

A cura di:
Mauro Boldrini
Sabrina Smerrieri
Sergio Ceccone

Consulenza scientifica
Emilio Bajetta
Carmelo Iacono
Roberto Labianca

Editore:
Intermedia
Via Malta 12B
25124 Brescia
Tel. 030.226105
Fax 030.2420472
imediabs@tin.it
Via C. Morin, 44
00195 Roma
Tel. 06.3723187
intermedia@intermedianews.it
www.medinews.it



via Nöe, 23 - 20133 Milano
tel. 02/70630279, fax 02/2360018
email: aiom.mi@tiscalinet.it
www.aiom.it / www.oncologiaonline.org



*Questa pubblicazione è resa possibile
da un educational grant di Roche*

Modelli gestionali in oncologia **SECONDA FASE**

**Prevenzione e diagnosi precoce
nelle Aziende Sanitarie ospedaliere
e territoriali**

Modelli gestionali in oncologia **SECONDA FASE**



Innovazione per la salute



Modelli gestionali in oncologia **SECONDA FASE**

**Prevenzione e diagnosi precoce nelle Aziende Sanitarie,
ospedaliere e territoriali**



Associazione
Italiana di
Oncologia Medica

L'osservatorio oncologico dell'AIOM, per costruire un'assistenza davvero integrata

Con il secondo approfondimento sulle Aziende Sanitarie ospedaliere e territoriali, il progetto di “censimento e conoscenza” dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica che include anche il ‘Libro Bianco’ – giunto alla terza edizione – entra nel vivo. Nella fase iniziale è stato deciso di indagare a campione la gestione dell'assistenza oncologica nelle Aziende Sanitarie Locali, ora l'analisi si amplia all'organizzazione dei centri dedicati come i Dipartimenti di oncologia, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico a orientamento oncologico e altre strutture e organizzazioni sanitarie territoriali. Sono queste infatti le Istituzioni che svolgono ruoli di indirizzo, regia e coordinamento, ma soprattutto di operatività nell'ambito della gestione oncologica. Sin dalla prima sezione di questa nuova indagine, dunque, incentrata su prevenzione e diagnosi precoce, sono stati selezionati alcuni Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico in quanto centri di riferimento per l'intero territorio sia locale che nazionale.

L'ulteriore ampliamento dell'analisi, con una successiva sezione dedicata a diagnosi ‘tout court’, terapie, riabilitazione e palliazione, porterà al coinvolgimento di un maggior numero di Irccs, in quanto centri di riferimento non solo per l'assistenza territoriale (e in particolare per diagnosi e terapia) ma anche per la progressione della ricerca in tutte le fasi della gestione oncologica, ricerca sempre maggiormente legata a doppio filo – quindi inscindibile – all'assistenza globale ai malati di cancro.

Di questo passo l'AIOM intende contribuire con i propri mezzi – quelli di studio tipici di una società scientifica – a concentrare l'attenzione sul paziente e sul suo complesso percorso all'interno della rete sanitaria, semplificando i punti nodali dove a volte questo cammino s'interrompe o non procede con sufficiente scorrevolezza, arrecando una perdita di qualità dell'assistenza che si riflette sul paziente stesso e sull'intero sistema nazionale con ricadute negative in termini sia di outcome sanitari che di razionalizzazione delle risorse, capitolo quanto mai sensibile delle attuali politiche sanitarie ed economiche.

L'AIOM intende appianare la strada dell'integrazione: tra strutture, fasi assistenziali, personale, un cammino possibile solo con un osservatorio permanente, vero ‘trait d'union’ e progetto unificante. L'AIOM, infatti, quale principale società scientifica degli oncologi medici italiani, ha tra i suoi compiti quello di elaborare soluzioni operative e lavorare in sinergia con

tutti gli attori del processo di cura e assistenza oncologica per fronteggiare i profondi mutamenti e le contingenze più difficili e meno favorevoli, e contribuire così a formulare le più efficienti soluzioni organizzative.

L'obiettivo principale è e resta unico: fornire a pazienti e cittadini un'assistenza sanitaria ai massimi livelli e standard qualitativi: informazioni, direttive e percorsi guidati e 'prioritari' di prevenzione, diagnosi, trattamento, riabilitazione e palliazione. I migliori che siano disponibili per ogni territorio, ovunque i cittadini/pazienti risiedano. È indiscutibile, ad esempio, e provato da numerosi studi in letteratura, come i migliori outcome oncologici siano collegati al numero di interventi chirurgici dello stesso tipo eseguiti da ciascun chirurgo o dipartimento chirurgico e dall'attività multidisciplinare attuata nello stesso Dipartimento. È in questi casi che, per indirizzare i pazienti alle Istituzioni più adeguate a specifici casi, è necessaria una rete integrata tra le strutture, in grado di far viaggiare l'informazione, di pianificare, monitorare, diagnosticare e, soprattutto, curare al meglio, con le terapie più innovative, personalizzate e controllate.

Gli altri obiettivi fondamentali dell'AIOM e dei numerosi attori del processo dell'assistenza oncologica devono essere il coordinamento di professionalità e Istituzioni che intervengono nel complesso processo terapeutico del malato di cancro e la riunione di reti operative già esistenti.

Per perseguire e cogliere almeno in parte le mete prima appena tratteggiate, l'AIOM è da anni persuasa dell'utilità di un osservatorio oncologico permanente integrato, oltre che tra le strutture sanitarie, anche nell'ambito della galassia di società scientifiche, gruppi di ricerca, volontari, ecc... Enti tutti impegnati sullo stesso terreno ma spesso, troppo spesso, divisi. Ciò per verificare funzionamento e nodi della gestione oncologica e dove è urgente, per migliorarla, intervenire mediante provvedimenti, informazione, sistemi informativi, cartelle telematiche, promozione di linee guida, registri per patologia e vari altri strumenti. Per questo come AIOM stiamo portando avanti il doppio progetto di censimento sia delle risorse (il Libro Bianco) che dei 'Modelli gestionali in oncologia'. Con il convegno tenutosi lo scorso 28 marzo a Roma, l'AIOM, con il patrocinio della Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere (FIASO) ha avviato la II fase del progetto Modelli gestionali: dopo quella già conclusa sulle Asl, ora diamo conto dell'analisi su Aziende ospedaliere, Dipartimenti, Istituti ed altri enti e organismi che detengono ruoli nell'ambito del processo di assistenza oncologica. In questa pubblicazione vengono analizzate le strutture (i Dipartimenti oncologici) che svolgono i principali compiti di operatività nelle fasi di tale processo. Analizziamo in questo secondo testo del progetto le prime fasi (prevenzione e diagnosi precoce), e rimandiamo ad altra e prossima pubblicazione l'analisi di diagnosi 'tout court', terapia, riabilitazione, palliazione.

Crediamo che il corpus di testi di *Modelli gestionali* possa fornire dati,

analisi, indicazioni e stimolare la discussione e l'elaborazione di temi e soluzioni innovative, in grado di cogliere tre obiettivi ambiziosi: lo sviluppo di una rete delle strutture assistenziali oncologiche (con condivisione di risorse e informazioni, non solo in Italia ma all'estero come promosso da Alleanza contro il Cancro), il coordinamento con le Asl e le Aziende Ospedaliere e la partecipazione dei medici di medicina generale e degli altri attori sopra descritti al processo assistenziale. In un'ottica d'indirizzo nazionale ma coordinata e declinata – com'è giusto che sia – a livello regionale.

Una soluzione e un modello – già emersi nel volume precedente sulle Asl – rappresentati senz'altro dai Dipartimenti Oncologici costituiti all'interno di singole Aziende ospedaliere o attraverso le risorse messe a disposizione da più Aziende (Dipartimenti interaziendali). I Dipartimenti così costituiti possiedono al loro interno tutte le professionalità, le strutture e le apparecchiature necessarie ad affrontare le necessità dei pazienti oncologici nelle varie fasi della malattia. Inoltre nei Dipartimenti Oncologici gli operatori lavorano all'interno di gruppi multidisciplinari, di équipes dedicate dove il confronto sulle scelte cliniche è costantemente promosso. Ciò assicura il massimo outcome oncologico e la presa in carico complessiva (globale-integrata) del paziente.

In oncologia, il 'buon' coordinamento della gestione dell'assistenza al paziente sia in ospedale che sul territorio è un punto cruciale per ottenere due obiettivi fondamentali, al centro del Piano Oncologico Nazionale: elevati standard di qualità in tutte le fasi del processo – dalla prevenzione al trattamento della malattia neoplastica, dei suoi sintomi e della fase terminale – ed equo accesso alle migliori e più innovative cure in tutto il Paese.

Sono questi in definitiva gli obiettivi che tutti – oncologi, direttori scientifici, manager e operatori – dobbiamo impegnarci a perseguire con la massima determinazione per assicurare trattamenti e assistenza di sempre maggiore qualità ai 260mila pazienti che ogni anno accedono alle nostre strutture.

Emilio Bajetta
Presidente nazionale AIOM

Riflettori su prevenzione e diagnosi precoce: i risultati della seconda fase

Un'analisi sulla gestione oncologica nelle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali era sentita da più parti: da un lato dagli amministratori, dall'altro dagli oncologi e da tutti coloro che vivono la realtà quotidiana dell'assistenza sanitaria ai malati italiani ai quali ogni anno viene diagnosticato un tumore. L'analisi, nell'ottica del progetto di conoscenza avviato dall'AIOM, serve a evidenziare le best practice di coordinamento in relazione con le fasi successive, per monitorare qual è il grado di conoscenza e condivisione delle informazioni, fattori che determinano la migliore qualità dell'intero percorso diagnostico-assistenziale oncologico.

Nel primo step di questa seconda fase dell'indagine – condotta su Aziende Sanitarie ospedaliere e territoriali, dopo quella, appena terminata, sulle Asl – l'Associazione Italiana di Oncologia Medica ha inteso soffermare l'attenzione su prevenzione primaria e secondaria e sulla diagnosi precoce quale fase intermedia 'critica' del passaggio tra screening e diagnosi confermativa. Ciò per capire se, quanto e in che modo il collegamento tra Aziende e Istituzioni del territorio (incluse Asl e altri enti come organismi regionali, delle Province e Università) e le strutture specificamente deputate a prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e palliazione (i Centri di prevenzione oncologica, le Unità di Oncologia medica, i Dipartimenti oncologici, ...) fosse attivo.

È stato anzitutto definito un campione rappresentativo della realtà italiana costituito da una ventina di Aziende Ospedaliere su tutto il territorio nazionale, oggetto anche del passo successivo e cioè l'indagine su diagnosi, terapia, riabilitazione e palliazione. Ne deriva e ne deriverà, a chiusura dell'indagine, un'analisi sul campo, con dati verificati, che crediamo vada a costituire una banca dati e un osservatorio d'insostituibile valore per amministratori, operatori e professionisti della sanità.

Per quanto riguarda il commento dei risultati ottenuti, il primo step di questa seconda ricerca evidenzia una buona partecipazione delle Aziende Ospedaliere anche sul terreno della prevenzione, anche se più del 40% (42%) delle AO del campione non programmano alcuna iniziativa di prevenzione primaria, mentre il 44% partecipa alle campagne di screening con l'Asl. Vanno rilevate realtà nelle quali i collegamenti e le sinergie – tra le fasi indagate e tra le aziende sanitarie territoriali e

quelle ospedaliere – funzionano, e molto bene. In certi casi si sono evidenziate delle best practice che andrebbero (per)seguite come modello ottimale di sviluppo.

Come i controlli di qualità sulla tipologia degli esami di screening e sulla gestione stessa delle campagne di prevenzione, controlli effettuati mediante indicazioni e sinergie con Società scientifiche rappresentative (la stessa AIOM), attivi gruppi di ricerca (Gisci, Gisma, Gicor) e grazie alla consultazione e al confronto di linee guida internazionali e nazionali, in particolare sulla mammografia.

Il miglioramento della tempestività della diagnosi è un obiettivo rilevante da perseguire ed è raggiungibile attraverso un potenziamento dei servizi, in particolare migliorando la comunicazione e il coordinamento tra i diversi ambiti assistenziali interessati, tra i clinici e le strutture coinvolte.

Dopo questo focus su prevenzione e diagnosi precoce, ora l'ulteriore approfondimento ci porterà ad indagare più da vicino diagnosi e terapia (vero 'core' dell'attività delle Aziende Ospedaliere e in particolare degli Irccs) e infine palliazione, il capitolo forse più delicato, che come oncologi medici ci vede e ci vedrà sempre più impegnati. Forniremo anche in questo caso dati e indicatori per evidenziare le migliori 'pratiche' in grado, se seguite e attuate virtuosamente, di assicurare maggiore assistenza, conforto, qualità delle cure e riconoscimento della dignità dei malati. E soprattutto questa terza fase, che sarà presentata a fine autunno, ci consentirà di verificare come i costi delle terapie, pur incidendo in misura significativa, se inquadrati nell'ottica di un uso appropriato e di una razionalizzazione dei modelli gestionali diventano una vera e propria risorsa a disposizione dell'oncologo medico e della struttura e non semplicemente una voce di spesa.

Carmelo Iacono
Coordinatore AIOM dei progetti
“Modelli gestionali in oncologia”
e “Libro Bianco”

Modelli gestionali e ricerca clinica: un'alleanza possibile

L'attuale situazione della sanità è caratterizzata in modo particolare dalle limitate risorse pubbliche: la soluzione – in termini di conoscenze e investimento per assicurare risultati concreti e direttamente trasferibili al paziente – va ricercata nell'ottimizzazione dell'esistente e soprattutto in modelli di “best practice”, già sperimentati in alcune realtà e da adottare anche in altri contesti. Vanno inoltre promosse modalità alternative di finanziamento, promozione e partecipazione, oltre che uno sforzo straordinario da parte della comunità scientifica italiana.

Per la ricerca di base e clinica in senso stretto esistono già istituzioni rappresentative (Ircs, Università, industria). Manca invece in Italia un osservatorio permanente – la cui importanza è stata appropriatamente qui sottolineata da Emilio Bajetta – oltre ad un'organizzazione che si occupi della ricerca traslazionale, delle esigenze dei pazienti e delle problematiche concrete che si riscontrano quotidianamente nelle corsie dei dipartimenti oncologici. Solo ottimizzando questi processi – come scriveva con chiarezza nel precedente volume Carmelo Iacono, che dirige sia il presente progetto dei Modelli Gestionali che quello del Libro Bianco e che qui di seguito commenta i risultati del primo step della seconda fase sulle aziende ospedaliere – saremo davvero in grado di porre i cittadini/pazienti al centro del processo assistenziale oncologico, portando risultati concreti e benefici tangibili nel più breve tempo possibile. Ciò in attesa di tempi migliori, di stanziamenti per l'assistenza, la cura e la ricerca pubblica più generosi e, ovviamente, dei risultati della farmacogenomica e di tutti gli studi più avanzati di biologia molecolare oggi in corso sui quali tutti nutriamo le più elevate aspettative.

La Fondazione AIOM, che dirigo nel biennio 2006–2007, caratterizzata dall'obiettivo di attuare rapidamente misure idonee di collegamento e sinergia con altre strutture di ricerca e di assistenza sanitaria, pubbliche e private, con le Università, istituti di riabilitazione, società scientifiche e associazioni di pazienti, nasce proprio a fianco dei malati oncologici ma prima di tutto vuole formare una moderna cultura della prevenzione e assicurare tempestivamente – oggi e non in futuro – la migliore qualità dell'assistenza oncologica a tutti i cittadini, in qualunque zona del Paese risiedano. Per questo promuoviamo con entusiasmo il progetto “Modelli

Gestionali”, perché pensiamo vada nella direzione giusta, quella della conoscenza che sempre precede le migliori e più oculate scelte organizzative e manageriali. Non dimenticando l’obiettivo comune: dare risposte esaurienti oggi, il prima possibile, a tutti i pazienti.

Roberto Labianca
Presidente Fondazione AIOM

Organizzazione e opportunità di cura: Roche a fianco delle Istituzioni

In una fase di complessa evoluzione del quadro dell'organizzazione sanitaria e della domanda di salute non solo in Italia, uno dei più pressanti imperativi che gli attori dei sistemi sanitari si pongono è “ottimizzare l'esistente” per consentire un utilizzo delle limitate risorse più in linea con i cambiamenti in atto.

L'obiettivo finale, indicato dal ministro della Salute Livia Turco nel programma di Governo, noto come New Deal della Salute è impegnativo da raggiungere ma pienamente condiviso: ridefinire modi e forme del sistema perché sia finalmente orientato verso i bisogni e le esigenze dei cittadini.

Per raggiungere questo obiettivo anche in ambito oncologico dove le carenze e le disuguaglianze rimangono un'area di forte criticità, ad un corretto utilizzo delle risorse esistenti occorre coniugare l'uso e la diffusione di modelli assistenziali omogenei e facilitare l'uso “intelligente” delle più innovative opportunità diagnostiche e terapeutiche.

Il sostegno di Roche al progetto “Modelli Gestionali in Oncologia”, giunto ora alla sua seconda fase, nasce dalla volontà di cooperare con tutti gli attori del sistema, operatori sanitari e Istituzioni, per identificare percorsi terapeutico-assistenziali di eccellenza e facilitarne la condivisione e la piena realizzazione su tutto il territorio nazionale.

L'auspicio è quello di poter contribuire a semplificare l'analisi dello scenario esistente per trovare soluzioni più adeguate e in questo senso attendiamo ora, dopo i risultati su prevenzione e diagnosi precoce qui pubblicati, quelli di prossima uscita su terapia e palliazione.

In Italia, come evidenziato chiaramente dal prezioso lavoro di AIOM, oggi esiste una realtà frastagliata di interventi, con punte di elevatissima qualità, in tutti i passaggi in cui dovrebbe articolarsi una corretta attività di prevenzione primaria e secondaria e di diagnosi e terapia.

Lavorare per ridurre le disuguaglianze e far crescere in modo unitario l'offerta di salute in ambito oncologico del nostro Paese, assicurando diagnosi certe, interventi chirurgici in tempi brevi, garanzie nell'accesso alla radioterapia e alle terapie innovative, l'assistenza domiciliare oltre al supporto ai malati terminali, è sicuramente un obiettivo irrinunciabile nella lotta ai tumori, fatto proprio anche dal programma di Governo.

Roche, azienda leader nell'ambito delle biotecnologie e in particolare in campo onco-ematologico dove è presente con farmaci innovativi che allungano la sopravvivenza e in molti casi consentono la piena remissione della malattia, considera un suo preciso dovere lavorare in questa direzione, al fianco delle Istituzioni per analizzare, conoscere e quindi fornire risposte concrete ai bisogni essenziali e spesso dolorosi dei cittadini/pazienti.

Un augurio di buon lavoro quindi a tutti coloro che sono impegnati in questa difficile sfida verso l'umanizzazione dell'assistenza con la consapevolezza che la migliore garanzia di successo sarà la piena armonia e collaborazione tra tutti i partner pubblici e privati che saranno coinvolti.

Maurizio De Cicco
Amministratore Delegato Roche

L'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM)

Fondata a Milano il 7 novembre 1973 con l'ambizioso obiettivo di riunire tutti i cultori dell'Oncologia Medica, l'Associazione conta oggi più di 1.900 iscritti.

Le principali finalità dell'AIOM sono:

- promuovere il progresso in campo clinico, sperimentale e socio-assistenziale
- favorire i rapporti tra oncologi medici, medici di medicina generale e specialisti di altre discipline
- stabilire relazioni scientifiche con analoghe Associazioni, sia in Italia che all'estero
- collaborare con le Istituzioni sanitarie estere, nazionali, regionali e locali
- contribuire alla formazione tecnico-professionale e manageriale di oncologi medici e operatori sanitari impegnati in campo oncologico
- promuovere la strutturazione di centri oncologici accreditati intra ed extra-ospedalieri per l'assistenza ai pazienti colpiti da tumore
- promuovere la ricerca sperimentale e clinica, la prevenzione primaria e quella secondaria (screening e diagnosi precoce e tempestiva), la qualità delle cure oncologiche, la continuità terapeutica del paziente mediante linee guida per la terapia medica antitumorale, l'interdisciplinarietà, la riabilitazione, le terapie palliative, le cure domiciliari
- partecipare a progetti e studi clinici su particolari neoplasie.

STRUTTURA

L'AIOM ha sede a Milano ed è amministrata da un Consiglio Direttivo costituito da 12 membri: presidente, presidente eletto, segretario, tesoriere e otto consiglieri. Del Consiglio, che si rinnova ogni due anni, fanno parte due revisori dei conti.

Dal 1981, al fine di promuovere ulteriormente gli obiettivi dell'Associazione, sono state istituite 19 Sezioni regionali. Il Consiglio regionale, costituito da un coordinatore, un segretario, un tesoriere e un numero di consiglieri pari al numero delle province presenti nella Regione, è responsabile della gestione locale, promuove iniziative di aggiornamento

professionale e riunioni scientifiche a livello regionale o interregionale.

Riunioni congiunte fra il Consiglio Direttivo nazionale e i Coordinatori e Segretari regionali si tengono due o tre volte all'anno per operare un confronto attivo e promuovere iniziative inerenti problematiche locali.

WORKING GROUP

Il Consiglio Direttivo ha attivato, come nel passato, numerosi Gruppi di Lavoro sulle seguenti tematiche:

- Sviluppo di modelli organizzativi in oncologia. Comitati Etici ed evoluzione del consenso informato. Umanizzazione
(coordinatore V. Zagonel)
- Linee guida e loro implementazione nella pratica clinica
(coordinatore E. Maiello)
- Ricerca clinica indipendente
(coordinatore F. Roila)
- Rapporti con Società scientifiche e strategie integrate. Rapporti con i medici di medicina generale
(coordinatore O. Bertetto)
- Giovani oncologi
(coordinatore M. Garassino)
- ECM. Congressi
(coordinatore F. de Marinis)
- Stato dell'oncologia in Italia. Qualità in oncologia
(coordinatore C. Iacono)
- Rapporti con sezioni regionali, Associazioni dei pazienti, Associazioni di volontariato
(coordinatore E. Aitini)
- Telematica
(coordinatore M. Venturini)
- Revisione statuto e regolamento. Modelli organizzativi AIOM
(coordinatore C. Gridelli)
- Assegni di studi e premi
(coordinatore S. Cascinu)
- Formazione pre/post laurea
(coordinatore F. Boccardo)

INTESE E COLLABORAZIONI

Dal 1982 l'Associazione è membro dell'Unione Internazionale Contro il Cancro (UICC) e dal 1986 della Federazione delle Società Medico-Scientifiche Italiane (FISM).

Tra i suoi obiettivi, l'AIOM si prefigge di intensificare i rapporti di col-

laborazione con altre società scientifiche nazionali ed internazionali (ESMO, ASCO), con la Lega Nazionale per la Lotta contro i Tumori, l'Associazione Italiana Ricerca sul Cancro e le Associazioni dei pazienti.

DIDATTICA, CONGRESSI, FORMAZIONE

L'AIOM bandisce assegni di studio per giovani oncologi: i beneficiari usufruiscono di soggiorni di studio in Italia o all'estero presso qualificati Istituti scientifici o sedi universitarie.

L'Associazione promuove numerose iniziative scientifiche a carattere nazionale quali congressi, conferenze, corsi di aggiornamento e corsi didattici che vedono la partecipazione di relatori italiani e internazionali. Inoltre organizza eventi a carattere regionale ed interregionale. Per le maggiori manifestazioni scientifiche è prodotto il volume degli Atti. Da alcuni anni i lavori pervenuti dagli associati sono pubblicati sulla rivista scientifica "Annals of Oncology".

