

Il presente Piano Locale di Prevenzione si propone di programmare l'attività aziendale in riferimento alla prevenzione del carcinoma alla cervice uterina per l'anno 2015 e di fissare gli obiettivi futuri coerentemente con gli indirizzi definiti dal Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018

# Piano Locale di Prevenzione del carcinoma alla cervice uterina

Programmazione attività 2015 e  
orientamenti futuri

Resp. Screening oncologici Dott. U. Stochino

---

Redazione: Team di progetto (d.m. Enea Atzori, dott.ssa Barbara Ghiani, d.m. Margherita Serra, d.m. Ugo Stochino  
Dott.ssa Franca Tegas)

Verifica: Direzione Dipartimento di Prevenzione

Approvazione: Direzione Generale

**Sommario**

PREMESSA. PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE 2014-2018 .....	2
Gli screening oncologici .....	4
Background epidemiologico .....	5
RECEPIMENTO PNP. PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE .....	6
PIANO DI PREVENZIONE LOCALE ASL LANUSEI .....	9
Obiettivi Asl Lanusei 2014-2018 .....	9
Bacino d'utenza .....	9
Risultati attività 2014 .....	10
Risultati attesi 2015 .....	11
Azioni 2015 .....	11
LA GESTIONE DEL I LIVELLO .....	13
Centro screening: descrizione .....	13
Metodo di invito .....	14
Modalità di accesso allo screening .....	14
Test di screening .....	15
Centri prelievo .....	15
Criteri di esclusione .....	15
Risorse umane. Personale e carichi di lavoro .....	16
Registrazione dati .....	17
Trasporto campioni .....	17
Centro lettura .....	18
Refertazione .....	18
Comunicazione di esito del Pap-Test .....	18
GESTIONE DEL II LIVELLO .....	19
GESTIONE DEL III LIVELLO .....	21
Follow up idem .....	21
Comunicazione/informazione .....	21
RISORSE FINANZIARIE .....	22

**MACROAREA:** Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT

**Programma:** Identificazione precoce dei tumori oggetto di screening organizzato

**Obiettivo generale di salute:**

- Aumentare l'estensione reale dei programmi di screening della popolazione target
- Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico
- Riorganizzare/avviare i programmi di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA

**Titolo del progetto:** Screening dei tumori della cervice uterina

**Popolazione bersaglio:** donne di età compresa tra i 25 e 64 anni residenti nel territorio dell'Azienda Asl 4 di Lanusei

**Gruppi di interesse coinvolti nella realizzazione:** operatori coinvolti nei percorsi di screening, rappresentanti dei cittadini, mass media, associazioni di cittadini, Enti Locali, ambienti di lavoro.

**Costo complessivo presunto:** € 79.547,30 stimato 2015

**Gruppo progetto:** Dott. U. Stochino (Responsabile Centro Screening), Dott.ssa M. Serra (referente progettuale medico ginecologo), Ostetriche, Dott. E. Atzori, , Dott.ssa F. Spettu, Ost G. Loi, UO Ostetricia e Ginecologia Presidio Ospedaliero, Dott.ssa F. Tegas, Specialista ambulatoriale ginecologia, Segretario, Amministrativi e Assistenti sanitarie del Centro Screening.

## **PREMESSA. PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE 2014-2018**

Nella seduta del 13 novembre 2014 è stata sottoscritta l'Intesa sul Piano Nazionale della Prevenzione. Come previsto dall'Intesa del 23 marzo 2005, Regioni e Province Autonome convengono di confermare per gli anni 2014-2018, per la completa attuazione del PNP, la destinazione di 200 milioni di euro, oltre alle risorse previste dagli accordi per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 34 della legge 7 dicembre 1996, n. 662 e successive integrazioni. Tali somme sono finalizzate a sostenere il raggiungimento degli obiettivi del PNP 2014-2018, lo sviluppo dei sistemi di sorveglianza e l'armonizzazione delle attività di prevenzione negli ambiti territoriali.

Elemento di novità e di evoluzione rispetto ai precedenti PNP è la scelta di fissare (pochi) obiettivi comuni a Stato e Regioni e lasciare alla programmazione inserita nei vari contesti regionali la definizione delle popolazioni target e la gestione delle azioni funzionali al raggiungimento di tali obiettivi.

Tra i 10 macro obiettivi del PNP 2014-2018 rientra la *Riduzione del carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili* che include il programma di identificazione precoce dei tumori oggetto di screening.

