività si svolgerebbe su una sala, ma la disponibilità di una sala aggiuntiva permette di disporre di uno spazio in cui tenere un paziente in caso di complicanze e di cominciare comunque l'esame successivo anche se la stanza dove si e' svolto l'esame precedente per qualche motivo non fosse immediatamente disponibile.

- 4 box con funzione di spogliatoio per i pazienti dotati di servizi igienici

  La disponibilità di due box permette di migliorare l'utilizzo delle sale evitando di occupare la sala per il tempo necessario al paziente per rivestirsi al termine dell'esame. In questo modo si recupererebbe anche tempo da dedicare alla comunicazione col paziente.

  Inoltre sarebbe utile disporre di servizi igienici dedicati per i pazienti. Questo permetterebbe di proporre ai pazienti con preparazione inadeguata la ripetizione immediata del clistere con possibilità di ripetere l'esame, riducendo il numero di esami rinviati e di invii inn colonscopia per preparazione inadeguata in presenza di polipi.

  In prospettiva si potrebbe anche ipotizzare di offrire la possibilità ai pazienti che lo richiedono di effettuare il clistere presso il centro: questa opzione è associata ad un aumento dell'adesione

- 1 stanza per il lavaggio e disinfezione strumenti

  Il locale deve essere adeguatamente ventilato, dotato di sistema di aspirazione dei vapori delle sostanze detergente e disinfettanti utilizzate. Sono necessarie 3 lavatrici a vasca doppia.

- 1 locale per la conservazione del materiali di consumo

  Funzione di magazzino, per cui puo' essere sufficiente uno spazio anche limitato (9 mq)

- 1 sala d'attesa per i pazienti che disponga di almeno 20 posti a sedere

- 1 box per l'accettazione dei pazienti con due postazioni di lavoro

- 1 sala medici utilizzabile anche per la segreteria e l'archivio esami

  La sala dovrebbe essere attrezzata per la realizzazione di un rete di stazioni di lavoro con cavi per fonia e trasmissione dati

- Spogliatoi e servizi igienici per il personale.

  Si potrebbe considerare anche un piccolo locale per pause del personale

Strumentazione

Oltre alle dotazioni standard (come carrelli porta-strumenti, lettini, monitor) e al materiale di consumo, sono necessari 5 endoscopi e due lavatrici.

Questa configurazione permette un'economia di scala, in quanto concentra in un unico centro le risorse necessarie per l'attività che richiede una dotazione strumentale più ampia, mentre verrebbe lasciata nei centri periferici l'attività di colonscopia che richiede un numero di strumenti più ridotto, evitando di sovradimensionare la strumentazione rispetto alle necessità della normale attività clinica.

Di seguito si riporta una tabella che riassume l'attività corrente delle Aziende torinesi relativa al trattamento chirurgico dei tumori colorettali e il prevedibile impatto dell'attività di screening, assumendo lo scenario attualmente più probabile:

ASL 3-4 (presidi S Giovanni Bosco e Maria Vittoria):	2 giornate la settimana dedicate allo screening (colonscopie per pazienti positivi al FOBT)
l'ASO Mauriziano (presidio Umberto I)	1 giornata la settimana dedicata allo screening (colonscopie per pazienti positivi al FOBT)
ASO S Giovanni Battista:	5 giornate la settimana dedicate all'attività di screening con FS 2 giornate la settimana dedicate alle colonscopie per pazienti positivi al FOBT)

RICOVERI CHIRURGICI - STIMA SDO 2006

	TOTALE	PER PRESIDIO	
ASO S Giovanni Battista	665 48,3%	569 Molinette	96 SGAS
Mauriziano - IRCC	257 18,7%	143 Umberto I	115 IRCC
ASL 1 - 2	115 8,3%	47 Valdese	68 Martini
ASL 3 - 4	255 18,5%	179 G Bosco	76 M Vittoria
GRADENIGO	85 6,2%		
TOTALE AZIENDE	1377		

CASI ATTESI OGNI ANNO DA SCREENING

	TOTALE	PER GIORNATA *
FS	20	4
FOBT **	126	25
TOTALE	146	

* casi attesi in un anno nell'ipotesi di dedicare una giornata di attività la settimana allo screening

** stima basata sull'attività prevista per i prossimi 4 anni (da 1300 a 1500 casi positivi/anno)

CASI ATTESI OGNI ANNO DA SCREENING PER AZIENDA

	SESSIONI FOBT	FS	FOBT	TOTALE
ASO S Giovanni Battista	2	20	50	70
				48,2%
ASL 3 - 4	2		50	50
				34,5%
Mauriziano	1		25	25
				17,3%
				146