L'AIOM è stata tra le prime società scientifiche a promuovere incontri e corsi finalizzati all'aggiornamento del personale infermieristico.

EDUCAZIONE, COMUNICAZIONE, EDITORIA

Tra gli scopi principali dell'AIOM vi è quello di incentivare le campagne di educazione alla prevenzione e d'informazione oncologica rivolte alla popolazione.

L'AIOM ha un ufficio stampa (Intermedia) che si occupa dei rapporti con i media organizzando conferenze stampa in occasione dei principali eventi congressuali. Per l'Associazione, Intermedia pubblica le riviste "AIOM Notizie", inviata a tutti gli associati, e "Focus On Oncologia", distribuita nei centri oncologici italiani.

La diffusione delle riviste è ampia: sono inviate anche ai rappresentanti istituzionali, agli amministratori locali e agli organi di stampa. Intermedia realizza e cura anche la diffusione della newsletter elettronica settimanale contenente le principali notizie oncologiche: duemila gli iscritti tra medici e specialisti, pazienti e cittadini. Alla newsletter ci si può iscrivere direttamente dal sito dell'Associazione, all'indirizzo www.aiom.it.

Organo ufficiale dell'AIOM è la rivista "Tumori", in lingua inglese, inviata gratuitamente a tutti gli associati.

L'AIOM cura inoltre la realizzazione di volumi a carattere educazionale, manuali e guide pratiche per l'assistenza al paziente neoplastico. Nel 1998 ha pubblicato "L'Oncologo Medico Italiano" (edizioni Hippocrates) e nel 1999 "Compiti e responsabilità nell'attuale realtà sanitaria" (edizioni Intermedia).

Nel 2002 è stata pubblicata la prima edizione del "Libro Bianco" delle strutture oncologiche nel nostro Paese che è un utile strumento dal quale trarre informazioni aggiornate sulla realtà italiana in campo oncologi-

co. Nel 2003 è stato pubblicato il volume “Il fenomeno cancro, 30 anni di oncologia raccontati dall’Ansa” e nel 2004 la seconda edizione del “Libro bianco” nazionale e la prima edizione contenente i dati regionali.

Nel 2005 è iniziata la pubblicazione dei volumi del progetto “Modelli Gestionali in Oncologia”. È stata curata inoltre l’edizione di un volume, “Organizzazione strutturale e funzionale dipartimentale”, è stato realizzato un fascicolo sul “Ruolo dell’Oncologia Medica in Italia” e varie pubblicazioni rivolte al paziente oncologico.

LE LINEE GUIDA

Dal 2002, avvalendosi della competenza e collaborazione di vari esperti, sono state redatte le “Linee guida AIOM” (visionabili sul sito dell’Associazione e aggiornate ogni anno) su tematiche epidemiologiche e sulla pratica clinica.

Ecco i titoli:

- L’utilizzo dei fattori di crescita ematopoietici
- Le neoplasie cerebrali
- I tumori nell’anziano
- I tumori epiteliali dell’ovaio
- Il carcinoma della prostata
- La terapia antiemetica
- Neoplasie del colon-retto
- Neoplasie toraco-polmonari
- Neoplasie della mammella
- Tromboembolismo venoso nei pazienti con tumori solidi.

Sono inoltre in fase di realizzazione Linee Guida anche sui seguenti temi:

- Tumore dell’esofago
- Cachessia neoplastica
- Tumori dello stomaco
- Tumori del pancreas

AIOM SERVIZI

Nel 2005 è stata costituita AIOM Servizi allo scopo di gestire la parte organizzativa congressuale e tutta l’area dei servizi agli associati e all’AIOM Società scientifica.

FONDAZIONE AIOM

Istituita nel 2005, la Fondazione è costituita da un Presidente e dal Consiglio di Fondazione di cui fanno parte i Past President AIOM e il Pre-

sidente in carica dell'Associazione. Ha come principale finalità il trasferimento e la promozione delle conoscenze più avanzate frutto della ricerca, alle persone oggi colpite da tumore.

IL NUMERO VERDE AIOM

Nel 2003 è stato istituito il numero verde 800.237.303, un “filo diretto” tra oncologi e cittadini al quale pazienti e familiari di malati affetti da neoplasia possono rivolgersi (dal lunedì al venerdì dalle 13 alle 17) per avere informazioni su centri di oncologia, nominativi dei responsabili oppure semplicemente per raccontare il proprio percorso nella malattia.

CERTIFICAZIONE DI QUALITÀ

L'AIOM è una delle prime società scientifiche ad aver ottenuto nel 2000 la certificazione ISO 9001 e nell'ottobre del 2003 ha aggiornato il proprio sistema di qualità ai requisiti della norma UNI EN ISO 9001:2000 (vision 2000).

Note editoriali al secondo volume di “Modelli gestionali”

Nella prima edizione dedicata alle Aziende Sanitarie Locali i vari contesti relativi alle fasi del processo assistenziale oncologico sono stati presentati a volte assieme ai dati. In questa seconda edizione, invece, si è preferito dar conto del ‘panorama’ in cui l’indagine si muove, in un unico ‘corpus’ iniziale, raggruppando di seguito, con maggiore omogeneità, l’analisi e l’esposizione analitica dei risultati rappresentati mediante grafici e tabelle. Due sole eccezioni: il capitolo di confronto tra i dati sulla copertura degli screening, difficilmente estraibili dal contesto di presentazione dei risultati di copertura, e quello di apertura sulla diagnosi precoce (approfondito grazie all’ausilio della documentazione del Programma Nazionale per le Linee Guida, PNLG), in quanto fase non specificamente analizzata nella prima edizione e indagine sulle Asl.

Sempre rispetto alla prima edizione, non è stata riproposta la sezione relativa alle più recenti riforme costituzionali che hanno determinato profondi cambiamenti nell’organizzazione sanitaria (essenzialmente perché nessuna rilevante novità costituzionale e/o organizzativa del sistema sanitario è stata introdotta nel corso dell’ultimo anno), mentre si è invece mantenuto – spostandolo in appendice – il richiamo ai processi d’invecchiamento della popolazione (aggiornato con gli ultimi dati disponibili) e alla cronicizzazione delle patologie neoplastiche, temi costantemente all’ordine del giorno e che obbligano ad un confronto continuo chi si occupa di sanità.

Per maggior chiarezza, sempre in appendice, viene anche riportato integralmente il questionario utilizzato per la raccolta dei dati, messo a punto sia sulla base dell’impostazione relativa alla prima fase dell’indagine (integrata e rafforzata per ottenere il massimo risultato in termini di chiarezza), che mediante apposite nuove domande strutturate per indagare le fasi di prevenzione primaria, secondaria e soprattutto di diagnosi ‘precoce’ post-screening, ‘delicata’ fase intermedia nell’ambito della quale le Aziende Ospedaliere rivestono un ruolo chiave.

Il progetto “Modelli gestionali in oncologia”

Il progetto nazionale “Modelli gestionali in oncologia”, promosso e curato dall’Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) e realizzato con il supporto educativo di Roche e la consulenza tecnica di Intermedia, mira ad analizzare la strutturazione dei servizi sanitari oncologici ai cittadini forniti da Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Istituzioni, Enti, Organizzazioni e Centri per la prevenzione.

L’obiettivo è fornire dati e strumenti conoscitivi a quanti – politici, amministratori e tecnici – sono chiamati ad affrontare la sfida rappresentata dal continuo aumento della domanda di salute e di cura, dalla congiuntura sia economica che demografica e dall’andamento cronicizzante della patologia neoplastica.

Il fine è evidenziare modalità, best practice e aree di miglioramento nella gestione e nell’organizzazione, per supportare i decisori sanitari nella programmazione di interventi mirati ed efficaci e nell’ottimizzazione di ogni step del processo e/o di singole attività di assistenza sanitaria oncologica ai cittadini colpiti da tumore e alle loro famiglie.

Gli obiettivi fondamentali del progetto sono:

- individuare le *best practice* organizzative di prevenzione e diagnosi precoce oncologica in Italia
- identificare i percorsi che portano i casi diagnosticati alla terapia
- identificare *step* d’intervento dove agire per apportare miglioramenti.

FASI E STEP DEL PROGETTO

Il progetto si articola su due fasi: nella prima – già conclusa – è stata analizzata l’offerta di servizi sanitari oncologici delle Aziende Sanitarie Locali, nella seconda, divisa a sua volta in due tranche o step, si passa ad analizzare la stessa offerta a cura di Aziende Ospedaliere, Dipartimenti/Divisioni di Oncologia, Irccs, Centri di Prevenzione Oncologica e, collateralmente, del contributo organizzativo e gestionale a cura di altri Enti, Istituzioni e Organizzazioni, anche non sanitarie.

Fase 1. Le Aziende sanitarie locali

Il progetto è stato inizialmente focalizzato sulle Aziende sanitarie locali quali Istituzioni che svolgono un ruolo di regia e coordinamento dell’intero ciclo diagnostico-terapeutico, analizzato nelle attività sopra ripor-

tate. È stato selezionato un campione di 16 Asl distribuite su tutto il territorio nazionale rappresentative delle varianti demografiche e delle caratteristiche dell'offerta sanitaria: più di 7 milioni (7.214.619) di assistiti residenti, il 12,5% della popolazione italiana.

Fase 2. Aziende sanitarie ospedaliere e territoriali

Nella seconda fase – realizzata dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) con il patrocinio della Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere (FIASO) e sempre con il supporto di Roche – il progetto si estende, essenzialmente, ad Aziende Ospedaliere e Dipartimenti/Divisioni di Oncologia: il primo step si è concluso e ha riguardato le prime 3 attività del ciclo assistenziale oncologico.

FASE II, STEP I

ATTIVITÀ ANALIZZATE

- Prevenzione primaria
 - Prevenzione secondaria (screening)
 - Diagnosi precoce (integrazione tra prevenzione secondaria, circuito dello screening e diagnosi)
-

L'ulteriore continuazione del progetto prevede l'ampliamento della fase II a diagnosi 'tout court' (non solo diagnosi provenienti dal circuito dello screening, oggetto del primo step della seconda fase), terapia, riabilitazione, palliazione e supporto.

FASE II, STEP II

ATTIVITÀ DA ANALIZZARE

- Diagnosi 'tout court'
 - Terapia
 - Riabilitazione, palliazione e supporto
-

FASE II, STEP I

Prevenzione primaria, screening e diagnosi precoce nelle aziende sanitarie, territoriali e ospedaliere

Il progetto si è proposto di individuare le modalità gestionali con le quali le aziende sanitarie (territoriali ed ospedaliere) tramite i Dipartimenti e Divisioni di Oncologia medica pianificano, progettano e amministrano da sole o in collaborazione-integrazione con altre Istituzioni sanitarie il ciclo della prevenzione oncologica, intesa come informazione sui fattori di rischio, screening e diagnosi 'precoce'.

I provvedimenti

GLI ULTIMI PIANI NAZIONALI: IL PIANO SANITARIO NAZIONALE 2006-2008 E IL PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2005 - 2007

Il Piano sanitario nazionale 2006-2008 (cap. 5.2) sottolinea come “la

lotta ai tumori si realizzi in primo luogo attraverso interventi finalizzati alla prevenzione sia primaria che secondaria". Si accenna ad importanti iniziative realizzate negli ultimi anni nella prevenzione primaria (lotta al fumo e prevenzione nell'ambiente di vita e di lavoro) e al finanziamento degli screening oncologici per la prevenzione del tumore del collo dell'utero, della mammella e del coloretto, e all'attuazione del Piano Nazionale di prevenzione 2005-2007, "*del quale gli screening oncologici costituiscono una linea operativa*".

Ecco di seguito, in sintesi, la 'ricetta' riportata dal Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 per aumentare l'efficacia degli interventi in ambito dell'assistenza oncologica.

Per gli estensori dell'ultimo Piano Sanitario Nazionale, le azioni da completare nel campo della prevenzione dei tumori sono essenzialmente:

- *interventi di informazione e di educazione sulla lotta ai principali agenti causali e sui comportamenti positivi per ridurre il rischio;*
- *informazione e comunicazione sulla validità della diagnosi precoce, integrando nelle attività dei medici di medicina generale attività utili alla riduzione di alcuni tumori (ad es. melanomi);*
- *attivazione programmi intersettoriali di riduzione del rischio ambientale.*

Per quanto attiene alla diagnosi precoce è necessario ottenere nell'esecuzione degli screening una copertura quanto più totale della "popolazione bersaglio", superando le differenze nell'accesso legate ai determinanti sociali anche tramite il sistema della chiamata diretta.

Devono essere superati gli squilibri territoriali nell'offerta degli screening efficaci, ...

... Vanno garantiti i controlli di qualità su tutte le fasi del processo diagnostico e sulla dotazione tecnologica (obsolescenza tecnologica) al fine di evitare falsi negativi. È necessario inoltre garantire alle persone risultate positive al test di screening l'attuazione di percorsi assistenziali in tempi consoni alla gravità della sospetta diagnosi. A tale proposito nella gestione delle liste di attesa è necessario che si tenga conto della sospetta diagnosi di neoplasia per l'attivazione di percorsi differenziati".

Il ruolo delle Regioni

Come riportato nel documento di presentazione, il Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007, coordinato dal Centro nazionale per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM), nasce dall'esigenza di fronteggiare "*la crescente incidenza delle patologie croniche e delle loro complicanze, in larga misura prevenibili, tenendo conto anche del peso finanziario di queste patologie a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Gli interventi di prevenzione primaria e secondaria e gli interventi di educazione e promozione della salute sono effettuati in Italia con modalità diverse da regione a regione. Si è reso, pertanto, necessario stabilire un coordinamento per conseguire obiettivi di salute uni-*

formi in tutto il Paese, in modo che tutti i cittadini possano accedere ai servizi di diagnosi precoce e prevenzione”.

In particolare sono stati istituiti tre gruppi di lavoro, uno per ciascuno screening, per il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- correzione degli squilibri territoriali
- attivazione dello screening del colon retto
- consolidamento dei programmi esistenti.

Inoltre, ai fini del monitoraggio dei programmi di screening è stata stipulata una convenzione tra il Ministero della salute e l'Osservatorio Nazionale Screening, network di centri regionali che fa capo al Coordinamento degli Assessori alla Sanità delle Regioni. Si è chiarito ancora che le Regioni possono presentare i progetti per la realizzazione degli interventi previsti dal Piano screening nazionale, tenendo conto della guida alla predisposizione dei progetti regionali.

Il coordinamento tra le strutture sanitarie: base per le best practice

L'obiettivo principale degli screening è evidenziare la malattia tumorale nella fase più precoce possibile, in modo da intervenire nel modo più tempestivo, adottando gli interventi terapeutici più efficaci. Raggiungere tale obiettivo richiede una struttura organizzativa in grado di collegare le diverse professionalità e le varie strutture ed attrezzature presenti sul territorio. In altre parole è necessario favorire l'interazione di tutti gli ambiti operativi che, nella peculiarità delle competenze, intervengono nelle diverse fasi del programma di screening e del successivo step di diagnosi, siano queste di primo o di secondo livello (sospetti, accertamenti e diagnosi definitive).

L'essenziale è che la diagnosi sia più precoce possibile, ottenuta, come sottolineato prima nel Piano Sanitario Nazionale, mediante percorsi differenziati e preferenziali.

Il modello organizzativo generale ricercato quale best practice – già tratteggiato nell'indagine precedente condotta sulle Aziende Sanitarie Locali – è certamente la forte integrazione in particolare tra Aziende Asl e Aziende Ospedaliere, massimi attori e 'gestori' da un lato della prevenzione e dall'altro della diagnosi (e cura). Tale integrazione risponde al criterio di continuità tra prevenzione, diagnosi e trattamento, garantendo così maggior impulso alla realizzazione dei programmi di screening, sostanziale coordinamento dei percorsi di diagnosi di I° livello e di approfondimento diagnostico, migliore integrazione ed omogeneità degli interventi terapeutici anche in funzione della continuità assistenziale. Mettendo al centro del percorso il paziente neoplastico, e anche i suoi familiari, fino alla più delicata fase di palliazione.

Il rapido accesso alla diagnosi

Come già visto, il Piano Sanitario Nazionale 2006–2008 mette l'accento sulla necessità di attivare in ogni parte d'Italia corsie preferenziali per i malati di tumore quale strumento essenziale di prevenzione e cura. Per quanto riguarda le linee guida per gli operatori in tema di rapido accesso alla diagnosi per il paziente con sospetta patologia oncologica, è il Programma Nazionale per le Linee Guida (PNLG) a fornire utili indicazioni e strumenti informativi, mirati a:

- a.** linee guida cliniche e organizzative, per indicare le modalità assistenziali per specifiche categorie di pazienti, identificate sulla base di una interpretazione multidisciplinare delle informazioni scientifiche disponibili;
- b.** documenti di indirizzo all'implementazione, che a partire da consolidate raccomandazioni di comportamento clinico, forniranno elementi per la loro applicazione nella pratica;
- c.** documenti di indirizzo alla valutazione dei servizi, che indicheranno problemi e aspetti assistenziali sui quali invitare i servizi a promuovere specifiche iniziative di audit clinico, indicando gli obiettivi da perseguire e i possibili strumenti.

NB: Altre specifiche relative a questa fase 'intermedia' del processo assistenziale oncologico si trovano in apertura del capitolo che riporta i dati della presente ricerca sulla diagnosi precoce.

AMBITI DELL'INDAGINE AIOM

Come nella precedente analisi sulle Aziende Sanitarie Locali, per entrambe le fasi di prevenzione e per la diagnosi precoce vengono analizzati tre ambiti:

LA PIANIFICAZIONE

Politiche sanitarie, input nazionali e regionali, pianificazione, monitoraggio e controllo, ecc...

LE CARATTERISTICHE DELL'OFFERTA

Strutture di erogazione, Enti erogatori, attività, ecc...

L'INTEGRAZIONE

Coordinamento tra gli Attori coinvolti, sanitari e non, integrazioni con le precedenti e successive fasi del processo clinico, ecc...

MODELLO DI ANALISI E RILEVAZIONE DATI

I dati vengono rilevati attraverso:

- 1.** *L'invio di questionari ai principali referenti aziendali, di Divisione o Dipartimento.* I questionari vengono indirizzati alle Aziende sanitarie (ospedaliere e territoriali) (Direzione Sanitaria e Generale) e da queste gerarchicamente alle strutture Dipartimenti e Divisioni di oncologia, Irccs e/o Centri di Prevenzione Oncologica, ...

2. *Una serie di interviste strutturate*

Le interviste sono dirette a:

- Direttore Generale dell'Azienda
- Direttore Sanitario dell'Azienda
- Direttori dei Dipartimenti e/o delle Divisioni di Oncologia medica
- Eventuali Direttori di Dipartimenti di Prevenzione e/o di Programmazione
- Altri responsabili sanitari, organizzativi e referenti segnalati dalla Azienda o da Divisione/Dipartimento, Struttura, ...

NB: La responsabilità della completezza e veridicità dei dati rimangono esclusivamente a carico delle Istituzioni consultate. L'indagine non ha finalità di formazione di una graduatoria o classifica delle strutture.

LE AZIENDE SANITARIE TERRITORIALI ANALIZZATE

La seconda fase del progetto ha coinvolto un campione di 20 aziende sanitarie territoriali e ospedaliere, compresi alcuni Irccs e Centri di Prevenzione Oncologica, distribuiti su tutto il territorio nazionale, con caratteristiche dimensionali diverse, sia in termini demografici che di strutturazione dell'offerta.

Nella descrizione dei risultati percentuali che segue, per sintesi, si utilizza il termine Aziende(a) Ospedaliere(a) individuato dall'acronimo AO, che comprende in esso la stragrande maggioranza delle organizzazioni facenti parte del campione ed oggetto dell'indagine.

Nell'ottica propria dell'"Osservatorio" AIOM, si è inteso inoltre dar conto della disponibilità di tutti gli strumenti a disposizione delle Aziende Ospedaliere a livello di singolo territorio, anche quando tali strumenti (o le relative attività) sono gestiti o sono di competenza prevalente di altre Istituzioni, così come accade frequentemente nelle due fasi di prevenzione indagate.

Anche in base a tale criterio si è pertanto proceduto alla selezione delle AO, in modo territorialmente integrato con quanto verificato con la prima indagine sulle Aziende Sanitarie Locali.



- 1 **ANCONA** Azienda Ospedaliera Ospedale Umberto I
- 2 **AVELLINO** Azienda Ospedaliera Moscati
- 3 **BERGAMO** Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti
- 4 **BRESCIA** Azienda Ospedaliera Spedali Civili
- 5 **FIRENZE*** Centro per lo studio e la Prevenzione Oncologica (CSPO)*
- 6 **FOGGIA** Casa Sollievo della Sofferenza di San Giovanni Rotondo (FG)
- 7 **FROSINONE** Polo Ospedaliero di Anagni (FR)
- 8 **GENOVA** Istituto Scientifico Studio Cura Tumori
- 9 **MANTOVA** Azienda Ospedaliera Osp. Carlo Poma
- 10 **MILANO** Istituto Nazionale Cura Tumori
- 11 **MILANO** Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda
- 12 **MODENA** Azienda Ospedaliera di Modena
- 13 **PERUGIA** Azienda Ospedaliera di Perugia
- 14 **POTENZA** Azienda Ospedaliera S. Carlo
- 15 **RAGUSA** Azienda Ospedaliera Civile M.P. Arezzo
- 16 **REGGIO EMILIA** Arcispedale Santa Maria Nuova
- 17 **ROMA** Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini
- 18 **ROMA** Istituto Regina Elena
- 19 **TORINO** Azienda Sanitaria Ospedale Molinette
- 20 **TRENTO** Ospedale S. Chiara

* In Toscana screening e prevenzione oncologica sono di pertinenza dell'Istituto a carattere scientifico CSPO (Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, Firenze, viale Amendola, 28) – Nota dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, D.A.I. Oncologia, Sod complessa di Oncologia medica, Direttore: Francesco Di Costanzo. A Firenze l'attività di screening è affidata in convenzione dall'Asl al CSPO che svolge tutte le fasi operative dall'invito agli approfondimenti diagnostici e indirizzando i casi positivi alle strutture terapeutiche territoriali e del policlinico lasciando libera scelta al paziente, a meno che il paziente chieda un intervento da parte del CSPO stesso – Nota del CSPO.

I risultati

1. Prevenzione primaria

La fase di prevenzione primaria, a livello locale, è di preminente competenza delle Aziende Sanitarie Locali e/o degli enti territoriali come le Regioni. Nella presente ricerca sulle Aziende Ospedaliere (AO) si sono ad ogni modo intese indagare eventuali sinergie, singole attività e know how degli strumenti disponibili sul territorio, mediante o in combinazione con i quali le Aziende partecipano all'organizzazione e alla gestione dell'offerta di campagne informative sulle tematiche della prevenzione primaria e in particolare dei fattori di rischio, nell'ambito del territorio di competenza.

Ciò anche in relazione con le fasi successive e per evidenziare quindi eventuali best practice di coordinamento e la condivisione delle informazioni, fattori che determinano la migliore qualità dell'intero percorso diagnostico-assistenziale oncologico.

I dati qui riportati indicano dunque la partecipazione (effettiva o in termini di condivisione e accessibilità alle informazioni) delle AO a tali campagne. All'opposto, la percentuale (elevata) di non-risposta delle AO va intesa come non-partecipazione alla prevenzione primaria.