PROGRAMMA	OBIETTIVI CENTRALI	INDICATORI CENTRALI
IDENTIFICAZIONE PRECOCE DEI TUMORI OGGETTO DI SCREENING ORGANIZZATO	1.12 Aumentare l'estensione reale dei programmi di screening alla popolazione target (per ognuno dei 3 tumori oggetto di screening)	1.12.1 Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening sulla popolazione bersaglio
	1.13 Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico	1.13.1 Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio
	1.14 Riorientare/avviare i programmi di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA	1.14.1 Adozione di indirizzi regionali programmatori per lo screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA
		1.14.2 Avvio del programma di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA (entro il 2018)
	1.15 Identificare precocemente i soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella	1.15.1 Adozione di indirizzi regionali programmatori (entro un anno dall'avvio del PRP)
1.15.2 Adozione dei percorsi in tutte le aziende secondo programmazione regionale (entro il 2018)		

In riferimento al programma di prevenzione del carcinoma alla cervice, ricompreso nel programma suddetto, il PNP 2014-2018 ha come obiettivo l'incremento del numero dei soggetti a rischio sottoposti a screening e l'introduzione dei test HPV-DNA.

Il carcinoma della cervice uterina è attribuibile ad infezione da papilloma virus umano (HPV) praticamente nella totalità dei casi; la persistenza dell'infezione, inoltre, è necessaria per lo sviluppo delle lesioni intraepiteliali. Le evidenze a tale riguardo hanno suggerito l'applicazione di test molecolari per la ricerca di HPV ad alto rischio oncogeno (HR-HPV) nei programmi di screening.<sup>1</sup>

Il test per la ricerca e tipizzazione di DNA virale (HPV DNA test) mira, appunto, a rilevare la presenza del virus e, in particolare, dei genotipi ad alto rischio per il cancro cervicale attualmente noti (14 tipi virali).

La sensibilità del test HPV è molto elevata (superiore al 95%) e i falsi negativi sono molto rari (verosimilmente da attribuire ad infezioni a basso titolo anticorpale).

Sulla base delle conoscenze disponibili, il GISCi (Gruppo Italiano Screening del Cervico-carcinoma) ha aggiornato le sue indicazioni all'uso del test HPV DNA come test di follow up per le lesioni ASCUS e come test primario.<sup>2</sup> Nell'utilizzo del test come strumento di screening primario, il GISCi raccomanda che:

- lo screening basato sul test HPV non inizi prima dei 30-35 anni: al di sotto di tale fascia di età resta raccomandato lo screening citologico;
- nelle donne positive al test HPV venga eseguita la citologia (Pap test) come test di triage prima dell'eventuale invio in colposcopia;
- in caso di citologico negativo si ripeta il test HPV dopo un anno;
- nelle donne negative al test HPV si ripeta lo screening con test HPV secondo gli intervalli stabiliti dal programma di screening (5 anni). L'allungamento dell'intervallo è possibile visto l'alto valore predittivo negativo - VPN del test: i risultati falsamente negativi sono stimati fra 1% e 2%.<sup>3</sup>

## Gli screening oncologici

Gli screening organizzati sono interventi efficaci di sanità pubblica offerti alla popolazione, con rigorosi controlli di qualità e in grado di incidere sulle disuguaglianze nella salute.

Dal 2001 inclusi nei livelli essenziali di assistenza, in questi anni sono stati compiuti molti e importanti passi avanti, grazie al ruolo dell'Osservatorio nazionale screening, alle dimostrazioni di riduzione della mortalità

<sup>1</sup> *Raccomandazioni sul test HR-HPV come test di screening primario e rivisitazione del ruolo del Pap test.* Versione definitiva discussa ed approvata nella riunione di consenso del 12 Aprile 2010 e successivamente ratificata dall'Assemblea GISCi il 28 maggio 2010. [www.gisci.it](http://www.gisci.it)

<sup>2</sup> *HPV DNA test: quando è utile?* Centro di documentazione sulla salute perinatale e riproduttiva, [www.saperidoc.it](http://www.saperidoc.it)

<sup>3</sup> *Utilizzo del test HPV-hr nel triage delle ASC-US, delle L-SIL in donne con più di 35 anni, nel follow-up delle donne con citologia ASC-US+ dopo un approfondimento di secondo livello negativo per CIN2+ e nel follow-up dopo trattamento delle lesioni CIN2-3: aggiornamento 2012.* Approvato al Convegno nazionale GISCi 2012, L'Aquila 21-22 giugno 2012;

*La citologia di triage nei programmi di screening con HPV come test primario.* Approvato al Convegno nazionale GISCi 2013, Riva del Garda, 23-24 maggio 2013. [www.gisci.it](http://www.gisci.it)

documentate attraverso i "progetti Impatto" (finanziati dal Ministero-Ccm) che costituiscono un importante contributo al bagaglio di conoscenze internazionali sulla prevenzione secondaria dei tumori e a un solido sistema informativo e di valutazione presenti nelle regioni italiane..