LA PIANIFICAZIONE

Attività necessaria per valutare la coerenza tra l'offerta di campagne informative rispetto alla domanda o alla necessità della popolazione. Tali necessità sono individuate a livello nazionale e trasferite alle realtà locali che recepiscono ed eventualmente integrano i programmi di prevenzione primaria.

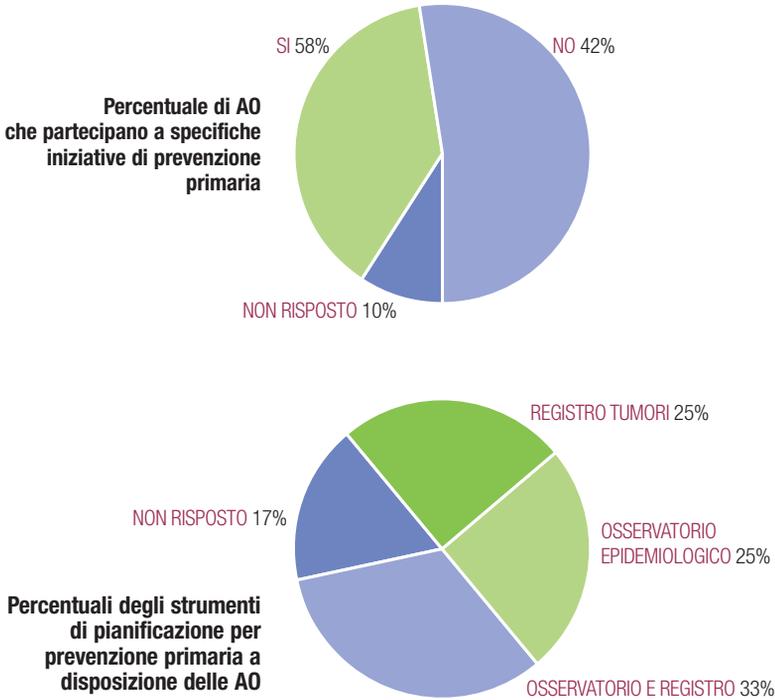
L'attività di pianificazione delle campagne di prevenzione primaria avviene principalmente a livello nazionale e regionale con la definizione dei fattori di rischio che devono essere coperti. Nel quadro della pianificazione centrale e regionale, ogni Azienda Ospedaliera può intervenire programmando specifiche iniziative in relazione alle esigenze epidemiologiche del proprio territorio, anche se tale attività è di preminente competenza delle Aziende Sanitarie Locali.

ANALISI DOMANDA-OFFERTA

Il 58% delle Aziende Ospedaliere dichiara di programmare o di partecipare in qualche modo ad iniziative nell'ambito della prevenzione primaria in relazione a specifiche caratteristiche ed esigenze epidemiologiche del territorio, utilizzando strumenti di pianificazione. La programmazione generale di tale offerta rimane attività di competenza tipica a livello regionale o di Istituzioni centrali come Ministero della Salute, Iss, Cnr.

Nei casi in cui le AO utilizzano strumenti di pianificazione, ciò gene-

ralmente serve a ‘declinare’ a livello locale (o a contribuire a farlo in collaborazione con altre Istituzioni) la programmazione delle iniziative pianificate a livello nazionale.



PRESENZA DI STRUMENTI PER LA PIANIFICAZIONE

Nel 25% dei casi le AO possono disporre di un osservatorio epidemiologico attivo anche per la pianificazione strategica delle campagne di prevenzione primaria.

Nel 25% dei casi le AO possono disporre di un registro tumori che costituisce una fonte certa e particolareggiata di dati importanti per qualunque intervento di prevenzione-diagnosi-terapia, ecc... in campo oncologico.

Nel 33% dei casi le AO possono disporre di entrambi gli strumenti, sia dell'osservatorio epidemiologico che del registro tumori.

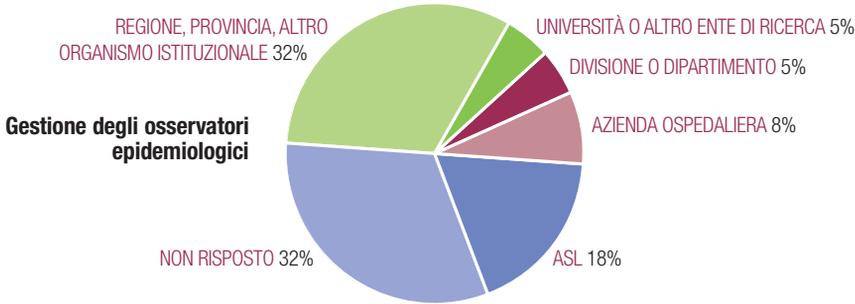
DA CHI SONO GESTITI GLI STRUMENTI DI PIANIFICAZIONE

Gli osservatori epidemiologici

Nel 13% dei casi l'osservatorio è gestito direttamente dalla AO (anche come Divisione o Dipartimento).

Nel 55% dei casi l'osservatorio dell'AO integra la propria attività con quella di un osservatorio gestito da altra Istituzione.

Nel 32% dei casi l'AO non utilizza un osservatorio. In questi casi ottiene i dati epidemiologici relativi al proprio territorio da osservatori gestiti da altre Istituzioni.

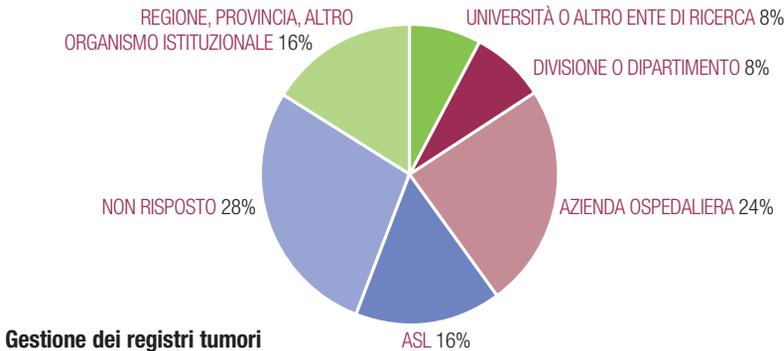


I registri tumori

Nel 32% dei casi il registro è gestito internamente all'AO (anche come Divisione o Dipartimento)

Nel 40% dei casi il registro è gestito da altre Istituzioni, cioè è esterno alle AO.

Nel 28% dei casi l'AO non utilizza un registro tumori.



LE CARATTERISTICHE DELL'OFFERTA

Si sono indagate le caratteristiche dell'offerta delle campagne informative sulla prevenzione primaria, dirette a contrastare i principali fattori di rischio conosciuti per le neoplasie.

Copertura dei fattori di rischio

Nell'ambito del proprio territorio di competenza, tutte le AO censite hanno segnalato iniziative di prevenzione primaria, riconducibili a cam-

pagne sui fattori di rischio conosciuti, promosse dalle Regioni, dal Ministero della Salute, da altri organismi ed enti e relative ai fattori di rischio indicati nel grafico.

Ecco i principali fattori di rischio coperti e le relative percentuali:

- abitudine al fumo: 70%
- alimentazione scorretta e abuso di alcol: 70%
- inattività fisica: 30%
- infezioni: 26%

Percentuale di attivazione delle campagne di prevenzione dei principali fattori di rischio segnalate dal campione di AO

campagne	n° campagne	% campagne
abitudine al fumo	14	70%
alimentazione scorretta e abuso di alcol	14	70%
inattività fisica	6	30%
infezioni	5	26%
HBV	6	30%
HCV	6	30%
HP	2	10%
HPV	5	25%
HIV	5	25%
EBV	2	10%
esposizioni in ambiente di lavoro	8	40%
radon, radiazioni ionizzanti per scopi medici e radiazioni ultraviolette	8	40%
cancerogeni ambientali generici: (<i>pm10, polveri sottili, ozono, fattori endogeni, ormoni, asbesto, polveri fini pm10 e 2,5, ambiente urbano</i>)	5	
cancerogeni ambientali specifici	18	

Per quanto riguarda i *rischi ambientali caratteristici* di ciascun territorio se ne segnalano alcuni non inclusi nella tabella precedente: benzene (30% dei rischi), radiazioni ultraviolette (5% dei rischi), prodotti fitosanitari (25% dei rischi), polveri di legno duro (10% dei rischi).

Percentuale media di copertura del territorio

- abitudine al fumo: 54%
- alimentazione scorretta e abuso di alcol: 51%
- inattività fisica: 50%
- infezioni: 70%

Percentuale media di copertura del territorio delle campagne di prevenzione dei principali fattori di rischio segnalate dal campione di AO

campagne	media
abitudine al fumo	54%
alimentazione scorretta e abuso di alcol	51%
inattività fisica	50%
infezioni:	70%
HBV	80%
HCV	65%
HP	80%
HPV	60%
HIV	80%
EBV	80%
esposizioni in ambiente di lavoro	73%
radon, radiazioni ionizzanti per scopi medici e radiazioni ultraviolette	66%
cancerogeni ambientali	68%

STATO DI ATTIVAZIONE DELLE CAMPAGNE

Campagne sui fattori di rischio sono attualmente attive o in fase di attivazione in tutte le AO. Nel 50% dei casi, tali campagne sono attive sul fumo, nel 60% sull'alimentazione scorretta.

Campagne attive o in fase d'attivazione

campagna	n° campagne	anno medio di attivazione
abitudine al fumo	10	1998
alimentazione scorretta e abuso di alcol	12	2003
inattività fisica	5	2004
infezioni	4	2000
esposizioni in ambiente di lavoro	4	2000
radon, radiazioni ionizzanti per scopi medici e radiazioni ultraviolette	5	2002
cancerogeni ambientali	3	
skin day	1	
fattori genetici e tumori mammella	1	2006
chemioterapia	1	2005
prevenzione carcinoma mammario	1	2004
epic	1	1998
eurochip	1	
eurocarr	1	
haemcare	1	
totale	51	

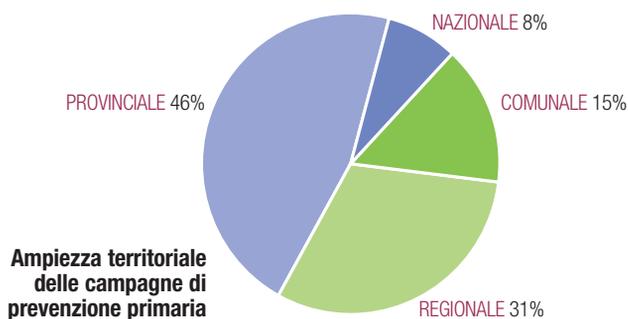
L'analisi per singoli fattori di rischio evidenzia, per le AO che hanno segnalato i dati di campagne di prevenzione primaria attive o attivate, le seguenti annualità medie d'inizio:

- abitudine al fumo: 1998
- alimentazione scorretta e abuso di alcol: 2003
- inattività fisica: 2004
- infezioni: 2000
- esposizioni in ambiente di lavoro: 2000
- radon, radiazioni ionizzanti per scopi medici e radiazioni ultraviolette: 2002

AMPIEZZA DELLE CAMPAGNE

Le campagne segnalate dal campione di AO, dove queste sono state segnalate e sono, o sono state, attive, hanno, o hanno avuto, ampiezza:

- comunale: 15%
- provinciale: 46%
- regionale: 31%
- nazionale: 8%



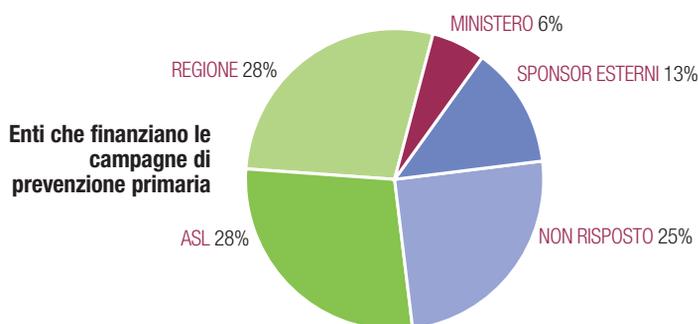
DA CHI SONO PROMOSSE LE CAMPAGNE

Il 27% delle campagne segnalate dal campione di AO, dove queste sono state segnalate e sono (o sono state) attive, viene promosso dalle Asl; il 20% dalle AO. Nel grafico alla pagina precedente si riporta la percentuale anche delle altre organizzazioni che se ne occupano.

I FINANZIAMENTI

Le iniziative di prevenzione primaria segnalate dal campione di AO sono prevalentemente finanziate con fondi di Asl e Regioni.

Per la realizzazione delle campagne si ricorre a finanziamenti da sponsor esterni nel 13% dei territori delle AO, negli altri casi i finanziamenti giungono dalle Istituzioni.



IN COSA CONSISTONO: LE CARATTERISTICHE DELLE CAMPAGNE

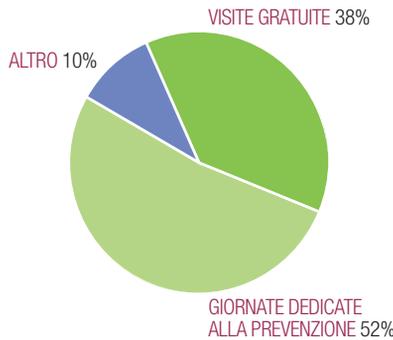
Le campagne di prevenzione primaria, promosse sia a livello locale che a livello regionale e nazionale, segnalate dal campione di AO, sono risultate essere riconducibili a tre principali modalità d'intervento:

- campagne di sensibilizzazione con:
 - pubblicazione di opuscoli e materiale informativo (tutte le AO)

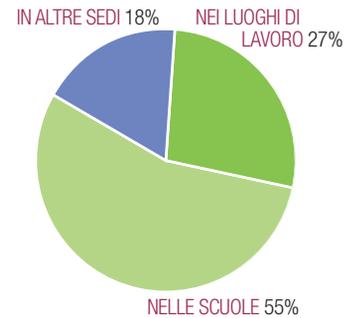
- presenza su canali di comunicazione locali quali giornali, Tv e radio (35% delle AO)
- realizzazione sul proprio sito internet di pagine dedicate alle iniziative di prevenzione (55%)
- acquisto di spazi pubblicitari (35%)
- eventi 'ad hoc' come le giornate dedicate alla prevenzione (60%)
- iniziative formative ed educazionali quali attività nelle scuole o nei luoghi di lavoro (60%).



Principali strumenti utilizzati per le campagne di prevenzione primaria



Organizzazione di eventi 'ad hoc' per le campagne di prevenzione primaria



Iniziative formative ed educazionali per le campagne di prevenzione primaria

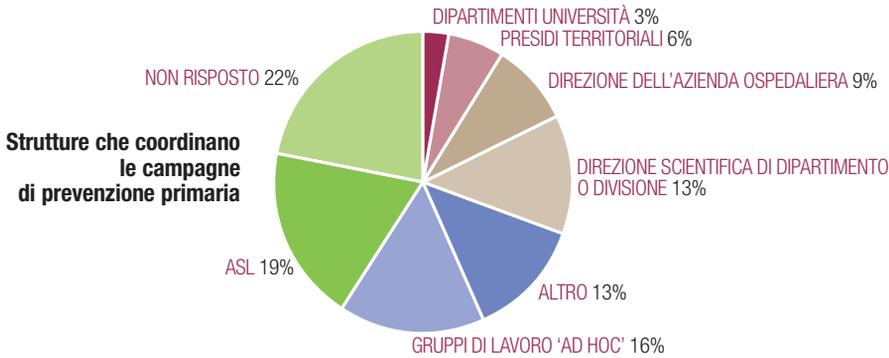
L'INTEGRAZIONE

Sono state indagate le iniziative o le strategie di coordinamento interne o esterne alle AO con Istituzioni, enti, organizzazioni sia in ambito sanitario che non sanitario (ad esempio scuole, associazioni di consumatori, di pazienti e di categoria, ecc...).

Coordinamento

La struttura o l'Istituzione cui compete la gestione o il coordinamento principale delle campagne di prevenzione primaria e/o il coordinamento delle Istituzioni sanitarie coinvolte è principalmente l'Asl. A seconda del fattore di rischio coperto dalla campagna, possono essere inoltre coinvolti il Sert (iniziative contro dipendenza da fumo e alcol) e unità afferenti ad altri Dipartimenti (es. Dipartimento Materno Infantile per campagne rivolte ad un'alimentazione più corretta). In alcune realtà, nella fase di realizzazione delle campagne acquistano un ruolo rilevante, similmente a quanto avviene nelle Asl, anche altri uffici quali l'Unità di Formazione, l'Ufficio marketing o l'URP che supportano la diffusione del messaggio ai destinatari delle iniziative.

Gruppi di lavoro ‘ad hoc’ possono essere previsti per la realizzazione di iniziative a carattere locale.

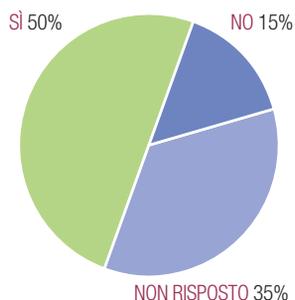


Attività delle campagne in cui sono coinvolti gli oncologi medici

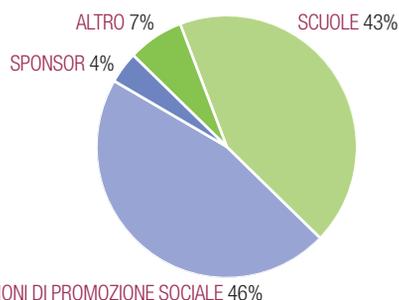
Attività	N° attività
pianificazione	5
progettazione	5
realizzazione, attività prevalenti:	
supporto	
comunicazione del messaggio tramite la partecipazione agli eventi ad hoc organizzati da Asl	
senologia	
attività educazionali	
comunicazione	
informazione, formazione	
divulgazione	5
non risposto	9

Nel 50% delle AO del campione è stato rilevato un coinvolgimento diretto e strutturato dei medici di medicina generale nelle campagne. Il loro coinvolgimento avviene principalmente nelle seguenti attività (in ordine di segnalazione):

- supporto gruppi di lavoro, collaborazione diffusione assistiti
- consegna materiale informativo, organizzazione di giornate di formazione dedicate alla prevenzione alle quali i medici sono stati invitati
- fumo (disassuefazione), alimentazione
- counseling di comunità
- comunicazione
- reclutamento screening
- formazione
- divulgazione
- lezioni, aggiornamenti su melanoma



Coinvolgimento dei medici di medicina generale



Enti e organizzazioni non sanitarie coinvolti nella prevenzione primaria

COINVOLGIMENTO DI AMBITI NON SANITARI

Le associazioni di promozione sociale e le scuole sono partner istituzionale privilegiato delle AO nella realizzazione delle campagne e in particolare di quelle riguardanti le iniziative di prevenzione primaria (46% e 43% rispettivamente). Gli sponsor e i privati, più altri soggetti, contribuiscono nell'11% dei casi.

Prevenzione primaria Conclusioni

ATTIVITÀ ANALIZZATE	EVIDENZE EMERSE	BEST PRACTICES	OPPORTUNITÀ DI MIGLIORAMENTO
1. PIANIFICAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> L'attività di pianificazione e indirizzo è coordinata a livello di Istituzioni centrali e di Regione. Sul territorio sono le Asl (27% dei casi) ma anche le AO (20%) a svolgere per lo più il ruolo di implementazione di programmi definiti da Regione e/o Ministero, che intervengono a livello locale nel 17% dei casi. Quasi tutte le AO (18 su 20) pianificano attività ad integrazione dei programmi centrali e regionali in risposta a bisogni specifici della popolazione (rischi ambientali del territorio). 	<ul style="list-style-type: none"> Definizione di campagne informative con programmi di formazione mirati presso le Aziende per ridurre l'esposizione a fattori di rischio ambientali specifici del territorio. 	<ul style="list-style-type: none"> Istituire un registro tumori e integrarlo con i dati dell'osservatorio epidemiologico ai fini della programmazione e del monitoraggio degli effetti delle campagne di prevenzione primaria nel corso degli anni.

ATTIVITÀ ANALIZZATE	EVIDENZE EMERSE	BEST PRACTICES	OPPORTUNITÀ DI MIGLIORAMENTO
<p>2. GESTIONE DEL SERVIZIO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tutti i territori delle AO sono coperti con campagne di prevenzione primaria dei principali fattori di rischio definiti a livello nazionale. • Le campagne vengono realizzate principalmente attivando iniziative di comunicazione tramite media, siti web, opuscoli. • Iniziative di formazione ed eventi 'ad hoc' sono realizzate nel 60% dei casi. • In alcuni casi si registrano collaborazioni con attori non istituzionali nella fase di implementazione di iniziative di prevenzione primaria, sia in termini di supporto finanziario che organizzativo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nel 90% dei casi si effettua il monitoraggio di rischi ambientali specifici del territorio coperto dall'AO (benzene, lavorazione silice, acciaio, legno duro, fitosanitari, formaldeide). • Campagne prevenzione su fattori genetici (mammella). • Partecipazione dell'AO a vasti studi internazionali (Epic, Eurochip, Eurocare, Haemacare). • Collaborazione di Associazioni di pazienti e di categoria. • Campagne di sensibilizzazione in contesti solitamente poco utilizzati (centri commerciali, centri sociali, consultori, palasport). 	<ul style="list-style-type: none"> • Come già rilevato per le Asl, coinvolgere altri attori (ad es. e maggiormente le AO stesse) nella fase di realizzazione delle campagne per limitare lo sforzo organizzativo di Asl e Regioni, e, a parità di risorse, incrementare il livello di servizio.

ATTIVITÀ ANALIZZATE	EVIDENZE EMERSE	BEST PRACTICES	OPPORTUNITÀ DI MIGLIORAMENTO
<p>3. INTEGRAZIONE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si rileva l'integrazione con le Asl nel 19% dei casi. • Le collaborazioni avvengono nel 90% dei casi con scuole e associazioni di promozione sociale, specie per iniziative di formazione su fattori di rischio connessi a fumo e alimentazione. • Il coinvolgimento del MMG risulta strutturato e avviene nel 50% delle AO. 	<ul style="list-style-type: none"> • Coinvolgimento dei mmg con counselling di comunità, partecipazione alle campagne di disassuefazione al fumo. • Coinvolgimento nelle campagne anche di associazioni non sanitarie come quelle di categoria. • Alcune AO agiscono delegando il coordinamento delle campagne e collaborando con i Centri di Prevenzione Oncologica specializzati. In qualche caso l'AO agisce in sinergia anche con la Rete Oncologica Regionale (anche per screening e diagnosi precoce). 	<ul style="list-style-type: none"> • Come già rilevato per le Asl, potenziare il coinvolgimento di attori sia sanitari che non sanitari per il coinvolgimento della popolazione target, raggiungendo i destinatari delle campagne tramite i loro stessi organi rappresentativi e i canali di comunicazione di cui dispongono, assicurando così maggiore credibilità, diffusione e visibilità ai progetti.

2. Prevenzione secondaria

GLI SCREENING ONCOLOGICI

Gli screening per i tumori a seno, utero e coloretto sono entrati definitivamente a pieno titolo tra le priorità del Sistema Sanitario con l'Accordo sul Piano nazionale della prevenzione 2005–2007, firmato dalla conferenza Stato-Regioni il 23 marzo 2005. Come si legge a pag. 67 del Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2006–2008, “... Sono stati inoltre finanziati con le risorse vincolate al raggiungimento degli obiettivi di PSN gli screening oncologici per la prevenzione del tumore del collo dell'utero, della mammella e del colon retto ed in corso di attuazione il Piano Nazionale di prevenzione, del quale gli screening oncologici costituiscono una linea operativa”.

Di seguito l'analisi AIOM presenta i nuovi dati del 2006 relativi all'organizzazione e gestione degli screening in Italia nel campione delle AO analizzate, arricchiti da un breve confronto con gli ultimi 'migliori' dati disponibili a cura dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) e relativi al 2004.

PIANIFICAZIONE E MONITORAGGIO DEGLI SCREENING

I programmi di screening e la popolazione target – identificati a livello nazionale e regionale per ciascuna tipologia di screening – vengono recepiti a livello regionale e di singola Azienda sanitaria territoriale. Le Regioni definiscono successivamente i piani di attuazione delle singole campagne.

Pianificazione

Le Aziende sanitarie territoriali (Asl, AO, ecc...) quindi pianificano l'applicazione degli screening, valutando la coerenza tra l'offerta di prestazioni rispetto ai bisogni/necessità della popolazione.

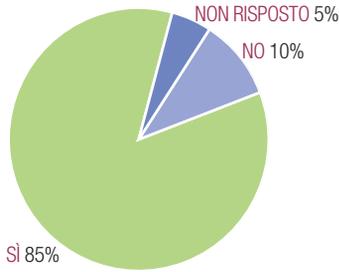
Monitoraggio e controllo

L'attività di monitoraggio da parte delle Aziende sanitarie territoriali sulle campagne di screening è relativa al controllo coordinato (presso la stessa Azienda) delle attività svolte nelle diverse fasi, con particolare riferimento alla gestione delle informazioni rilevanti, quali il tasso di copertura della popolazione e l'esito degli esami.

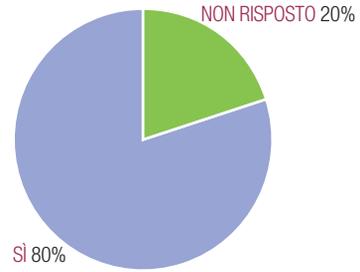
I risultati di questo campo d'analisi sono evidenziati nei grafici seguenti. I punti da evidenziare sono:

- Nell'80% dei casi le AO dichiarano che viene effettuato il monitoraggio della copertura della popolazione
- Nel 75% dei casi le AO dichiarano che viene effettuato il monitoraggio degli esami sia di I che di II livello

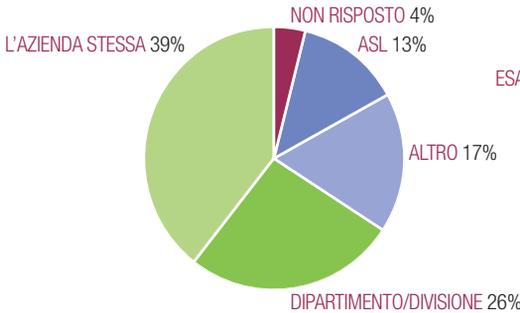
- Nel 10% dei casi viene effettuato il monitoraggio anche degli esami di II livello
- Nel 94% dei casi le AO dichiarano che viene effettuato il controllo di qualità sugli esami e sulla gestione delle campagne
- Nell'87% dei casi le AO dichiarano che viene effettuato il monitoraggio sulla percentuale di falsi positivi, che risulta in media del 6%.



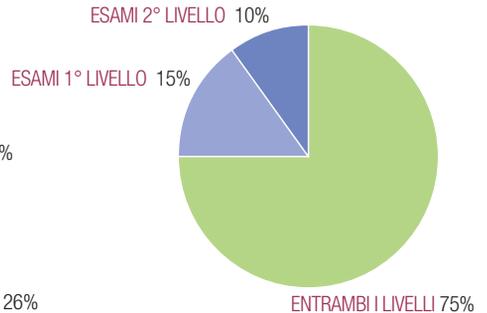
Percentuale di AO (o di bacini coperti dalle AO) dove si effettua valutazione di rapporto domanda-offerta di screening



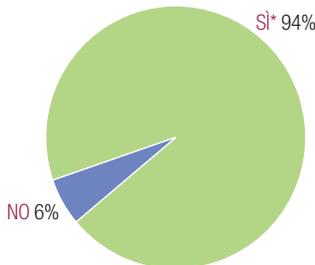
Monitoraggio della copertura della popolazione



Aziende o Istituzioni sanitarie che monitorano la copertura della popolazione



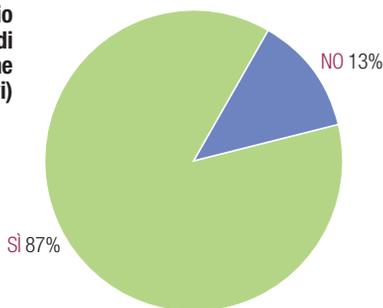
Esami di screening monitorati



Percentuale di effettuazione di controlli di qualità sulla tipologia degli esami e sulla gestione delle campagne

*In base a indicazioni (linee guida) di:
 Autorità sanitarie (regionali o nazionali): 50% del campione
 Società scientifiche: 30% del campione
 Gruppi di ricerca: 10% del campione
 (Società scientifiche, Gruppi di ricerca e indicazioni segnalate nell'ordine di ripetizione della segnalazione: Gisci, Gisma, Aiom, Gisli, Sirm, Giscor, Ass. Radiologi Italiani, Linee Guida europee e americane).

Percentuale di monitoraggio dell'accuratezza dei test di screening effettuati (verifiche sui falsi positivi)



SCREENING: LA GESTIONE DEL SERVIZIO

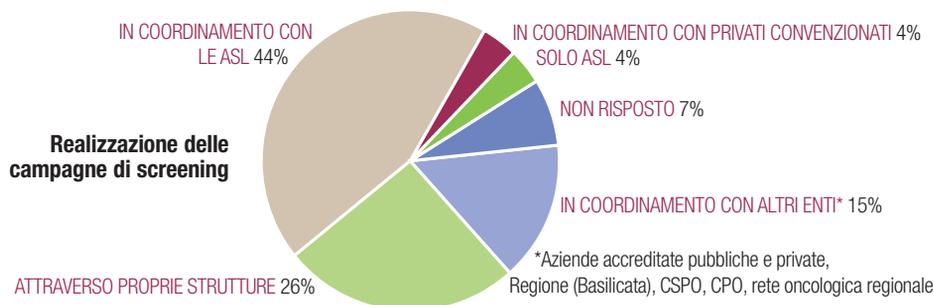
Le strutture coinvolte

Il 26% delle campagne di screening è realizzato esclusivamente attraverso strutture proprie dalle AO.

Nel 63% dei casi l'offerta di servizi di screening oncologici è coordinata con altre Aziende o strutture autonome presenti nel proprio territorio (Asl, Regione, ecc...).

Allo scopo di raggiungere una maggiore copertura del territorio, nel 5% dei casi le AO coinvolgono nell'effettuazione dei test anche i privati convenzionati.

Solo in un caso la gestione degli screening avviene a livello regionale e nella realizzazione delle campagne non intervengono strutture dell'AO ma esclusivamente dell'Asl.



Le iniziative di screening rilevate nel 2006

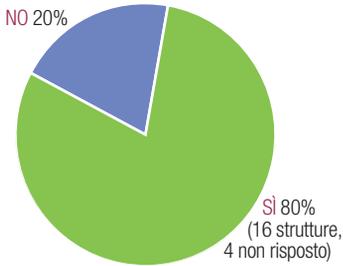
Nel 60% dei territori delle AO (in 12 casi sui 20 del campione) sono avviati tutti e 3 gli screening previsti dal Piano Sanitario Nazionale 2006-2008.

Lo screening del carcinoma del seno è attivo in 16 AO su 20 (nell'80% del campione), quattro AO non hanno risposto.

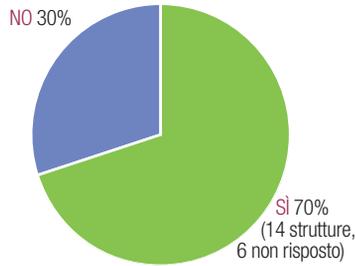
Lo screening del cervico-carcinoma è attivo in 14 AO su 20 (nel 70% del campione), sei AO non hanno risposto.

Lo screening del coloretto ha raggiunto e superato per estensione il precedente essendo attivo in 15 AO (nel 75% del campione), cinque AO non hanno risposto.

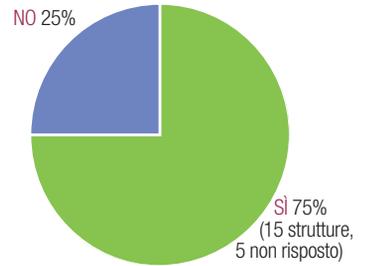
Campagne di screening attive nel 2006 nei territori delle AO esaminate (% sul campione)



carcinoma del seno (mammografia)

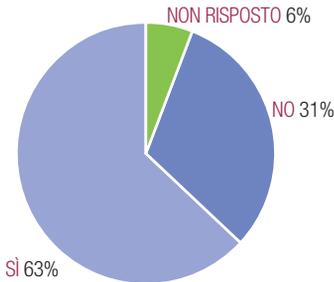


cervico-carcinoma (pap test)

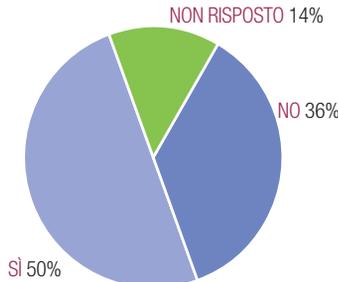


screening del colon retto (sangue occulto)

Mammografia e pap test: percentuale di AO che nel 2006 raggiungono la copertura target della popolazione



Carcinoma del seno (mammografia) obiettivo target: copertura del 70%



Cervico-carcinoma (pap test) obiettivo target: copertura dell'85%

Screening del colon retto (sangue occulto)

% di copertura al 2006 (no % target)	% del campione
<30%	6,7%
40%	20%
50%	13,2%
60%	6,7%
100%	6,7%
non risposto	46,7%
% media	51%

Lo screening mammografico

Nella rilevazione risulta che nei territori di 16 AO su 20 indagate (l'80%) sono stati finora attuati i programmi di screening per il tumore della mammella. L'avvio del primo screening mammografico in una delle AO censite si è avuto nel 1970, l'anno in cui il maggiore numero di AO ha iniziato campagne su questo screening è stato il 1994.

Il Piano Oncologico Nazionale 2001 ha fissato tra gli obiettivi dei programmi di prevenzione secondaria per il carcinoma mammario la copertura del 70% della popolazione target.

- Nel 63% dei territori delle 15 AO del campione dove nel 2006 è attivo tale screening viene centrato questo obiettivo.
- Il 31% delle AO non raggiunge l'obiettivo.
- Il 6% delle AO non dispone di dati relativi alla copertura raggiunta.

Lo screening della cervice uterina

Nel 70% dei territori delle AO è stato finora attivato un programma di screening del cervico-carcinoma. L'avvio del primo screening per il carcinoma della cervice uterina in 2 delle AO censite si è avuto nel 1970, altre annualità in cui 2 AO hanno cominciato questo screening sono state il '94 e il '99. Il Piano Oncologico Nazionale fissa come obiettivi dei programmi di prevenzione secondaria per il cervico-carcinoma la copertura dell'85% della popolazione target.

- Nel 2006 nel 50% dei territori delle AO del campione viene centrato questo obiettivo
- Il 36% delle AO non raggiunge l'obiettivo
- Il 14% delle AO non dispone di dati relativi alla copertura raggiunta

Lo screening del carcinoma colonrettale

- Nel 75% dei territori delle AO del campione esaminato è stata finora attivata una campagna di screening per il tumore del colonretto.
- Lo screening del colonretto è, dei tre screening previsti dal Piano Sanitario Nazionale, quello che è stata avviato per ultimo in Italia.
- L'avvio del primo screening per il carcinoma del colonretto in una delle AO censite si è avuto nel 1980.
- Il biennio in cui il maggiore numero di AO ha iniziato campagne su questo screening è stato il 2005 (6 AO) - 2006 (4 AO).
- A livello di Piano Oncologico Nazionale, mancano ancora per questo screening gli obiettivi programmatici in termini di copertura della popolazione target.

Nelle 8 AO del campione in cui al 2006 risulta attivo uno screening e che hanno comunicato il dato, per il tumore del colonretto la percentuale media di copertura risulta del 51%.

I DATI DELL'OSSERVATORIO NAZIONALE SCREENING (ONS)

L'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) dal 2005 ha cambiato nome: infatti, con l'implementazione di specifiche indagini sullo screening del coloretto e altri studi e ricerche allargate non rappresenta più solo programmi di prevenzione destinati alle donne.

Il progetto generale dell'Osservatorio Nazionale Screening prende avvio nel 2002 dalla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, in collaborazione con il Gruppo Italiano per lo Screening Mammografico (GISMa) e il Gruppo Italiano per Screening Citologico (GISCi). L'obiettivo è il monitoraggio dello stato di attivazione, di copertura e risposta della popolazione eleggibile, nonché altre iniziative (formazione, studi, ecc...) dirette ad allargare, dirigere e organizzare al meglio ogni campagna. Tutto ciò diretto specialmente agli organismi regionali che sovrintendono a tale fase del processo oncologico.

Il quarto rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) è relativo in genere al 2004 e registra un allargamento della copertura della popolazione: nel 2004 più del 68% delle donne tra 50 e 69 anni risiede in un'area territoriale dove al momento è attivo uno screening mammografico (tab. 1). Copertura di attivazione delle campagne simile per lo screening citologico (tab. 2): 63% delle donne fra 25 e 64 anni. Dati decisamente superiori a quelli della scorsa rilevazione relativa al 2003 (56% della popolazione-territorio target per la mammografia, 55% per la cervice uterina).

Tab. 1
Estensione dei programmi di screening mammografico sulla popolazione bersaglio da parte dei programmi attivi nel 2004

Tabella tratta da: Quarto rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS), 2005

Regione	Estensione teorica 50-69 anni %	Popolazione 50-69 anni invitata nel 2004	Estensione effettiva 50-69 anni %
Val d'Aosta	100,0	7.299	95,5
Piemonte	100,0	188.101	64,8
Liguria	51,0	65.355	57,1
Lombardia	84,9	419.221	69,7
Trentino	100,0	32.028	110,0
Alto Adige	100,0	22.082	84,5
Veneto	82,8	188.659	65,5
Emilia Romagna	100,0	248.218	92,8
NORD	82,3	1.170.963	67,6
Toscana	100,0	200.558	83,5
Umbria	100,0	51.150	92,6
Marche	70,8	55.357	58,7
Lazio	100,0	168.232	50,2
CENTRO	98,2	475.297	65,6
Abruzzo	44,7	24.807	2,3
Molise	100,0	25.222	133,7
Campania	78,0	97.449	31,9
Basilicata	100,0	40.065	119,1
Sicilia	8,3	14.138	5,0
SUD	30,0	201.681	17,4
ITALIA	68,7	1.847.941	51,1

Tab. 2 - Popolazione obiettivo dei programmi organizzati di screening cervicale in Italia

Anno 2004	Italia	Nord	Centro	Sud e isole
Numero donne in popolazione obiettivo di programmi organizzati	10.206.741*	4.967.193	2.634.497	2.775.255
% pop. italiana 25-64	63,6	66,4	82,6	49,1
% di popolazione invitata (a)	27,2	26,7	28,1	27,2
Compliance invito % (b)	37,7	46,2	36	24,2

a) Popolazione invitata per anno in esame dai programmi che hanno fornito i dati per la survey, espressa come percentuale rispetto alla popolazione obiettivo da invitare nei tre anni.

b) Denominatore: numero di donne invitate. Numeratore: numero di donne aderenti tra queste (entro il primo quadrimestre dell'anno successivo).

* I dati includono solo le donne di età 25-64 anni. Alcuni programmi invitano anche donne di età minore o maggiore.

Tabella tratta da: Quarto rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS), 2005

Come emerge da queste tabelle dell'ONS, la distanza fra il Centro-nord e il Sud permane, anche se si registrano significativi miglioramenti rispetto alla rilevazione del 2003 nelle regioni meridionali.

Nel rapporto ONS 2005 vengono anche presentati i primi risultati analitici relativi alla prevenzione del carcinoma coloretale: risulta che nel 2004 i programmi attivi di screening della neoplasia coloretale coprivano poco più del 10% del territorio nazionale. Nel 2003 erano attivi solo 3 programmi a livello regionale e 10 a livello comunale gestiti dalle Asl. Dati che rappresentano ancora un punto di partenza, dato che molti programmi regionali sono stati attivati nel 2005 e vi è dunque da attendere la prossima rilevazione dell'ONS (tab. 3).

Tab. 3. Distribuzione per Regione dei programmi attivi che hanno inviato al Gruppo Italiano per lo Screening Coloretale (GISCoR) i dati relativi all'anno 2004

Regione	Numero programmi
Campania	1
Lombardia	1
Toscana	7
Piemonte	2
Val d'Aosta	1
Veneto	6
Italia	18

Tabella tratta da: Quarto rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS), 2005

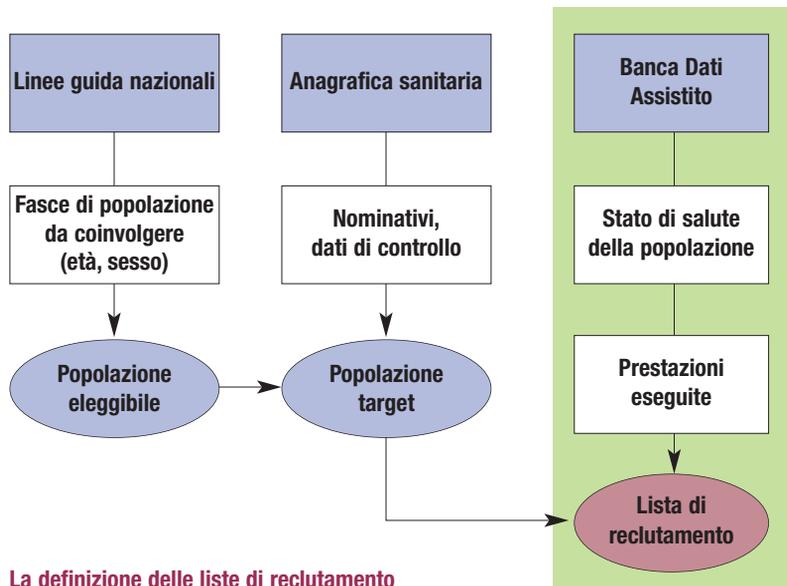
L'obiettivo dell'analisi della prevenzione oncologica secondaria nelle AO campione non era solo quello di verificare le strutture coinvolte e la copertura della popolazione, ma soprattutto d'identificare e valutare le caratteristiche di gestione di tali programmi. A questo scopo sono stati indagati i seguenti punti, essenziali per la comprensione del 'pianeta screening':

- modalità di definizione delle liste di reclutamento
- comunicazione delle campagne
- contatto della popolazione target
- sollecito dei non rispondenti
- gestione degli esiti dei test di screening.

LA DEFINIZIONE DELLE LISTE DI RECLUTAMENTO AGLI SCREENING

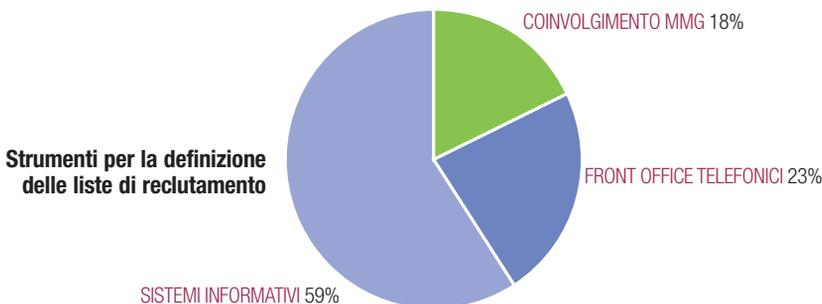
Le liste di reclutamento dovrebbero essere redatte partendo da un elenco della popolazione anagraficamente eleggibile per lo screening: tale lista andrebbe successivamente rivista e corretta sulla base di informazioni relative allo stato di salute dei cittadini e alle prestazioni diagnostiche già effettuate. Questo permetterebbe di escludere dalla convocazione le persone per le quali il test di screening non sia necessario o raccomandabile e cioè:

- pazienti con patologia oncologica già manifesta
- persone che abbiano effettuato in tempi sufficientemente recenti esami che possano ritenersi sostitutivi del(i) test di screening.



La definizione delle liste di reclutamento

- Il 65% delle AO indagate ha dichiarato che nei territori di competenza la redazione delle liste avviene a partire da un elenco della popolazione anagraficamente eleggibile allo screening, ma tale lista è successivamente rivista-corretta-aggiornata-integrata sulla base di informazioni relative allo stato di salute dei cittadini e alle prestazioni diagnostiche già effettuate.
- Attualmente il 23% delle AO del campione dichiara che l'integrazione delle informazioni relative agli screening – sia quelle sullo stato di salute che quelle sulle prestazioni già eseguite, sia nelle strutture dell'AO che in quelle esterne (come le Asl) – viene gestita tramite *front office telefonico*: il sistema registra e archivia le motivazioni della non-adesione delle persone che – nonostante l'invito allo screening – non si sono presentate alla convocazione. In questo modo è possibile escludere dalle liste i soggetti per cui l'effettuazione dei test non sia più indicata (es. donne isterectomizzate o con patologia in corso nel caso della cervice) e ri-programmare l'invito per coloro i quali hanno già effettuato il test *non* nell'ambito del programma di screening.
- Nel 59% dei casi la 'ripulitura' delle liste così come sopra descritto avviene grazie ad un archivio o *sistema informatizzato* che consente di archiviare l'elenco completo delle informazioni sanitarie relative a ciascun cittadino. Ciò consente ad esempio di escludere a priori dagli inviti le donne con pap test recente, attraverso l'integrazione dell'archivio anagrafico del centro di screening con l'archivio citologico del laboratorio di Anatomia Patologica dell'Azienda.
- Solo il 18% del campione dichiara che la 'pulizia' delle liste avviene attraverso il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale: in queste AO, solitamente, il medico di medicina generale riceve dall'AO o da altra Istituzione che gestisce la campagna, l'elenco dei propri assistiti che dovrebbero sottoporsi al test di screening e, sulla base della conoscenza della storia medico-sanitaria dell'assistito, esclude dalle liste coloro che non hanno necessità di sottoporsi all'esame.
- Nel 15% dei casi la formazione delle liste di reclutamento avviene esclusivamente a partire dalle liste anagrafiche comunali o sanitarie, gestendo esclusivamente le informazioni relative ad età e sesso.

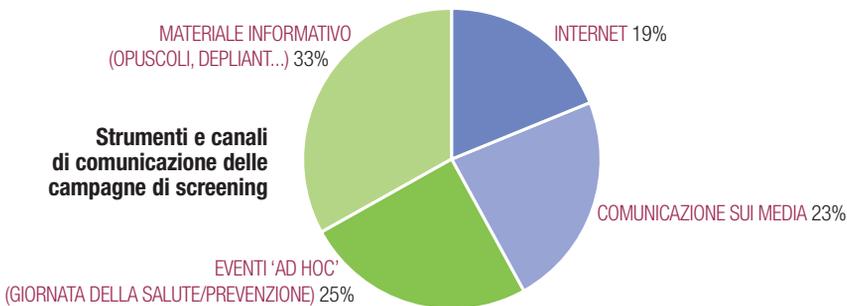


LA COMUNICAZIONE DELLE CAMPAGNE DI SCREENING

Come evidenzia lo stesso Piano Sanitario Nazionale, la comunicazione relativa agli screening preventivi tra gli operatori sanitari e i professionisti che a vario titolo si occupano di informazione sia a livello istituzionale che di mass media, non consiste solo nella fase di lancio della campagna, ma è invece strategica rispetto ai valori che stanno alla base dei programmi di screening. Anche secondo il III Rapporto sugli screening per i tumori femminili (cfr.), *“è quindi richiesto uno sforzo di trasparenza e di valorizzazione delle competenze sia in tutte le fasi organizzative che nella messa a punto di risorse e nella definizione dei contesti nei quali il programma verrà attuato, fino alla raccolta e diffusione dei risultati ottenuti”*.