Nello screening del cervicocarcinoma si invita la popolazione ritenuta a rischio di sviluppare il carcinoma della cervice uterina ad aderire, offrendo gratuitamente un test di primo livello (pap test) che ci consente di individuare sia le lesioni tumorali molto precoci sia quelle paraneoplastiche, contribuendo in questo modo a ridurre sia la mortalità che l'incidenza per questo tumore della donna.

Lo screening (dall'inglese "selezionare, vagliare") prevede che il rapporto utente/struttura sia invertito rispetto al rapporto tradizionale, infatti di norma è il cittadino che si rivolge alle strutture del SSN in caso di necessità, in questo caso è la struttura sanitaria (ASL) che si rivolge a tutti quei cittadini che rispondono a determinate caratteristiche (soggetti a rischio) a prescindere dallo stato di necessità, infatti viene invitato il soggetto ritenuto "sano" ad effettuare un esame diagnostico per escludere lo stato di malattia.

Lo screening

La finalità che si propone il presente progetto è di ridurre la mortalità per carcinoma invasivo della cervice uterina nelle donne in età compresa fra 25 e 64 anni, residenti nel territorio della ASL n° 4 di Lanusei, mediante chiamata attiva per l'esecuzione dell'esame citologico cervico-vaginale (pap-test) che porti progressivamente alla copertura del 100% della popolazione target e ad incrementare il tasso di adesione tra il 30 – 35%.

Gli obiettivi principali del progetto sono:

- consentire la diagnosi precoce delle lesioni precancerose del collo dell'utero, per ridurre l'incidenza della patologia invasiva;
- evitare gli interventi chirurgici complessi necessari negli stadi avanzati della neoplasia, con vantaggi per le pazienti e rilevanti risparmi di risorse.

### **Background epidemiologico**

Il carcinoma della cervice uterina è per importanza, nel mondo, dopo il carcinoma della mammella, la terza neoplasia della donna, con 530.000 nuovi casi annui e 275.000 decessi.

In Italia il carcinoma del collo dell'utero, con 1515 nuovi casi e 697 decessi l'anno, è per incidenza al 5° posto dopo il carcinoma della mammella, del colon retto, del polmone, dell'endometrio.

In Sardegna il tasso risulta equiparabile al resto dell'Italia e dell'Europa con il 6.2% e con circa 50 nuovi casi anno. La sopravvivenza media a cinque anni è in leggero aumento, con differenze significative nelle diverse aree del paese, correlate verosimilmente all'attuazione delle iniziative di prevenzione.

La differente incidenza nelle varie nazioni è giustificata dalle diverse condizioni economico-sociali, dalla precocità dei rapporti sessuali, dal non aver mai praticato il Pap Test e dall'assenza di programmi di screening.

In Italia sono inserite attualmente in un programma di screening oltre 8 milioni di donne fra 25 ( dato vecchi 2012 ma di n° assoluti non ne reperisco altri) e 65 anni, cioè il 50,3 % della popolazione femminile di quella fascia di età.

In Sardegna i programmi organizzati di screening oncologico, attivati in modo progressivo, a partire dal 2006, sulla spinta programmatica del Piano Regionale di Prevenzione 2005-2007, si evidenzia uno stato di attuazione territoriale incompleto.

Per lo screening del cervico-carcinoma, a fronte di una estensione effettiva del 62,78, il tasso di adesione è pari al 40,74%: ciò significa che solo il 25,64% (41.161 su 160.503) delle donne che nel 2013 avrebbero dovuto usufruire delle prestazioni screening ne ha effettivamente usufruito.