La necessità di un’informazione corretta al pubblico viene evidenziata anche dalla presente analisi che mira a comprendere quali sono i punti forti e quali le carenze e debolezze dell’informazione gestita dalle AO – anche tramite i mass media – allo scopo di ideare strategie comunicative più efficaci e adeguate alla realtà nazionale.

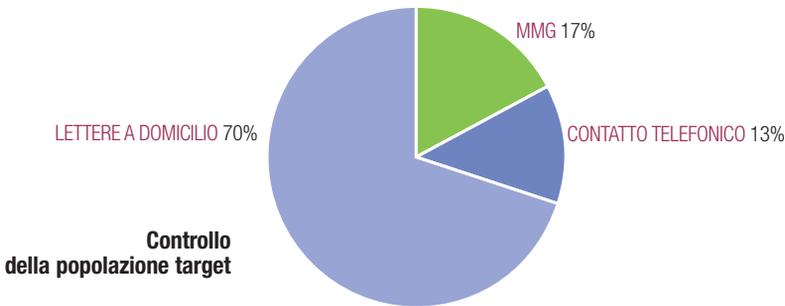
- Nel 33% dei casi la comunicazione avviene mediante distribuzione di materiale informativo (opuscoli, depliant, booklet, ecc...) mettendolo a disposizione dei cittadini nelle strutture della stessa AO e nei centri di assistenza e cura convenzionati AO.
- Nel 25% dei casi vengono organizzati eventi ‘ad hoc’ quali la giornata della salute, la giornata della prevenzione, ecc..., per la promozione delle campagne, coinvolgendo specialisti (dermatologi, oncologi, ecc...) e associazioni di volontariato.
- Per ora solo nel 19% dei casi si utilizza il web dedicando apposite pagine del sito aziendale alla promozione delle campagne di screening e prevedendo la possibilità di scaricare il materiale informativo.
- Nel 23% dei casi si ricorre a campagne comunicazionali sui media soprattutto in fase di lancio delle iniziative: la maggioranza delle AO stabilisce forme di collaborazione con i media in modo che questi dedichino spazi alle loro iniziative senza costi per l’Azienda (54,6%), ad esempio partecipazione a trasmissioni radio-televisive da parte dei responsabili degli screening, articoli o rubriche tematiche sulle testate locali, ecc...



Negli altri casi invece (45,4%) le AO avviano e gestiscono le campagne comunicazionali con costi che entrano nei budget aziendali.

CONTATTO DELLA POPOLAZIONE TARGET

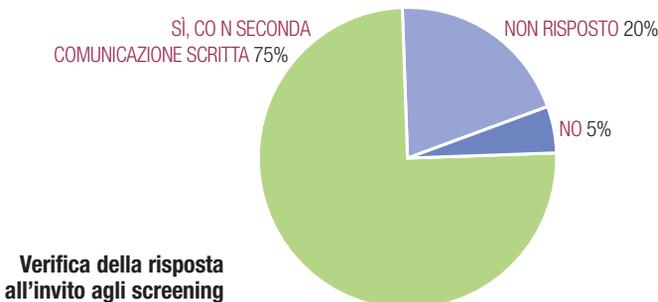
- Il coinvolgimento della popolazione target avviene principalmente (nel 70% dei casi) attraverso l'invio di comunicazione diretta – lettere personalizzate – al domicilio delle persone eleggibili allo screening.
- Il reclutamento attraverso contatto telefonico è stato sperimentato nel 13% dei casi.
- Il MMG viene coinvolto (nel 17% dei casi) in maniera prevalentemente indiretta nella fase di reclutamento della popolazione target, mediante la formazione/sensibilizzazione dei propri assistiti per incentivare l'adesione allo screening.



INVIO DEL SOLLECITO

Nel 75% delle AO del campione viene verificata la risposta all'invito da parte della popolazione target e si provvede a sollecitare, con secondo contatto, coloro i quali non si siano presentati al test di screening programmato.

Il sollecito avviene sempre tramite seconda comunicazione scritta.



GESTIONE DEGLI ESITI DA REFERTO

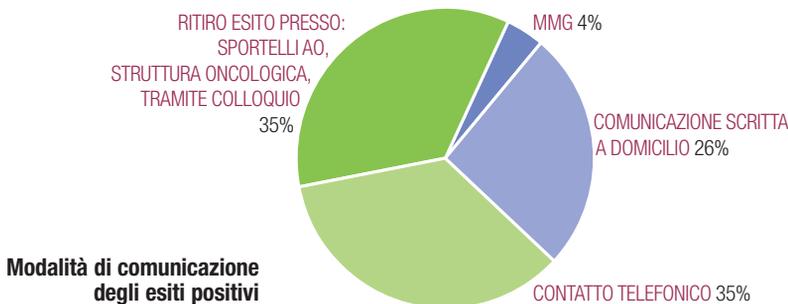
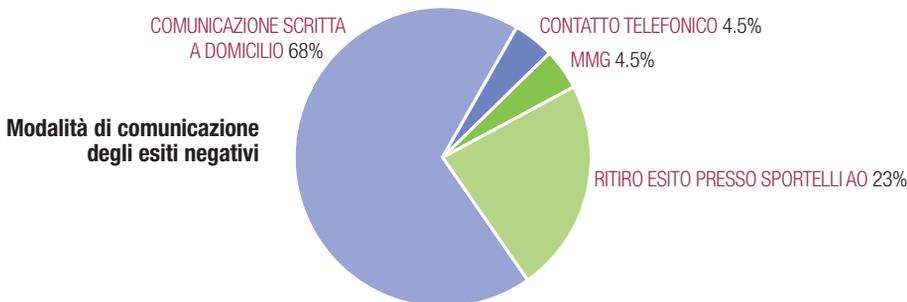
Esiti negativi

- Nel 68% dei casi le AO comunicano l'esito del test tramite l'invio di comunicazione scritta al domicilio delle persone che hanno aderito allo screening.
- Nel 23% dei casi le AO prevedono il ritiro dell'esito degli esami esclusivamente presso gli sportelli del centro dov'è stato eseguito l'esame di screening.

Esiti positivi

In tutti i casi per i pazienti *sospetti positivi* è prevista una forma di comunicazione che permetta di essere contestualmente informati circa le implicazioni della positività, i percorsi di approfondimento diagnostico di secondo livello e i centri presso cui tali ulteriori esami possono essere eseguiti.

- Nel 35% dei casi è previsto che la comunicazione avvenga al momento del ritiro dell'esito del test dalla struttura dov'è stato eseguito, in occasione di un colloquio con gli operatori dell'AO.
- Nel 35% dei casi si provvede alla comunicazione dell'esito positivo tramite contatto telefonico ad opera di operatori dedicati ed appositamente formati.
- Nel 26% dei casi è prevista la comunicazione tramite invio di lettera al domicilio.



L'INTEGRAZIONE NELLA GESTIONE DEGLI SCREENING

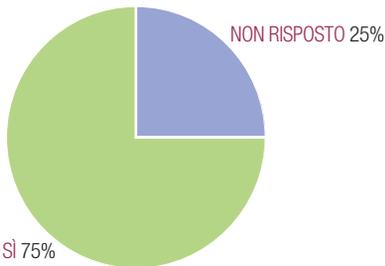
Il coordinamento dei centri coinvolti

Escludendo le realtà in cui la prevenzione secondaria è competenza della Regione che la eroga attraverso strutture dedicate sul territorio, le AO gestiscono i programmi di screening coordinando sia le proprie strutture sanitarie che le altre presenti sul territorio di competenza.

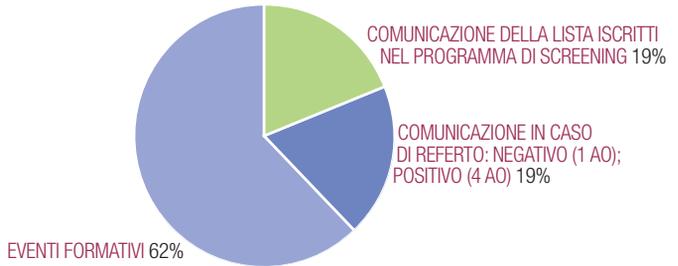
Nella quasi totalità dei casi (il 90%) l'erogazione degli screening sul territorio avviene in maniera integrata e coordinata con Asl (40% del campione), Regione (40%), Ministero (6%), altra struttura o ente esterno (6%). Tale integrazione si realizza in una gestione unitaria delle liste di reclutamento (31% dei casi) e degli esiti degli esami effettuati dalle diverse strutture (17%), o con altre modalità (34%), mediante il coordinamento da parte di un'unità dedicata, solitamente interna all'AO stessa.

IL COINVOLGIMENTO DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

Il coinvolgimento del medico di medicina generale nelle campagne di screening oncologici avviene nel 75% dei casi.



Coinvolgimento del medico di medicina generale



Modalità di coinvolgimento del medico di medicina generale

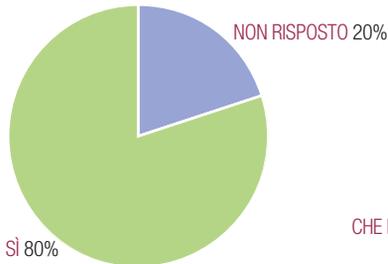
Il Medico di famiglia viene coinvolto nell'effettuazione delle campagne di screening mediante diverse modalità:

- eventi formativi organizzati nel 62% dei casi: si tratta di occasioni sia di aggiornamento che di confronto con gli specialisti attivi sul fronte della prevenzione oncologica;
- comunicazione della lista dei propri iscritti coinvolti nel programma di screening (19%);
- comunicazione in caso di referto negativo e/o positivo dell'esito dei test a cui si siano sottoposti gli assistiti, complessivamente nel 19% dei casi.

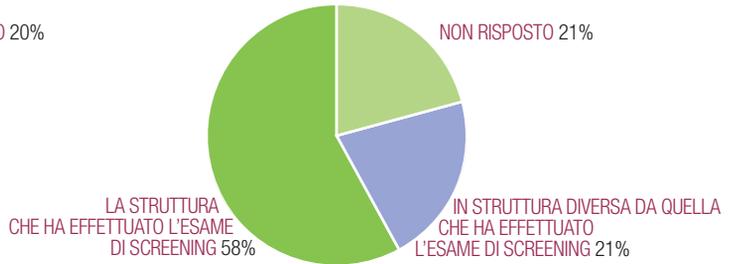
AVVIO AGLI ACCERTAMENTI DI SECONDO LIVELLO

Successivamente all'effettuazione del test di screening e a un eventuale esito positivo dello stesso, per garantire un pronto avvio agli approfondimenti diagnostici di secondo livello, l'80% delle AO prevede che siano dati al paziente indicazioni in merito alle strutture cui rivolgersi. Ciò avviene nel 58% dei casi all'interno della stessa Azienda che ha effettuato l'esame di screening.

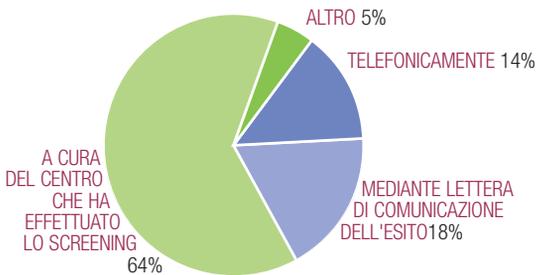
- Nella maggioranza dei casi (64%) è lo stesso centro che ha effettuato lo screening a contattare l'assistito.
- Nel 18% dei casi tali indicazioni sono contenute nella documentazione che viene consegnata al paziente al momento della comunicazione dell'esito dell'esame di screening.
- Nel 14% dei casi i pazienti sono contattati telefonicamente dal centro che ha effettuato il test di screening.



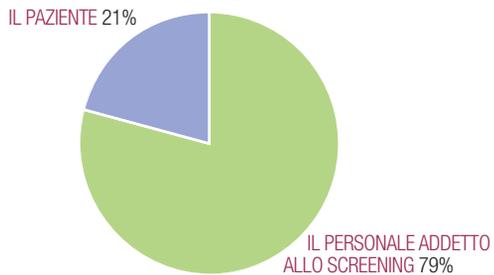
Vengono fornite indicazioni al paziente sulle strutture di diagnosi



Chi fornisce indicazioni al paziente sulle strutture di diagnosi



Modalità di contatto del paziente per avvio alla diagnosi



Chi gestisce l'accesso alle procedure diagnostiche successive

Prevenzione secondaria. Conclusioni

ATTIVITÀ ANALIZZATE	EVIDENZE EMERSE	BEST PRACTICES	OPPORTUNITÀ DI MIGLIORAMENTO
<p>1. PIANIFICAZIONE, CONTROLLO, MONITORAGGIO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nella pianificazione nelle attività di indirizzo degli screening le AO hanno una prevalente competenza rispetto ad altre Istituzioni (le Asl ad es. monitorano le necessità della popolazione solo nel 13% delle AO). • L'AO svolge per lo più il ruolo di monitoraggio e nel 75-80% dei casi è garantito il controllo su copertura della popolazione ed esito degli esami di I e II livello. • Emerge la disponibilità di controlli di qualità sulla raccolta dati, a supporto delle attività di monitoraggio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Linee guida e collaborazioni con Gruppi di studio (su tutti: Gisma, Gisci, e da questo o lo scorso anno anche Giscor per coloretto) per i controlli di qualità su: <ul style="list-style-type: none"> – tipologia degli esami di screening – gestione delle campagne di prevenzione secondaria. – monitoraggio dei falsi positivi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Potenziare l'integrazione dei flussi informativi tra AO e centri di erogazione per monitorare copertura della popolazione e esiti in ottica epidemiologica. • Individuazione di unità dedicate al monitoraggio oltre che alla gestione diretta di alcune fasi delle campagne. • Maggiore integrazione tra AO, presidi Asl e altri centri di prevenzione, per assicurare continuità e integrazione con la fase terapeutica e favorire sinergie tra le diverse strutture e Aziende al fine di ottimizzare tale integrazione.

ATTIVITÀ ANALIZZATE	EVIDENZE EMERSE	BEST PRACTICES	OPPORTUNITÀ DI MIGLIORAMENTO
<p>2. GESTIONE DEL SERVIZIO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il 26% delle campagne di screening è realizzato attraverso strutture proprie, il 67% coinvolgendo altri soggetti (es. strutture autonome pubbliche, sopratt. Asl – 44% dei casi). • L'attivazione di tutti e 3 gli screening identificati a livello nazionale è nel 60% dei territori competenza delle AO. • Nel 59% dei casi definizione e aggiornamento delle liste di reclutamento per lo screening avvengono in maniera strutturata e con il supporto di sistemi informativi integrati. • Promozione e reclutamento avvengono nell'83% dei casi con comunicazione diretta tra la AO e gli utenti, con basso coinvolgimento dei MMG (17%). 	<ul style="list-style-type: none"> • Raccordo tra l'AO e un centro di riferimento autonomo (pubblico) che gestisce tutte le fasi del processo di screening. • Collaborazione con MMG nel coloretto, firmano la lettera di convocazione. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementare il livello di coinvolgimento del MMG in tutte le fasi del percorso di screening che richiedano un diretto contatto con la popolazione (reclutamento, sollecito, ecc). • Implementare sistemi informativi a supporto della formulazione e dell'aggiornamento delle liste.

ATTIVITÀ ANALIZZATE	EVIDENZE EMERSE	BEST PRACTICES	OPPORTUNITÀ DI MIGLIORAMENTO
<p>3. INTEGRAZIONE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'avvio di approfondimenti diagnostici conseguenti ad un esito positivo dello screening è supportato nell'80% dei casi da attività informative al paziente e al 79% da un'integrazione diretta tra centro che effettua lo screening e centro di diagnosi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Raccolta standardizzata dei dati, calcolo degli indicatori, trasmissione di un report standard, gestione di attività di valutazione. • Presenza di percorsi predefiniti per la presa in carico dei sospetti positivi con indicazioni dei tempi massimi di attesa e delle modalità di trasferimento ai servizi per accertamenti diagnostici di II livello. • Controlli di qualità su tipologia esami e gestione delle campagne: tra laboratori integrati, tra diverse AO, con altre strutture, in base a linee guida europee ed americane (per screening mammografico). • Integrazione con enti locali nella fase di sensibilizzazione della popolazione all'adesione (spontanea) alle campagne di screening. • Integrazione strutturata con i volontari (convenzioni) per la promozione e realizzazione delle campagne (es. distribuzione kit per screening del tumore del colon retto). • Gestione unitaria delle liste degli esiti degli esami nei vari poli ospedalieri. • Consegna ai pazienti positivi di una lista di strutture di diagnosi (AO e Asl). 	<ul style="list-style-type: none"> • Potenziare il coinvolgimento di soggetti sanitari e non sanitari nella promozione e gestione di campagne (con specifico riferimento a campagne relative al tumore del colon retto). • Favorire una presenza capillare sul territorio per i centri di raccolta dei campioni (pap test, PSA) a fronte della centralizzazione dell'analisi degli stessi.

3. La diagnosi precoce

PREMESSA

Viene identificata una fase intermedia tra screening e diagnosi (qui chiamata diagnosi precoce) che riguarda l'esistenza di percorsi preferenziali e strutturati per l'individuazione dei tumori in fase precoce. Si indaga se e come il paziente risultato positivo allo screening o giunto all'Azienda su segnalazione del medico o direttamente, viene seguito nell'iter successivo, in particolare allo scopo di verificare – appunto attraverso la fase di diagnosi precoce – l'effettiva positività dell'esame (approfondimento diagnostico di II livello) e, se del caso, iniziare una terapia.

LA DIAGNOSI PRECOCE: LE INDICAZIONI

Il Programma Nazionale per le Linee Guida (PNLG) è molto chiaro a proposito di questo delicato passaggio del processo assistenziale oncologico e definisce prioritariamente alcuni dei messaggi chiave, indispensabili sia per il prolungamento della sopravvivenza, ma spesso anche in termini di migliore qualità della vita e per ridurre l'ansia dei pazienti.

In particolare per quanto attiene all'organizzazione dei percorsi di diagnosi precoce – a tal scopo finalizzati – il Piano riporta:

“A livello regionale dovrebbero essere definiti, a partire dalle linee guida di buona qualità scientifica disponibili, i percorsi diagnostico-terapeutici relativi alle patologie oncologiche più rilevanti. Tali percorsi dovrebbero essere elaborati coinvolgendo tutte le competenze professionali rilevanti, sia in ambito clinico che organizzativo-manageriale e dovrebbero esplicitare i criteri per l'identificazione dei pazienti “sospetti” portatori di patologia oncologica, nonché gli esami diagnostici da eseguire.

A livello distrettuale dovrebbero essere definite le modalità organizzative necessarie a garantire il raccordo funzionale tra i servizi (medicina generale, servizi di specialistica e diagnostica ambulatoriale, dipartimenti ospedalieri) pertinenti l'applicazione dei percorsi diagnostico-terapeutici, specificando i tempi attesi per l'accesso agli esami diagnostici ed alle visite specialistiche.

L'organizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici a livello distrettuale deve prevedere la raccolta di informazioni che consentano di monitorare la capacità dei servizi di garantire una diagnosi rapida nei pazienti con sospetta patologia oncologica, attraverso la valutazione degli indicatori appropriati in apposite periodiche indagini campionarie”.

Inoltre il PNLG riporta utili indicatori (di seguito) per misurare la qualità dell'assistenza.

Indicatori per la diagnosi precoce

Percentuale di pazienti con sospetta patologia oncologica che ricevono una valutazione specialistica entro 2 settimane dal primo contatto con i servizi.

Percentuale di pazienti con sospetta patologia oncologica in cui una diagnosi definitiva di malattia neoplastica viene ottenuta entro 4 settimane dal primo contatto con i servizi.

Percentuale di pazienti con sospetta patologia oncologica con diagnosi definitiva di neoplasia.

Relativamente ai programmi di screening per il carcinoma della mammella e della cervice uterina, essi devono ottenere una copertura della popolazione bersaglio rispettivamente >70% e >85%.

La partecipazione agli approfondimenti diagnostici dei pazienti con sospetta patologia oncologica deve essere > 65%.

Gli approfondimenti diagnostici o gli interventi inappropriati devono poter essere contenuti entro gli standard seguenti:

Screening mammografico:

1. percentuali di richiami < 5%
2. rapporto biopsie benigne/maligne inferiore a 1:1

Screening citologico:

1. percentuale campioni citologici inadeguati < 5%
2. percentuale invii II livello < 5%
3. campioni biotici inadeguati < 10%

Un'ottimizzazione di diagnosi può considerarsi raggiunta se gli standard seguenti vengono rispettati:

Screening mammografico:

1. percentuale dei tumori di volume inferiore ai 10 mm > 25%
2. percentuale dei tumori intervallo < 6/10.000

Screening citologico:

1. evidenza di CIN sui prelievi biotici > 85%
2. percentuale di pazienti sottoposte ad isterectomia < 5%

LA FASE DI DIAGNOSI PRECOCE NELLE AZIENDE SANITARIE TERRITORIALI

Nel presente lavoro, la fase del ciclo diagnostico terapeutico identificata come “diagnosi precoce” è stata analizzata al fine di indagare le modalità con cui le singole AO coinvolte nel progetto svolgono il proprio ruolo nel pianificare, gestire ed organizzare l'offerta delle prestazioni dia-

gnostiche sul proprio territorio successive all'individuazione di esiti positivi agli esami di I livello.

Nella fase di diagnosi precoce i principali ambiti indagati sono stati:

- pianificazione, monitoraggio e controllo
- gestione del servizio
- integrazione.

PIANIFICAZIONE, MONITORAGGIO E CONTROLLO

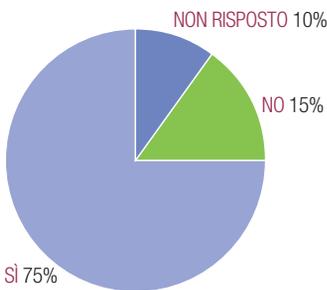
L'ambito di pianificazione, monitoraggio e controllo è stato indagato concentrandosi sulle attività svolte dalle AO nel valutare la coerenza tra l'offerta di prestazioni diagnostiche tempestive e i bisogni della popolazione afferente al territorio delle AO stesse.

Pianificazione

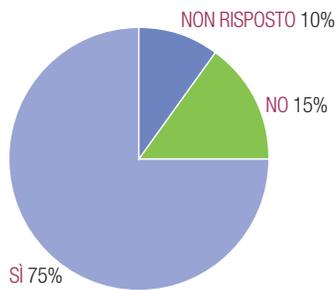
L'attività di pianificazione svolta dalle AO con riferimento alla fase di diagnosi precoce è stata indagata in termini di disponibilità e utilizzo di strumenti ed indicatori per l'analisi e la valutazione della domanda e dell'offerta delle relative prestazioni.

Il 75% delle AO coinvolte dichiara di utilizzare meccanismi strutturati di pianificazione e di effettuare un'analisi tra la positività degli esiti agli screening e l'offerta di prestazioni diagnostiche da eseguire per completare la diagnosi (valutazione domanda-offerta).

In tutti i casi le AO utilizzano strumenti e indicatori specifici per tale pianificazione.



Percentuale di AO che effettuano valutazione del rapporto tra esiti positivi di I livello e accertamenti di II livello (analisi domanda-offerta)



Utilizzo di strumenti e indicatori per l'analisi domanda-offerta

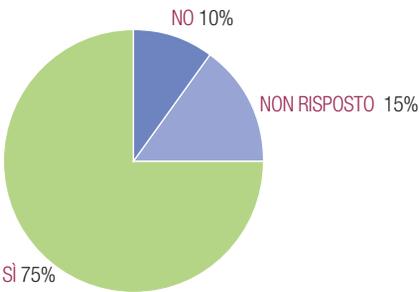
MONITORAGGIO E CONTROLLO

Il 75% delle AO segnala di disporre di informazioni e dati che consentono di verificare la coerenza tra domanda e offerta di prestazioni dia-

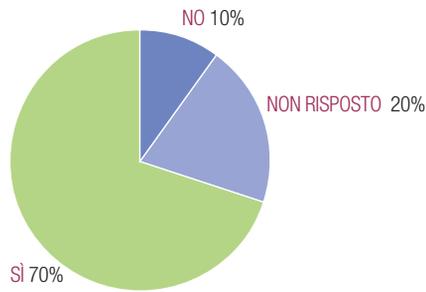
gnostiche in fase d'integrazione con la prevenzione secondaria, cioè per gli utenti positivi agli screening.

Tali dati sono disponibili nel 58% dei casi relativamente alle strutture di diagnosi gestite dall'Azienda Ospedaliera, nel 42% dei casi relativamente a strutture di diagnosi gestite da altre Istituzioni (Asl, privati accreditati, ecc...).

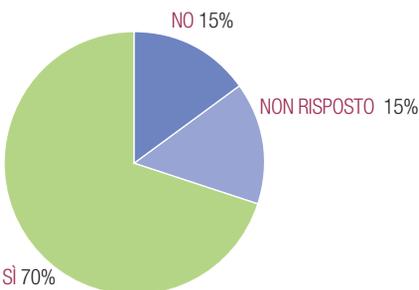
- Il monitoraggio delle liste di attesa dei pazienti trovati positivi allo screening è condotto dal 70% delle AO, per tutte le principali prestazioni diagnostiche.
- Il 70% delle AO dispone di sistemi per il monitoraggio dei centri e delle strutture utilizzate per la diagnosi e in particolare per rilevare le caratteristiche dell'offerta diagnostica (numero di prestazioni, apparecchiature, ecc...). Il 72% delle AO che adottano tali sistemi effettua un monitoraggio 'ad hoc' e in particolare dell'offerta diagnostica per gli esiti positivi agli screening.



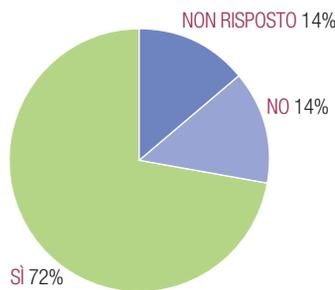
Disponibilità dati e informazioni per valutazione offerta diagnostica Il livello per esiti positivi allo screening



Percentuale di AO che monitorano le liste d'attesa per esiti positivi allo screening



Disponibilità strumenti per monitoraggio caratteristiche offerta diagnostica



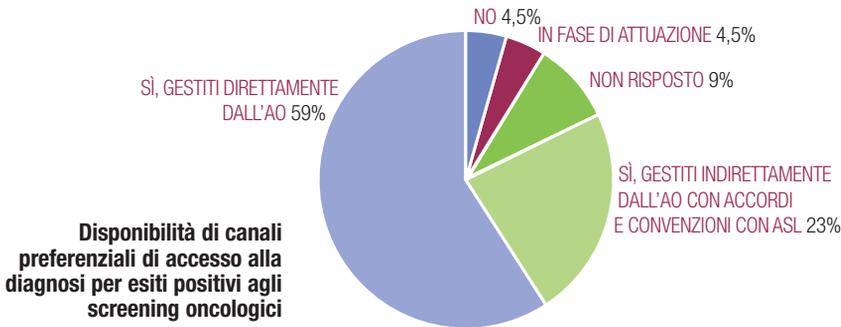
Monitoraggio 'ad hoc' offerta diagnostica per esiti positivi allo screening

LE CARATTERISTICHE DELL'OFFERTA

La gestione del servizio di diagnosi precoce è stata analizzata indagando due principali attività: le caratteristiche e la gestione dell'offerta di prestazioni diagnostiche (in generale) e la modalità con cui si favorisce l'accesso del paziente, in particolare quello positivo allo screening, alle prestazioni di diagnosi.

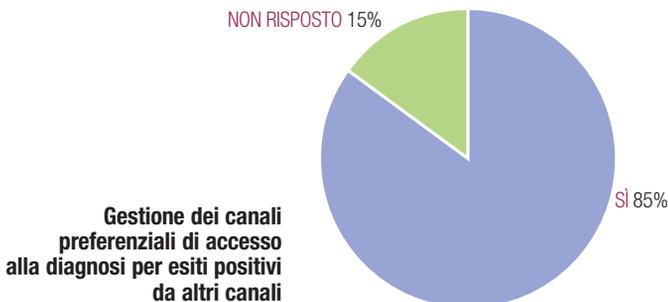
I canali preferenziali

Nell'86,5% dei casi, le strutture che erogano prestazioni diagnostiche offrono (o lo stanno programmando) canali preferenziali di accesso alla diagnosi (diritto di precedenza, liste d'attesa, modalità e automatismi di prenotazione, stesso ambito medico d'indagine, ecc...) per i pazienti oncologici positivi agli screening, rispetto alle altre attività di diagnosi dell'Azienda Ospedaliera.

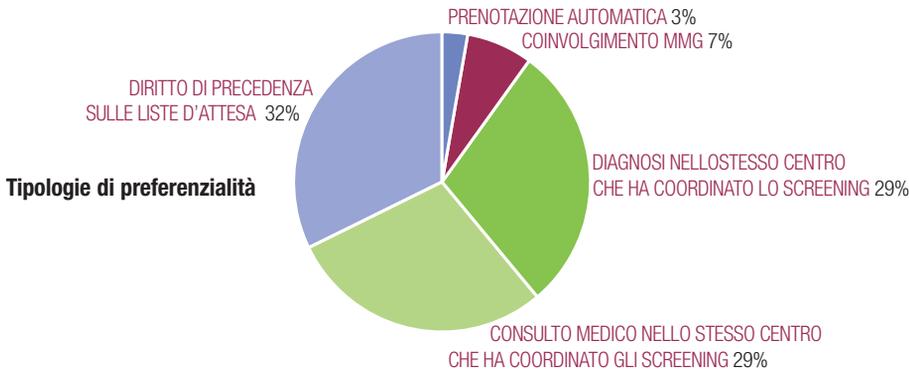


I canali preferenziali vengono gestiti direttamente dall'AO nel 59% dei casi. Nel 23% dei casi l'AO li gestisce indirettamente tramite accordi e convenzioni con le Asl.

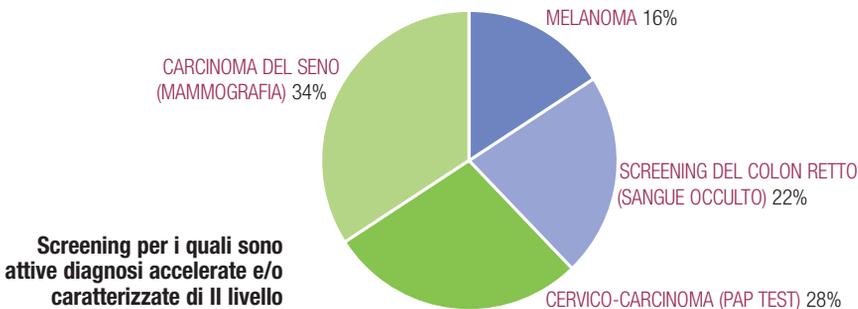
Nell'85% delle AO del campione i canali preferenziali sono attivi anche per casi urgenti di sospetta patologia oncologica non provenienti dal circuito screening (medico di medicina generale, specialisti sul territorio, pronto soccorso, altri canali).



Nel 32% dei casi la preferenzialità consiste nel diritto di precedenza sulle liste d'attesa, seguono in ugual misura (29%), la diagnosi nell'ambito dello stesso centro che ha coordinato lo screening e il consulto medico nell'ambito dello stesso centro che ha coordinato lo screening. Il medico di famiglia ha un ruolo determinante nella velocizzazione della diagnosi solo nel 7% dei casi.

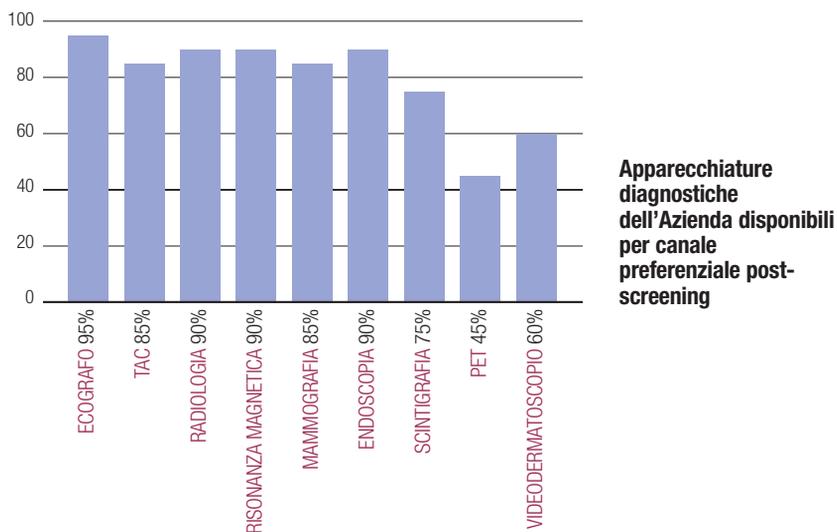


Gli screening oncologici per i quali sono disponibili canali preferenziali sono nel 34% dei casi il carcinoma mammario, nel 28% il cervico-carcinoma, nel 22% per il tumore del colonretto. Infine per il melanoma si registra una ancora ridotta possibilità di agevolazione delle liste d'attesa per le diagnosi precoci (solo nel 16% dei casi).



Strumenti di diagnosi precoce

L'offerta relativa alle strutture gestite direttamente dalle AO copre la quasi totalità delle principali prestazioni diagnostiche strumentali. Miglioramenti rimangono ancora da compiere nelle indagini PET.



La prenotazione dell'esame

La prenotazione dell'accertamento diagnostico post-screening avviene nel 47% dei casi nell'ambito e per tramite della stessa struttura che ha elaborato l'esito dello screening.

Nel 20% dei casi la prenotazione avviene tramite Centro unico di prenotazione (Cup), nel 13% via telefono e/o sportello, ancora in nessun caso via internet.



Comunicazione esito positivo referto

La comunicazione di una diagnosi con esito positivo di patologia oncologica rappresenta un passaggio di notevole criticità del percorso assistenziale.

DOVE AVVIENE. La comunicazione di esiti positivi alla diagnosi precoce viene comunicata nell'80% dei casi nell'ambito dell'Azienda, nel 10% all'esterno dell'AO.

COME AVVIENE

- Nel 36% dei casi la comunicazione dell'esito positivo è effettuata da un medico, che una volta su due (nel 18% dei casi) è oncologo.
- In alcune realtà (3 AO, quindi il 14% dei casi), l'oncologo medico è coadiuvato da un operatore dedicato al supporto psicologico e al sostegno sia del paziente che dei suoi familiari (in 3 AO, 5% dei casi). Il coinvolgimento di tale figura professionale è assicurato dalla stessa struttura che effettua la diagnosi.
- Nel 14% dei casi la consegna del referto positivo avviene tramite lettera e nel 4,5% dei casi tramite un operatore non medico.

Modalità di comunicazione di esiti positivi, fase di diagnosi precoce	N. casi	%
Colloquio con Oncologo medico	4	18%
Colloquio con Oncologo medico con il supporto di psicologo	3	14%
Medico	8	36%
Lettera	3	14%
Altro operatore sanitario	1	4,5%
È previsto il supporto anche ai familiari	1	5%
Non risposto	2	9%

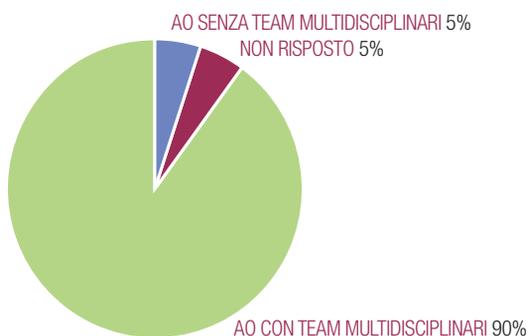
L'INTEGRAZIONE

L'integrazione in questa fase è stata valutata in termini di coordinamento tra le Istituzioni coinvolte nell'erogazione dell'attività diagnostica precoce di II livello e di collegamenti con la successiva fase terapeutica.

Il coordinamento

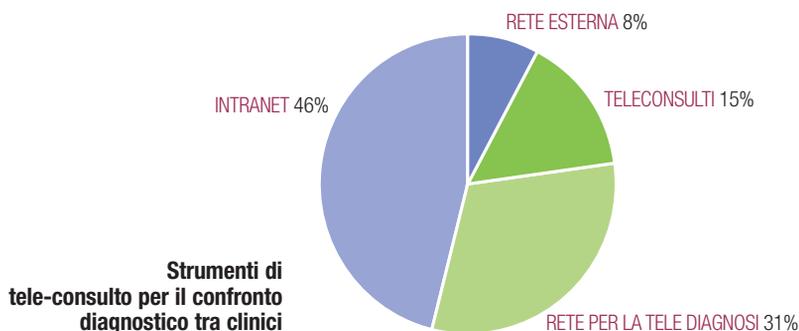
Sono state indagate le modalità strutturate di confronto tra i clinici per la valutazione dei casi al fine di formulare la diagnosi con il concorso di più esperti ed eventualmente di più e altre figure professionali.

Nel 90% delle AO sono stati costituiti in forma stabile dei team multidisciplinari per la disamina dei casi diagnostici.



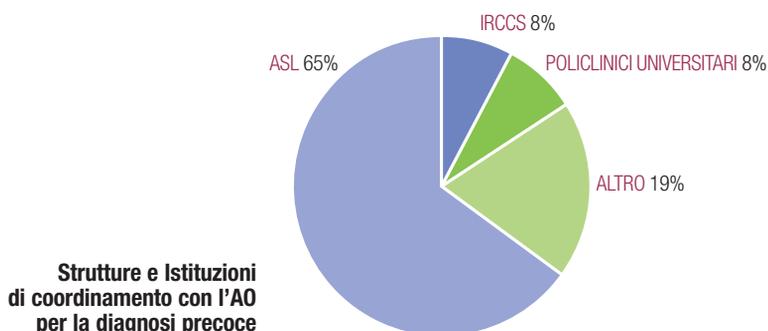
Percentuale di AO dove operano team multidisciplinari per la diagnosi precoce

Nell'85% delle AO esistono modalità strutturate di confronto tra i clinici nella valutazione dei singoli casi (dato non in tabella): tali strumenti sono nel 46% dei casi le reti intranet, nel 31% reti di tele-diagnosi, nel 15% modalità di collegamento (tele consulto) tra i diversi centri di diagnosi che permettono modalità strutturate di confronto a distanza tra i clinici e tra le varie professionalità sui casi complessi.



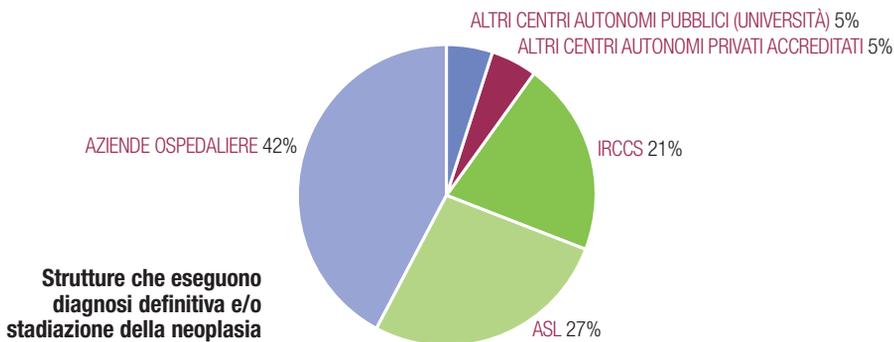
Il coordinamento tra i centri garantisce, in presenza di sospetto diagnostico di patologia oncologica, che il caso sia sottoposto rapidamente alle migliori professionalità e/o nei centri più esperti in ciascun caso. Il coordinamento per la diagnosi precoce è attivo nel 65% dei casi con le Asl, nell'8% dei casi con un Irccs o con l'Università (policlinici).

Nel 19% dei casi il coordinamento è con Società scientifiche, Gruppi di ricerca (Gisci, Gisma), Unità operative interne alla AO e reti oncologiche regionali (Lombardia).

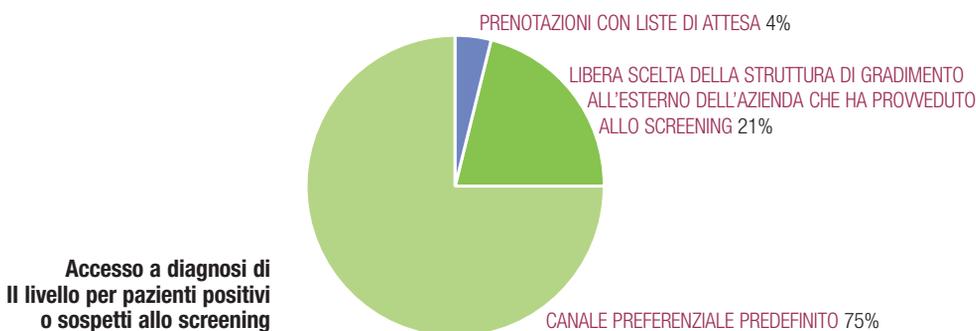


Integrazione con le fasi successive

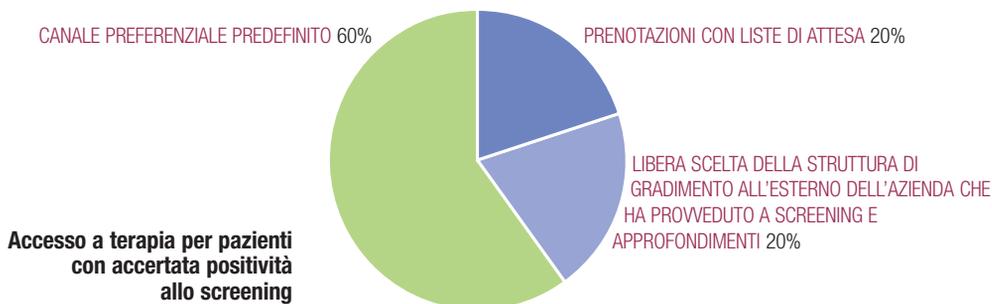
Nel 42% delle AO del campione la diagnosi definitiva e/o la stadiazione del tumore seguente al primo accertamento diagnostico precoce avviene nell'ambito della stessa AO. In questi casi (8 AO del campione), 2 AO (il 20%, 10% sul campione complessivo) si appoggiano anche a centri esterni.



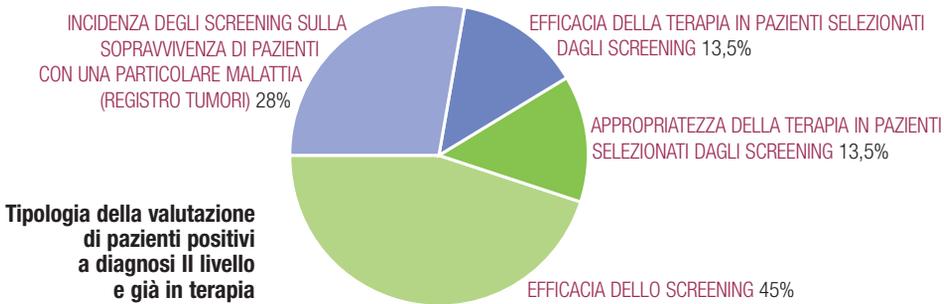
Nel 75% dei casi i pazienti trovati positivi o con patologia sospetta allo screening accedono agli accertamenti di secondo livello con un canale preferenziale predefinito. Nel 21% dei casi vengono lasciati liberi di rivolgersi ad una struttura di loro gradimento all'esterno dell'Azienda che ha provveduto allo screening.



Nel 60% dei casi i pazienti con patologia accertata allo screening accedono alla terapia con un canale preferenziale predefinito. Nel 20% dei casi i pazienti sono liberi nella scelta della struttura di terapia.



Nel 45% dei casi per i pazienti con patologia accertata allo screening e già sottoposti a terapia viene ricavato un report di valutazione dell'efficacia dello screening stesso, nel 27% dei casi obiettivo del report è la valutazione dell'efficacia o della appropriatezza delle terapie, mentre nel 28% dei casi si valuta anche l'incidenza degli screening sulla sopravvivenza dei pazienti affetti da un particolare tipo di neoplasia (registro tumori).



Diagnosi precoce. Conclusioni

ATTIVITÀ ANALIZZATE	EVIDENZE EMERSE	BEST PRACTICES	OPPORTUNITÀ DI MIGLIORAMENTO
1. PIANIFICAZIONE, CONTROLLO, MONITORAGGIO	<ul style="list-style-type: none"> • Il 75% delle AO può disporre di strumenti e indicatori per l'analisi e la valutazione della domanda e dell'offerta di prestazioni diagnostiche, sia in generale che di tipo oncologico. • La disponibilità di sistemi informativi avanzati condiziona lo sviluppo di una pianificazione e un monitoraggio strutturati. • L'attività di pianificazione (in particolare termini di disponibilità di dati per valutazione domanda/offerta) è guidata principalmente dalla AO (58%), seguita dall'Asl (42%). 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilità di dati di confronto domanda-offerta di diagnosi precoce post-screening. • Monitoraggio delle liste d'attesa post-screening. • Monitoraggio 'ad hoc' delle dotazioni diagnostiche per il post-screening. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementare maggiori e migliori sistemi informativi a supporto della pianificazione. • Sviluppare un'analisi strutturata delle informazioni già disponibili con riferimento a domanda e offerta di prestazioni diagnostiche.

ATTIVITÀ ANALIZZATE	EVIDENZE EMERSE	BEST PRACTICES	OPPORTUNITÀ DI MIGLIORAMENTO
<p>2. GESTIONE DEL SERVIZIO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Modalità di accesso preferenziali per i casi provenienti dal circuito dello screening nell'86,5% dei casi (gestiti direttamente dalle AO nel 59% dei casi). • Disponibilità delle principali apparecchiature di diagnosi nelle AO del campione. • Prenotazione dell'esame avviene nel 47% dei casi nell'ambito della stessa struttura che ha effettuato lo screening. • La comunicazione dell'esito del referto positivo avviene nel 36% dei casi tramite un medico, nel 18% dei casi è un oncologo e nel 14% egli ha l'ausilio di uno psicologo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Priorità di accesso anche per casi non provenienti direttamente dal circuito dello screening. • Dotazioni di tecnologie diagnostiche: PET presente in 45% delle AO rispetto al 19% nelle Asl. • Prenotazione esame Il livello nella stessa struttura che effettua screening. • Psicologo nella comunicazione test genetici donne ad alto rischio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Potenziare l'integrazione del servizio di prenotazione presso le diverse strutture del territorio. • Incrementare il livello di informazioni disponibili per il cittadino con particolare riferimento ai tempi di attesa di tutte le strutture del territorio. • Strutturazione di sistemi in grado di individuare ed indirizzare in tempi rapidi i pazienti con sospetta patologia oncologica all'accertamento di Il livello, non lasciandoli in balia di sé stessi come accade in qualche caso.

ATTIVITÀ ANALIZZATE	EVIDENZE EMERSE	BEST PRACTICES	OPPORTUNITÀ DI MIGLIORAMENTO
<p>3. INTEGRAZIONE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si rileva una forte integrazione tra specialisti nella fase di formulazione della diagnosi, specialmente nei casi più complessi. • Il coinvolgimento nella fase di confronto tra clinici è allargato non solo alle unità del centro oncologico, o alle altre unità operative dell'AO, ma anche ad altre strutture del territorio (Asl). • Nel 60-75% dei casi il passaggio alla fase di terapia è strutturato e nel 45% dei casi monitorato tramite report di valutazione per garantire la massima continuità nel follow-up del paziente con diagnosi di I livello (screening), diagnosi sospetta o accertata, e in terapia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presenza di tecnologie a supporto del confronto tra specialisti (telediagnosi). • Corsie preferenziali per diagnosi Il livello e terapia per utenti positivi allo screening • Redazione di report per valutare l'influenza dello screening su efficacia e appropriatezza (27% dei casi), terapie e sopravvivenza (28% dei casi). • Coordinamento tra AO e Società scientifiche, Gisci, Gisma. 	<ul style="list-style-type: none"> • Potenziare il coinvolgimento del MMG nella presa in carico del paziente. • Potenziare la compilazione di report di valutazione dell'efficacia degli screening. • Potenziare la compilazione di report di valutazione dell'appropriatezza della terapia nei pazienti selezionati dagli screening e dell'incidenza degli screening sulla sopravvivenza dei pazienti affetti da un particolare tipo di malattia (aumentare la diffusione e l'attivazione dei registri tumori).

Appendice

I risultati principali della prima fase del progetto: l'analisi condotta nelle Asl

LE ASL COINVOLTE E IL BACINO D'UTENZA

La prima fase del progetto, conclusosi nel 2005, ha riguardato un campione di 16 Asl distribuite su tutto il territorio nazionale rappresentative delle varianti demografiche e delle caratteristiche dell'offerta sanitaria.

Il bacino d'utenza rappresentato e indagato dall'analisi ha coperto complessivamente più di 7 milioni di assistiti residenti (7.214.619), il 12,5% della popolazione italiana.

I RISULTATI PRINCIPALI

A.1) Prevenzione primaria

Quasi tutte le Asl del campione risultano aver attivato campagne di prevenzione primaria su alimentazione scorretta e fumo (94%), il 70% su un rischio ambientale generico, il 30% su un rischio ambientale specifico legato al territorio (quali benzene, raggi UV, prodotti fitosanitari, polveri) o sull'inattività fisica. Il 60% sul consumo di alcolici.

La popolazione viene coinvolta nel 90% dei casi per lo più con campagne di sensibilizzazione realizzate con opuscoli e materiale informativo: la modalità più utilizzata (80% dei casi) è l'organizzazione delle giornate dedicate alla prevenzione, seguono spazi pubblicitari, 70%, internet 56%, coinvolgimento scuole 75%. Il maggior partner delle Asl sono proprio le scuole, i medici specialisti vengono chiamati a collaborare nel 44% dei casi, quelli di famiglia nel 38%.

A.2) Prevenzione secondaria

Solo il 25% delle Asl ha avviato tutti e 3 gli screening previsti dal Psn 2003-2005 e cioè cervice uterina, seno e coloretto: il primo è attivo in 9 Asl su 10 (obiettivo di copertura indicato dal Psn del 70% della popolazione, raggiunto da metà delle Asl), quello del seno in 8 su 10 (copertura sufficiente -85%- per il 43% delle Asl), segue in ultima posizione quello del coloretto (25%, più del 70%, indicazione di sufficienza mancante).

La comunicazione generica ai cittadini avviene sempre con opuscoli ed eventi (es. giornata della salute), i media sono coinvolti nell'80% dei casi, il web utilizzato nel 38%, quella specifica ai cittadini target (reclutamento) con lettera diretta personalizzata (79%), con il supporto del medico di fiducia (29%) o direttamente tramite esso (invio al medico dell'elenco degli assistiti eleggibili, consegna della lettera in ambulatorio) solo nel 7% dei casi. Il medico di famiglia è coinvolto nel 64% dei casi tramite eventi formativi 'ad hoc' con specialisti.

Gli esiti se negativi vengono comunicati prevalentemente con lettera

(79%), se positivi si utilizza la lettera nel 43% dei casi e il ritiro presso Asl nel 36% dei casi. Da rilevare che nel 14% dei casi il paziente trovato positivo non viene indirizzato agli approfondimenti diagnostici e dovrà pertanto autonomamente rivolgersi al proprio medico curante o alle strutture dell'Asl.

B) Diagnosi

L'ambito è indagato (specialmente dalla seconda tranche del progetto) allo scopo di individuare e migliorare la tempestività della diagnosi e la continuità assistenziale. Da rilevare che il 63% delle Asl non dispone di sistemi per il monitoraggio della struttura di diagnosi, sia essa dell'Asl o di altre strutture. I centri Asl dispongono tutti di ecografo, Tac e altre tecniche radiologiche, la risonanza magnetica è disponibile nell'88% delle Asl, la mammografia nel 75%, la scintigrafia nel 56%, la Pet nel 19%.

Il 59% delle Asl è in grado di fornire informazioni sulle liste di attesa delle strutture diagnostiche presenti sul territorio.

Per le modalità di prenotazione, il 33% delle Asl dispone di un Cup integrato che permette di accedere alle agende delle strutture autonome presenti sul territorio dell'Asl.

Per i casi non provenienti dal circuito dello screening, il 70% delle Asl dichiara di prevedere un accesso privilegiato ai servizi per i pazienti con sospetta patologia oncologica. Nel 12% dei casi è prevista l'assegnazione da parte del MMG o dello specialista di una priorità di accesso e diritto di precedenza nelle liste di attesa, nel 20% dei casi è attivo un sistema di prenotazione diretta da parte del MMG (nel 6% via intranet) che ha a disposizione alcune ore riservate nelle liste di attesa delle strutture dell'Asl. In tutte le Asl del campione la comunicazione dell'esito positivo è effettuata dall'oncologo medico che nel 25% dei casi è coadiuvato da un operatore dedicato al supporto psicologico e al sostegno sia del paziente che dei suoi familiari: nel 44% dei casi invece l'intervento psicologico è previsto solo in fase successiva alla diagnosi, a integrazione del percorso terapeutico.

I team multidisciplinari per la discussione dei casi diagnostici sono costituiti nel 36% delle Asl, e nel 19% sono disponibili modalità di tele consulto tra i diversi centri di diagnosi. La discussione dei casi complessi è una prassi consolidata ma non strutturata in tutte le Asl. L'accesso alla terapia, dove esistono modalità strutturate (67%), viene garantito nel 47% dei casi tramite protocolli e nel 20% dei casi tramite procedure standardizzate.

C) Terapia

Il 31% delle Asl è in grado di monitorare l'offerta terapeutica (numero di prestazioni effettuate, tipologia, ecc...) di tutte le strutture sul territorio. La chemioterapia è offerta da tutte le Asl, la radioterapia dal 64%, le cure riabilitative dal 64%, il supporto psicologico in questa fase nel 45%, mentre è ampia (93%) la copertura di altri tipi di supporto mediante associazioni di volontariato anche ai familiari.

Il referente unitario, cioè lo specialista cui il paziente oncologico fa riferimento lungo l'intero iter della fase terapeutica, non è stato rilevato in nessuna Asl. Call center oncologici sono predisposti nel 14% delle Asl.

D) Cure palliative, riabilitazione e supporto

I servizi di Assistenza domiciliare integrata (Adi) risultano attivi in quasi tutte (90%) le Asl analizzate: ma la possibilità di effettuare effettivamente cure palliative a domicilio, grazie alla presenza di un palliativista dedicato specificamente alle cure domiciliari, è concretamente attiva solo in 6 Asl su 10 (il 63%).

In 4 casi su 10 (il 38% del campione) è attiva una struttura di hospice per i pazienti terminali, mentre nel 19% dei casi l'hospice è in fase di realizzazione.

In attesa che si realizzino più strutture dedicate, i pazienti sono ospitati in regimi alternativi all'Adi che nella maggior parte dei casi risultano essere il ricovero ospedaliero. In questi casi il regime e la tipologia dell'assistenza possono risultare inappropriati ed inefficienti.

Nell'Adi il soggetto più coinvolto è il medico di famiglia (75% delle Asl), all'ultimo posto il dietologo (13%). La terapia antalgica è offerta nel 75% dei casi, il supporto psicologico nel 44%, quello economico previsto nel 13% delle Asl.

Il questionario della seconda fase

PREVENZIONE PRIMARIA

LA PIANIFICAZIONE

ANALISI DOMANDA-OFFERTA

Programmazione di specifiche iniziative in relazione a caratteristiche ed esigenze epidemiologiche del territorio:

sì no

PRESENZA DI STRUMENTI PER LA PIANIFICAZIONE

- Osservatorio Epidemiologico
- Registro Tumori
- Osservatorio e Registro

DA CHI SONO GESTITI GLI STRUMENTI DI PIANIFICAZIONE

- Osservatorio Epidemiologico
- Azienda ospedaliera
- Divisione o dipartimento
- Asl
- Regione, provincia, altro organismo istituzionale
- Università o altro ente di ricerca
- Registro Tumori

LE CARATTERISTICHE DELL'OFFERTA

COPERTURA DEI FATTORI DI RISCHIO

Sul territorio assistito sono state attivate le seguenti campagne di prevenzione primaria dirette a contrastare:

percentuale di copertura del territorio (barrare il valore riscontrato)

abitudine al fumo >30 % >50% >80%

alimentazione scorretta

e abuso di alcol >30 % >50% >80%

inattività fisica >30 % >50% >80%

infezioni:

HBV >30 % >50% >80%

HCV >30 % >50% >80%

HP >30 % >50% >80%

HPV >30 % >50% >80%

HIV >30 % >50% >80%

EBV >30 % >50% >80%

esposizione in ambiente di lavoro

>30 % >50% >80%

radon, radiazioni ionizzanti per scopi medici

>30 % >50% >80%

e radiazioni ultraviolette

cancerogeni ambientali

>30 % >50% >80%

rischi ambientali generici. Indicare quali:

rischio ambientale legato al territorio:

- benzene
- radiazioni ultraviolette
- prodotti fitosanitari
- polveri di legno duro
- altri

STATO DI ATTIVAZIONE

Quali delle campagne sui sopraelencati fattori di rischio sono al momento attive o in fase di attivazione (in quest'ultimo caso indicare anche la data di lancio):

AMPIEZZA DELLE CAMPAGNE

- Comunale
- Provinciale
- Regionale
- Macroregionale
- Nazionale

DA CHI SONO PROMOSSE LE CAMPAGNE

- Azienda ospedaliera
- Divisione o dipartimento
- Asl
- Ministero, Regione, provincia, altro organismo istituzionale
- Università o altro ente di ricerca
- Altro

I FINANZIAMENTI

Da chi sono finanziate le campagne di prevenzione primaria:

- Asl
- Regione
- Ministero
- Sponsor esterni

In quali attività nell'ambito delle campagne vengono investiti prevalentemente i finanziamenti:

- spazi pubblicitari
- materiale divulgativo
- comunicazione
- altro _____

IN COSA CONSISTONO

Campagne di sensibilizzazione attraverso:

- pubblicazione e distribuzione di opuscoli e materiale informativo:

Modalità di distribuzione:

- all'interno della Divisione
- all'interno dell'Azienda ospedaliera
- porta a porta, one to one
- medici di famiglia
- specialisti
- altra modalità _____

Stampa, Tv e radio, dove:

- locali
- regionali
- nazionali

internet, dove:

- proprio sito
- sito dell'Azienda ospedaliera
- altro sito(i) di _____

Spazi pubblicitari, dove _____

Stampa, Tv e radio, dove:

- locali
- regionali
- nazionali
- cartellonistica
- altro _____

Eventi 'ad hoc'

- giornate dedicate alla prevenzione
- visite gratuite
- altro evento

Iniziative formative ed educazionali

- attività nelle scuole
- attività nei luoghi di lavoro
- altre sedi _____

L'INTEGRAZIONE

COORDINAMENTO

Quale struttura sovrintende e coordina la gestione delle campagne:

- Direzione scientifica di Dipartimento o Divisione
- Direzione dell'Azienda ospedaliera
- Gruppi di lavoro 'ad hoc'
- Asl
- Presidi territoriali
- Dipartimenti Università
- Altro _____

PARTECIPAZIONE ATTIVA DEGLI ONCOLOGI MEDICI

In quale fase avviene:

- pianificazione
- progettazione
- realizzazione, per quale attività prevalente:

COINVOLGIMENTO DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

- no
- sì, in quale attività: _____

COINVOLGIMENTO DI OPERATORI ED ENTI NON SANITARI

scuole:

- elementari
- medie
- superiori
- università
- post-università

associazioni di promozione sociale:

- volontari
- associazioni di pazienti e/o familiari
- associazioni di categoria o di settore
- associazioni consumatori
- altro
- sponsor
- aziende
- altro _____

PREVENZIONE SECONDARIA

LA PIANIFICAZIONE

ANALISI DOMANDA-OFFERTA

In fase di pianificazione degli screening, viene valutata la coerenza tra l'offerta di prestazioni rispetto a bisogni e necessità della popolazione?

- sì no

MONITORAGGIO E CONTROLLO

L'Azienda monitora la copertura della popolazione?

- sì no

Se sì, chi la monitora?

- L'Azienda stessa, in 'prima persona'
 Dipartimento/Divisione
 Altro _____

Vengono monitorati:

- Gli esami di I livello
 Gli esami di II livello
 Entrambi i livelli di esami

Vengono effettuati controlli di qualità sulla tipologia degli esami e sulla gestione delle campagne?

Sì, in base a indicazioni (linee guida) di:

- Autorità sanitarie (regionali o nazionali)

Società scientifiche, quali: _____

Gruppi di ricerca, quali: _____

- No

Viene monitorata l'accuratezza dei test di screening effettuati, mediante verifiche sulle percentuali di falsi positivi?

- Sì, se possibile indicare la % di falsi positivi riscontrata

- No

LE CARATTERISTICHE DELL'OFFERTA

LE STRUTTURE COINVOLTE

L'Azienda realizza le campagne di screening:

- esclusivamente attraverso proprie strutture
 in coordinamento con le Asl
 in coordinamento con privati convenzionati
 in coordinamento con altri enti, indicarli: _____

LE TIPOLOGIE DI SCREENING

Sono state attivate le seguenti campagne di prevenzione secondaria:

- cervico-carcinoma (pap test)
in che anno la prima campagna _____
% attuale di copertura della popolazione _____
- carcinoma del seno (mammografia)
in che anno la prima campagna _____
% attuale di copertura della popolazione _____
- screening del colon retto (sangue occulto)
in che anno la prima campagna _____
% attuale di copertura della popolazione _____

STATO DI ATTIVAZIONE

Quali delle campagne sopraelencate sono al momento attive o in fase di attivazione (in quest'ultimo caso indicare accanto anche la data prevista di lancio): _____

DEFINIZIONE DELLE LISTE DI RECLUTAMENTO AGLI SCREENING

Avviene a partire da un elenco della popolazione anagraficamente eleggibile allo screening, ma tale lista è successivamente rivista-corretta-aggiornata-integrata sulla base di informazioni relative allo stato di salute dei cittadini e alle prestazioni diagnostiche già effettuate, tramite:

- sistemi informativi
 front office telefonici
 coinvolgimento dei medici di medicina generale
 Avviene esclusivamente sulla base delle informazioni relative ad età e sesso contenute nelle liste anagrafiche comunali o sanitarie
 Avviene in altro modo, quale: _____

LA COMUNICAZIONE DELLE CAMPAGNE DI SCREENING

Avviene attraverso:

- materiale informativo (opuscoli, depliant, booklet, ecc...)
 eventi 'ad hoc' (giornata della salute, giornata della prevenzione, ecc...)
 Internet
 campagne comunicazionali sui media, con forme di collaborazione con i media:
 con costi per l'Azienda
 senza costi per l'Azienda

CONTATTO DELLA POPOLAZIONE TARGET

Avviene attraverso:

- lettere personalizzate al domicilio
- contatto telefonico
- medici di medicina generale

specificare in quale forma (firma sulla lettera di convocazione, ecc...) _____

- altro _____

INVIO DEL SOLLECITO

Viene verificata la risposta all'invito allo screening?

- sì
- no

Se sì, come avviene il sollecito?

- seconda comunicazione scritta
- contatto telefonico
- medici di medicina generale
- altra modalità _____

GESTIONE DEGLI ESITI DA REFERTO

Comunicazione esiti negativi

- comunicazione scritta al domicilio
- ritiro dell'esito degli esami esclusivamente presso gli sportelli dell'AO
- contatto telefonico
- medici di medicina generale

Comunicazione esiti positivi

- comunicazione scritta al domicilio
- ritiro dell'esito degli esami esclusivamente presso:
 - gli sportelli dell'AO
 - la struttura oncologica
- tramite colloquio
- contatto telefonico
- medici di medicina generale

L'INTEGRAZIONE

IL COORDINAMENTO

La gestione dei programmi di screening avviene in maniera coordinata con quali istituzioni:

- Asl
- Regione
- Ministero
- Altra struttura o ente esterno _____

IN COSA CONSISTE IL COORDINAMENTO

- Gestione unitaria delle liste di reclutamento
- Gestione unitaria degli esiti degli esami
- Altro _____

COINVOLGIMENTO DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

- sì
- no

Nell'ambito di quali iniziative/attività:

- eventi formativi
- comunicazione della lista degli iscritti nel programma di screening
- comunicazione in caso di referto:
 - negativo
 - positivo

INTEGRAZIONE CON LA FASE SUCCESSIVA:

L'AVVIO ALLA DIAGNOSI

Vengono fornite al paziente indicazioni in merito alle strutture cui rivolgersi per la diagnosi:

- sì
- no

Se sì:

- Nella stessa struttura ove si è effettuato l'esame di screening
- In altra struttura o Azienda diversa da quella dove è stato effettuato l'esame di screening

Con quale modalità:

- nella lettera di comunicazione dell'esito dell'esame
- telefonicamente
- direttamente dal centro di diagnosi dove è stato effettuato l'esame di screening
- altro _____

L'accesso alle procedure diagnostiche successive

- è gestito direttamente dal personale addetto allo screening
- è gestito liberamente dal paziente

LA DIAGNOSI PRECOCE

PREMESSA

Viene identificata una fase intermedia tra screening e diagnosi (chiamata diagnosi precoce) che riguarda l'esistenza di percorsi preferenziali e strutturati per l'individuazione dei tumori in fase precoce. Si indaga se e come il paziente risultato positivo allo screening o giunto all'Azienda su segnalazione del medico o direttamente, viene seguito nell'iter successivo, in particolare allo scopo di verificare – appunto attraverso la fase di diagnosi precoce – l'effettiva positività dell'esame (approfondimento diagnostico) e, se del caso, iniziare una terapia.

LA PIANIFICAZIONE

ANALISI DOMANDA-OFFERTA

Viene effettuata un'analisi tra la positività degli esiti agli screening e l'offerta di prestazioni diagnostiche da eseguire per completare la diagnosi?

sì no

PRESENZA DI STRUMENTI PER LA PIANIFICAZIONE

Vengono utilizzati strumenti ed indicatori per tale analisi?

sì no

MONITORAGGIO E CONTROLLO

Sono disponibili informazioni e dati che consentono di verificare la coerenza tra domanda e offerta di prestazioni diagnostiche in fase di integrazione con la prevenzione secondaria?

Sì

Tali dati sono disponibili relativamente alle strutture di diagnosi:

gestite dall'Azienda Ospedaliera

gestite da altre Istituzioni (Asl, privati accreditati, ecc...)?

No

Viene effettuato il monitoraggio delle liste d'attesa dei pazienti trovati positivi allo screening?

sì no

Vi sono strumenti deputati al monitoraggio dei centri e delle strutture utilizzate per la diagnosi oncologica e in particolare per rilevare le caratteristiche dell'offerta diagnostica (numero di prestazioni, apparecchiature, ecc...)?

sì no

Nell'ambito di tale monitoraggio, viene effettuata un'analisi dell'offerta diagnostica in particolare relativa agli esiti positivi degli screening?

sì no

LE CARATTERISTICHE DELL'OFFERTA

I CANALI PREFERENZIALI

Vi sono canali preferenziali di accesso alla diagnosi (diritto di precedenza, liste d'attesa, modalità e automatismi di prenotazione, stesso ambito medico d'indagine, ecc...) per i pazienti oncologici positivi agli screening rispetto ad altre attività di diagnosi dell'Azienda Ospedaliera?

Sì, gestiti direttamente dall'AO

Sì, gestiti indirettamente dall'AO. L'Azienda Ospedaliera copre questa esigenza tramite accordi e convenzioni con:

Asl

IRCCS

Policlinici Universitari

centri autonomi privati accreditati

Altro _____

No

Vi sono canali preferenziali di accesso alla diagnosi anche per casi urgenti di sospetta patologia oncologica non provenienti dal circuito screening (medico di medicina generale, specialisti sul territorio, pronto soccorso, altri canali...)?

sì no

In cosa consiste, se esiste, la preferenzialità?

Diritto di precedenza sulle liste d'attesa

Prenotazione automatica

Diagnosi nell'ambito di stesso centro/struttura che ha coordinato lo screening

Consulto medico nell'ambito di stesso centro/struttura che ha coordinato lo screening

Coinvolgimento del medico di medicina generale

Altro _____

Collegata a quali screening, se disponibile, è attiva una procedura accelerata e/o caratterizzata di accesso alla diagnosi?

cervico-carcinoma (pap test)

carcinoma del seno (mammografia)

screening del colon retto (sangue occulto)

melanoma

STRUMENTI DI DIAGNOSI PRECOCE

Quali apparecchiature diagnostiche dell'Azienda sono disponibili per le diagnosi effettuate attraverso il canale preferenziale post-screening?

Ecografo

TAC

Radiologia

Risonanza magnetica

- Mammografia
- Endoscopia
- Scintigrafia
- PET
- videodermatoscopio

LA PRENOTAZIONE DELL'ESAME

Come avviene la prenotazione dell'accertamento diagnostico post-screening?

- A cura della struttura che ha elaborato l'esito dello screening
- A cura dell'Azienda Ospedaliera e/o Divisione – Dipartimento oncologico
- A cura del cittadino/paziente, tramite:
 - Telefono
 - Sportello
 - Internet
- Tramite Cup:
 - Dell'Azienda Ospedaliera
 - Dell'Asl
 - Integrato
 - Sovra-aziendale

COMUNICAZIONE ESITO REFERTO

La comunicazione di esiti positivi alla diagnosi precoce viene comunicata:

- Nell'ambito dell'Azienda Ospedaliera
- Nel centro esterno dove avviene la diagnosi

Come avviene la comunicazione dell'esito positivo alla diagnosi precoce:

- Colloquio con Oncologo medico
- Colloquio con Oncologo medico con il supporto di altro operatore:
 - Psicologo
 - Altro _____
 - Medico
- Altro operatore sanitario
- È previsto il supporto anche ai familiari
- Lettera
- Call center

L'INTEGRAZIONE

IL COORDINAMENTO

Nella fase di diagnosi precoce esistono team multidisciplinari per il coordinamento strutturato delle diverse professionalità cliniche:

- sì
- no

GLI STRUMENTI DI COORDINAMENTO

Esistono modalità strutturate di confronto tra i clinici nella valutazione dei singoli casi:

- sì
- no

Se sì, vengono utilizzati strumenti di lavoro "a distanza", quali:

- rete per la tele diagnosi
- intranet
- rete esterna
- teleconsulti

Con quali strutture esiste un collegamento per la diagnosi precoce

- Asl
- IRCCS
- Policlinici Universitari
- Centri autonomi privati accreditati
- Altro _____

INTEGRAZIONE CON LE FASI SUCCESSIVE

In quale ambito avviene la diagnosi definitiva e/o la stadiazione del tumore seguente al primo accertamento diagnostico precoce?

- Aziende Ospedaliere:
 - Nel centro che ha eseguito la prima diagnosi
 - In un altro centro
- IRCCS
- Asl
- altri centri autonomi pubblici (Università)
- altri centri autonomi privati accreditati

I pazienti trovati positivi o con patologia sospetta allo screening accedono agli accertamenti di secondo livello:

- Seguendo le prenotazioni con liste di attesa
- Con un canale preferenziale predefinito
- Vengono lasciati liberi di rivolgersi ad una struttura di loro gradimento all'esterno dell'Azienda che ha provveduto allo screening

I pazienti con patologia accertata allo screening accedono alla terapia:

- Seguendo le prenotazioni con liste di attesa

- Con un canale preferenziale predefinito
- Vengono lasciati liberi di rivolgersi ad una struttura di loro gradimento all'esterno dell'Azienda che ha provveduto allo screening ed agli approfondimenti di II livello

Per i pazienti con patologia accertata allo screening e sottoposti a terapia:

- Viene ricavato un report di valutazione dell'efficacia dello screening
- Viene ricavato un report per valutare l'efficacia della terapia nei pazienti selezionati dagli screening
- Viene ricavato un report per valutare l'appropriatezza della terapia nei pazienti selezionati dagli screening
- Vi è la possibilità di valutare l'incidenza degli screening sulla sopravvivenza dei pazienti affetti da un particolare tipo di malattia (registro tumori)

Le sfide: invecchiamento, cronicizzazione e budget

L'INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE

La popolazione mondiale sta invecchiando con un ritmo costante: le proiezioni al 2030 parlano di un 40% circa della popolazione in età superiore a 65 anni. Se nel 1930 la proporzione era di 1 a 15, nel 1990 era di 1 a 8 e ci si aspetta che nel 2030 sia di 1 a 5.

In particolare la popolazione italiana sta invecchiando ad una velocità che non ha eguali nel resto del mondo a causa del perdurante coesistere di due fattori congiunti: elevata longevità e bassa fecondità. Il tasso di crescita naturale italiano è negativo da molti anni: per il 2003 corrisponde ad un valore di -0.7 per mille abitanti, uno dei più bassi al mondo, pur con delle differenze tra Nord e Centro (dove comunque il tasso è ancora negativo) e Mezzogiorno caratterizzato invece dal segno positivo. Secondo le stime Istat il nostro Paese ha la più alta incidenza al mondo di popolazione oltre i 65 anni di età, il 19% nel 2003, con una previsione del 20% nel 2010. Nel 2020 gli anziani rappresenteranno il 27,2 % della popolazione totale con netta prevalenza degli ultraottantenni. Le stime dell'ONU sono ancora più pessimistiche con una previsione di ultrasessantacinquenni che già nel 2005 doveva superare il 25% (25,2). Gli italiani con più di 65 anni nel 2003 erano quasi 11 milioni (10.901.149 – il 19%) e tale cifra è in continuo e progressivo aumento.

Da qui al 2010 l'incremento di ultrasessantacinquenni nella popolazione generale italiana è stimato a più del 4%, da 11 milioni e mezzo del 2006 a più di 12 milioni nel 2010. Nel 2050 gli over-65 saranno il 33,6% della popolazione contro il 19,5% del 2005 (fonte Istat, rapporto 2005) cioè un cittadino su 3 avrà più di 65 anni.

Indicatori strutturali della popolazione, % 65+ al 1.1.2003 - Istat

Italia	19,0
Nord	20,2
Centro	20,7
Mezzogiorno	16,6

Previsioni di crescita della popolazione con più di 65 anni residente in Italia all'1.1.2005 - Istat

2005	2006	2007	2008	2009	2010
11.335.217	11.553.613	11.698.256	11.829.097	11.955.579	12.065.421 (21%)

ALTRI DATI DEMOGRAFICI

La natalità in Italia è attorno al 9 per mille abitanti con una tendenza alla crescita negli anni più recenti, da 9,1 nel 1999 a 9,4 nel 2002 e nel 2003, per l'apporto delle popolazioni immigrate. Il numero di figli per donna (Total Fertility Rate, TFR), pur restando tra i più bassi d'Europa e del mondo, è andato crescendo negli ultimi anni, passando da 1,22 nel 1999 a 1,30 nel 2003.

I RICOVERI

Secondo quanto riportato nel rapporto “Stato di salute e prestazioni sanitarie nella popolazione anziana” (Ministero della Salute, 2000) la popolazione anziana oggi in Italia determina:

- il 37% dei ricoveri ospedalieri ordinari;
- il 49% delle giornate di degenza e dei relativi costi stimati.

Inoltre il ricovero degli anziani è mediamente più complesso della popolazione generale di circa il 20%. Notevolmente variabile è l'offerta di strutture residenziali e semiresidenziali nelle diverse Regioni come pure l'assistenza domiciliare, il cui valore complessivo è molto verosimilmente ancora al di sotto dei bisogni. In linea con quanto previsto dalle recenti normative e dagli accordi Stato-Regioni, è prevedibile anche per questo gruppo di popolazione un ricorso più appropriato al ricovero ospedaliero ed un contestuale sviluppo di modalità assistenziali alternative.

I TUMORI

La forte correlazione e la congiuntura tra età della popolazione e incidenza delle patologie croniche determinano un costante e progressivo incremento quantitativo ma anche qualitativo della domanda di servizi sanitari. Le dinamiche demografiche citate in precedenza aggravano sensibilmente gli scenari futuri.

In tale contesto l'oncologia emerge come una delle aree su cui i governi centrali e periferici stanno concentrando un crescente livello di attenzione: oltre a rappresentare la seconda causa di morte, le patologie neoplastiche sono caratterizzate da quadri clinici complessi che per essere adeguatamente fronteggiati richiedono notevoli sforzi – il più possibile congiunti – da parte della comunità medico-scientifica e delle Istituzioni sanitarie.

Tutti i tumori: stime di incidenza al 2005

AREA	UOMINI			DONNE		
	Casi	Tasso grezzo	Tasso std	Casi	Tasso grezzo	Tasso std
Piemonte	12.101	602	364	9.996	480	284
Valle d'Aosta	331	572	378	277	475	302
Lombardia	23.588	544	389	21.803	486	305
Trentino Alto Adige	2.201	480	375	1.922	411	278
Veneto	10.697	494	367	9.904	445	281
Friuli Venezia Giulia	3.210	587	380	3.226	564	324
Liguria	4.744	652	374	3.992	511	271
Emilia Romagna	10.595	574	352	9.859	515	294
Toscana	9.647	591	361	8.037	469	272
Umbria	2.297	592	361	1.925	476	275
Marche	3.881	566	355	3.017	425	261
Lazio	12.671	506	366	11.351	428	285
Abruzzo	2.549	421	284	2.152	342	207
Molise	687	442	305	492	307	196
Campania	11.928	417	389	9.392	316	254
Puglia	7.511	376	308	6.266	302	220
Basilicata	1.271	431	318	979	326	225
Calabria	3.471	346	275	2.867	279	202
Sicilia	8.752	354	287	6.890	267	191
Sardegna	3.338	418	333	2.846	348	241
ITALIA	135.469	492	356	117.193	409	266

Tutti i tumori (ICD-9 140-208 escl. 173): Numero di nuovi casi, tasso grezzo di incidenza per 100.000, tasso standardizzato (standard europeo) per 100.000. Età: 0-84. Anno 2005.

I dati qui riportati sono stimati dal Reparto Epidemiologia dei Tumori del Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità.

INVECCHIAMENTO E NEOPLASIE

Cronicità delle malattie e anzianità della popolazione sono sfere assimilabili, accomunate da una progressiva crescita e che richiedono una forte integrazione dei servizi sanitari e di quelli sociali. In particolare necessitano di servizi residenziali e territoriali finora non sufficientemente disegnati e sviluppati nel nostro Paese, oltre che di fondi ancora insufficienti. Alcuni dati chiariscono quanto in particolare tumori e anzianità siano fenomeni collegati.

I tumori negli anziani

Il rischio relativo o percentuale di ammalarsi di cancro cresce con l'età: ecco di quanto secondo i valori espressi dall'American Cancer Society:

Età	Rischio % maschi	Rischio % femmine
0-39	1.6	1.9
40-59	8.2	9.2
60-79	33.7	22.2

Tutti i tumori: stime di mortalità al 2005

AREA	UOMINI			DONNE		
	Casi	Tasso grezzo	Tasso std	Casi	Tasso grezzo	Tasso std
Piemonte	6.567	326	188	1.321	207	106
Valle d'Aosta	181	312	198	116	199	110
Lombardia	13.167	304	210	9.477	211	116
Trentino Alto Adige	1.201	262	196	821	176	104
Veneto	5.930	274	194	4.239	190	106
Friuli Venezia Giulia	1.820	333	204	1.419	248	122
Liguria	2.635	362	191	1.780	228	102
Emilia Romagna	5.861	317	181	4.132	216	106
Toscana	5.291	324	185	3.478	203	101
Umbria	1.227	316	179	826	204	100
Marche	2.075	302	177	1.283	180	94
Lazio	6.708	268	185	4.737	179	105
Abruzzo	1.630	269	173	1.028	163	89
Molise	430	277	180	235	147	83
Campania	7.372	258	236	4.290	144	108
Puglia	4.758	238	188	2.927	141	95
Basilicata	787	267	188	450	150	94
Calabria	2.154	215	164	1.324	129	86
Sicilia	5.850	237	185	3.891	151	99
Sardegna	2.105	264	205	1.309	160	103
ITALIA	77.747	282	195	52.086	182	105

Tutti i tumori (ICD-9 140-208 escl. 173): Numero di decessi, tasso grezzo di mortalità per 100.000, tasso standardizzato (standard europeo) per 100.000. Età: 0-84. Anno 2005.

I dati qui riportati sono stimati dal Reparto Epidemiologia dei Tumori del Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità.

Con l'invecchiamento della popolazione è pertanto inevitabile un sostanziale aumento dei casi di tumore.

Altri dati

L'età media di diagnosi di cancro è 68 anni

Si stima che tra il 30 e il 50% delle persone con età superiore ai 65 anni sia affetta da una neoplasia silente o manifesta

Il 61% (165.000 casi all'anno) di tutte le neoplasie (260-270.000/anno) colpisce dopo i 65 anni

Per gli ultrasessantacinquenni il rischio di sviluppare un cancro è 11 volte maggiore rispetto a chi è più giovane

Nel 33% dei casi (90.000 all'anno) colpisce tra 65 e 74 anni

Nel 28% dei casi (75.000 all'anno) colpisce dopo i 75 anni

Il 65% di tutte le morti per cancro avviene in ultrasessantacinquenni

Dal confronto Istat con le malattie cardiovascolari, l'altro big killer, emerge che l'età più critica per i tumori è proprio la fascia che va da 65 e 74:

Cause di morte in Italia

Età	Tutte le cause	Patologie cardiovasc.	Tumori
65-74	110.000	40.000	50.000
75+	320.000	170.000	60.000
Tutte	550.000	240.000	150.000

(Fonte: Istat)

Negli ultimi 50 anni si è avuto un incremento dell'incidenza e mortalità per tumore negli anziani, superiore a quanto registrato nei giovani, tra i quali si è invece verificata una diminuzione della mortalità.

Mentre l'incidenza dei tumori nella popolazione italiana anziana è ancora in aumento, i tassi di incidenza generali, aggiustati per età, sono stimati stabili.

Va sottolineato che grazie alle nuove cure, recentemente in Europa è stata osservata una diminuzione della mortalità per tumore negli anziani (-5% nella fascia d'età 65-84 anni) di entrambi i sessi.

Ogni anno poco meno di mezzo milione di anziani vengono ricoverati in oncologia (si veda la tabella alla pagina successiva).

IL CAMBIAMENTO D'APPROCCIO ALLA PATOLOGIA TUMORALE

A questo quadro che vede il forte intreccio tra vecchiaia e cancro si aggiunge l'elemento terapie innovative: tra le nuove possibili strategie terapeutiche in oncologia vi è infatti l'impiego di chemioterapici e nuove molecole come le *targeted therapies* per tempi prolungati con l'obiettivo di "cronicizzare" la malattia neoplastica attraverso una protratta inibizione della crescita tumorale senza pretendere la completa regressione della malattia. I nuovi farmaci antitumorali, associati ai tradizionali chemioterapici, potrebbero produrre un ulteriore allungamento della sopravvivenza del malato oncologico. La crescita del numero delle persone con patologia oncologica richiede la capacità di erogare risposte qualitativamente elevate oltre che integrate e coordinate. I diversi livelli di complessità necessitano di continuità d'intervento e di cura, oltre che di supporti psicosociali che assicurino una migliore qualità di vita dei pazienti.

Il Piano oncologico nazionale, oggi in fase di revisione (lo stato dell'arte al 2004 è nella tabella che segue), ha come obiettivo la realizzazione di un concreto coordinamento degli interventi dal lato professionale, istituzionale e gestionale nei diversi settori impegnati nell'erogazione di servizi per la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle malattie oncologiche (tabella a pagina 86).

**Ricoveri ordinari di anziani
con causa di dimissione
principale oncologica (2000)**

Aggregati clinici di diagnosi	65-74 anni			> 74 anni			TOT. DIMESSI ANZIANI
	DIMESSI	% DIMESSI SU TOT. DEI DIMESSI PER TUMORE	DEGENZA MEDIA	DIMESSI	% DIMESSI SU TOT. DEI DIMESSI PER TUMORE	DEGENZA MEDIA	
Chemioterapia e radioterapia	38.553	14,9	4,9	13.790	6,7	5,9	52.343
Tumori maligni della vescica	23.420	9,0	7,7	23.577	11,4	8,5	46.997
Tumori maligni dei bronchi e dei polmoni	23.455	9,1	12,7	16.248	7,9	13,0	39.703
Tumori maligni secondari	17.996	6,9	12,0	13.636	6,6	12,8	31.632
Altri e non specificati tumori benigni	19.352	7,5	7,1	12.235	5,9	8,1	31.587
Tumori maligni del colon	11.640	4,5	15,7	12.950	6,3	17,9	24.590
Tumori maligni della mammella	14.016	5,4	8,1	10.531	5,1	9,4	24.547
Tumori maligni della prostata	10.571	4,1	9,9	8.552	4,1	9,6	19.123
Tumori di natura non specificata o comportamento incerto	8.995	3,5	8,5	9.096	4,4	9,9	18.091
Altri tumori maligni non epiteliali della cute	6.590	2,5	4,7	10.706	5,2	5,0	17.296
Tumori maligni del fegato e dei dotti biliari intraepatici	9.716	3,7	10,0	6.819	3,3	10,8	16.535
Tumori maligni dello stomaco	7.271	2,8	17,4	9.225	4,5	17,9	16.496
Tumori maligni del retto e dell'ano	7.660	3,0	16,6	8.033	3,9	17,6	15.693
Tumori maligni di testa e collo	7.575	2,9	12,8	4.746	2,3	11,7	12.321
Linfoma non Hodgkin	5.485	2,1	12,8	4.510	2,2	13,6	9.995
Tumori maligni del pancreas	4.398	1,7	17,0	4.901	2,4	16,3	9.299
Tumori maligni di altri organi gastrointestinali e del peritoneo	4.244	1,6	14,6	4.420	2,1	15,6	8.664
Leucemie	3.696	1,4	15,3	4.271	2,1	12,3	7.967
Tumori maligni rene e pelvi renale	3.937	1,5	12,9	3.074	1,5	14,0	7.011
Tumori maligni senza indicaz.	2.735	1,1	13,0	3.373	1,6	12,0	6.108
Tumori maligni utero	3.198	1,2	10,3	2.418	1,2	10,9	5.616
Mieloma multiplo	2.838	1,1	12,8	2.664	1,3	13,1	5.502
Tumori maligni encefalo e sist. nervoso	3.081	1,2	14,7	1.978	1,0	15,0	5.059
Tumori maligni ovaio	2.869	1,1	11,5	2.007	1,0	13,9	4.876
Tumori maligni primitivi altre sedi	2.599	1,0	9,2	2.120	1,0	10,3	4.719
Tumori maligni altri organi urinari	2.067	0,8	6,8	1.753	0,8	8,5	3.820
Tumori maligni esofago	1.628	0,6	16,3	1.376	0,7	14,1	3.004
Melanoma maligno cute	1.452	0,6	6,8	1.177	0,6	7,3	2.629
Tumori maligni altri organi genitali femminili	1.099	0,4	11,4	1.490	0,7	11,9	2.589
Altri tumori maligni apparato respiratorio e organi intratoracici	1.327	0,5	12,1	1.080	0,5	13,3	2.407
Tumori maligni ossa e tessuto connettivo	1.245	0,5	14,3	1.111	0,5	12,7	2.357
Tumori maligni tiroide	1.331	0,5	8,5	720	0,3	11,3	2.051
Tumori maligni cervice uterina	1.204	0,5	9,6	783	0,4	10,0	1.987
Tumori benigni utero	1.187	0,5	7,6	439	0,2	8,8	1.626
Malattia di Hodgkin	395	0,2	11,4	294	0,1	13,9	689
Tumori maligni altri organi genitali maschili	241	0,1	9,3	246	0,1	9,6	487
Tumori maligni testicolo	102	0,0	6,0	89	0,0	8,3	191
Totale	259.169	100,0	10,2	206.438	100,0	11,4	465.607

(Fonte: Ministero della Salute - Stato di salute e prestazioni sanitarie nella popolazione anziana nell'anno 2000)

Stato dell'arte 2004 della programmazione locale del Piano oncologico nazionale

	Esiste la Commissione Oncologica Regionale?	Si è riunita nel 2004?	Esiste un Punto Oncologico Regionale?	Esistono Onc. Osp. certificate o accreditate?
Abruzzo	Sì	No	Sì	Pescara (Iso 9001)
Alto Adige	No	–	No, solo linee generali nel Psr	No
Val d'Aosta	No	–	No, solo linee generali nel Psr	Iter in corso
Basilicata	Sì	No	Nel Psr	No
Calabria	Sì, ma non si è mai riunita	–	Sì, nel Psr	No
Campania	Sì	Sì	Sì	No
E. Romagna	Sì	Sì	Sì	Bologna S. Orsola
Friuli V.G.	No	–	Sì	No
Lazio	Sì	No	Sì	No
Liguria	Sì	No	Sì, nel Psr non aggiornato	In programma
Lombardia	Sì	Sì	Sì, nell'ambito del Psr	Alzano Lombardo
Marche	Sì, ma non si è riunita dal 96	–	No, c'è una LR del 1996	No
Molise	No	–	No	No
Piemonte	Sì, si riunisce regolarmente	–	No, esiste la rete onc. piem.	Pinerolo, Cuneo
Puglia	No	–	Nel piano sanitario	No
Sardegna	Sì	No	Sì, approvazione imminente	No
Sicilia	Sì	No	Sì, nel Psr	No
Toscana	Sì, attraverso costituzione Istituto Toscano Tumori	–	Sì, dal 1999	No
Trentino	No	–	No	No
Umbria	No	–	Sì	No
Veneto	Sì	Sì	Sì	In corso a Rovigo e Castelfranco

(Fonte: Collegio italiano dei primari oncologi medici ospedalieri, 2004)

I miglioramenti terapeutici ed assistenziali a vantaggio della qualità di vita dei pazienti sono pertanto strettamente connessi alla definizione di specifici percorsi che le strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali devono adottare per garantire la continuità dell'assistenza durante le diverse fasi della malattia.

Il livello generale di performance del sistema sanitario italiano, inteso come capacità di trasformare la spesa sanitaria totale in specifici obiettivi, è tra i più elevati del mondo. Purtroppo però la quota di spesa pubblica sul totale della spesa sanitaria è tra le più basse fra i Paesi industrializzati. Perciò il cittadino italiano deve sempre più spesso ricorrere al mercato per soddisfare le proprie esigenze di salute.

ESIGENZE DI BUDGET E QUALITÀ DELL'ASSISTENZA

La ricerca di un equilibrio tra la necessità di controllare la spesa e il bisogno di garantire un livello crescente di assistenza in campo oncologico sta avendo un impatto enorme sul piano politico e sociale. Il problema dell'assistenza alle persone colpite da neoplasia è rappresentato non solo dalla carenza di ospedalizzazione e assistenza a domicilio ma anche da una ancor cronica scarsità di adeguate strutture ospedaliere specializzate nel trattamento del cancro. Il Piano oncologico rileva due nodi 'gordiani':

1. la gran variabilità della casistica clinica non consente ai tecnici di focalizzare il loro interesse professionale su diagnosi e terapia di queste patologie;

2. la necessità di fronteggiare tutte le patologie neoplastiche e la limitatezza dei fondi disponibili non consentono di acquisire le apparecchiature necessarie per erogare prestazioni adeguate (basti pensare alla carenza di Unità di radioterapia).

È chiaro che, in presenza di budget limitati e di contrazione delle risorse, la sfida si gioca soprattutto nell'ottimizzazione dell'esistente attraverso il miglioramento dei processi clinici, organizzativi e gestionali che consente un utilizzo più razionale ed efficiente delle risorse oggi (e domani) a disposizione.

È questo l'obiettivo fondamentale del progetto Modelli Gestionali in Oncologia.

Indice

- 3 L'osservatorio oncologico dell'AIOM, per costruire un'assistenza davvero integrata
EMILIO BAJETTA
- 7 Riflettori su prevenzione e diagnosi precoce: i risultati della seconda fase
CARMELO IACONO
- 9 Modelli gestionali e ricerca clinica: un'alleanza possibile
ROBERTO LABIANCA
- 11 Organizzazione e opportunità di cura: Roche a fianco delle Istituzioni
MAURIZIO DE CICCO
- 13 L'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM)
- 18 Note editoriali al secondo volume di "Modelli gestionali"
- 19 Il progetto "Modelli gestionali in oncologia"

I RISULTATI

- 29 **1. Prevenzione primaria**
- 38 Conclusioni
- 40 **2. Prevenzione secondaria**
- 54 Conclusioni
- 56 **3. La diagnosi precoce**
- 66 Conclusioni

APPENDICE

- 70 I risultati principali della prima fase del progetto: l'analisi condotta nelle Asl
- 73 Il questionario della seconda fase
- 80 Le sfide: invecchiamento, cronicizzazione e budget