Esistono sufficienti evidenze che lo screening del cancro del collo dell'utero, mediante esame citologico di cellule provenienti dallo striscio cervicale o PAP Test previene la morte per questa malattia. Il Pap Test è un esame semplice, dai costi contenuti e di efficacia dimostrata nel ridurre l'incidenza della malattia. Tuttavia, per il raggiungimento di tale obiettivo, prerequisito indispensabile è un programma organizzato di controllo di qualità dell'intero processo di screening in grado di portare a una riduzione della mortalità intorno all'80%.

L'Intervallo fra i pap test è consigliato ogni tre anni per la popolazione target 24-65 anni.

Le conoscenze acquisite circa la storia naturale delle lesioni preneoplastiche del tratto genitale inferiore, e in particolare della uterina, pongono l'infezione da papilloma virus come il più importante agente causale nella trasformazione neoplastica. Il genoma dell'HPV grazie a tecniche di biologia molecolare è riscontrabile in percentuale nel 99,7% di tutti i casi di cervicocarcinoma.

## **RECEPIMENTO PNP. PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE**

La Regione Sardegna ha recepito il PNP 2014-2018 con Deliberazione della Giunta Regionale n. 53/28 del 29.12.2015 e, a seguire, la stessa ha approvato il Piano regionale di Prevenzione (PRP) con deliberazione n. 30/21 del 16.06.2015 prevedendo ventiquattro programmi per 6 milioni di euro di investimento nel 2015, 12 milioni per ogni anno nel triennio 2016-2018.

Coerentemente con il Piano Nazionale, i principi che guidano il Piano regionale di Prevenzione sono la trasversalità, l'intersettorialità, la sostenibilità, l'evidence based prevention (Ebp), l'equità e il contrasto delle disuguaglianze e la centralità delle persone all'interno delle comunità, la valutazione e il monitoraggio degli interventi oltre alla valutazione del rapporto costo/efficacia.

In riferimento alla prevenzione, il quarto programma si propone di adottare i correttivi ai punti critici individuati nei Programmi di screening oncologico organizzati attivati nella regione, in modo da sviluppare, a livello regionale e a livello aziendale, una governance più efficace ed efficiente, finalizzata al miglioramento della estensione, dell'adesione e della qualità dei programmi nel rispetto degli standard fissati dalle linee guida nazionali, alla introduzione del test HPV-DNA quale test primario per il tumore della cervice uterina.

A fronte delle criticità evidenziate dalla mappatura dei percorsi sanitari effettuata per ciascuno screening attraverso una rilevazione ad hoc, il nuovo PRP si prefigge una governance regionale e a livello delle singole Aziende Sanitarie Locali più efficace ed efficiente tale da raggiungere gli obiettivi di miglioramento dell'estensione (incremento del numero di persone invitate), dell'adesione (incremento percentuale delle persone che aderiscono all'invito) e della qualità dei programmi.

In riferimento alla prevenzione del carcinoma della cervice uterina, in linea con gli orientamenti definiti a livello nazionale, la RAS si propone la riorganizzazione dello screening in funzione degli standard di qualità e di sostenibilità, anche con il passaggio, entro il 2018, al test HPV-DNA da utilizzare in maniera esclusiva, quale test primario, in tutte le Aziende sanitarie della Regione.

Il test HPV-DNA verrà utilizzato come test primario per le donne in fascia d'età 30/35-64 anni ad intervalli di almeno 5 anni. Sulla popolazione bersaglio rientrante al di sotto di questa fascia verrà utilizzato il pap test con l'HPV-DNA come test di triage. Si vuole così evitare il rischio di sovra-trattamento: è provato infatti che al di sotto dei 30/35 anni lo screening condotto con test HPV conduca a sovra-diagnosi di lesioni precancerose che regredirebbero spontaneamente.

Ai fini dello sviluppo della riorganizzazione dello screening, il Piano Regionale prevede i seguenti passi:

- Individuazione di uno o più laboratori regionali di riferimento cui conferire i campioni provenienti dai centri di prelievo delle diverse ASL;
- Avvio della formazione rivolta al personale dello screening e al personale prelevatore ai fini dell'acquisizione di adeguate competenze comunicative, e a tutto il personale sanitario coinvolto nei protocolli del secondo livello per favorire l'utilizzo competente dei protocolli di screening elaborati dal GISCi a seguito all'introduzione dell'HPV-DNA;
- Sviluppo del sistema informatico-informativo per permettere la gestione dei differenti protocolli operativi e percorsi previsti dalle donne in base alla loro fascia d'età garantendo il monitoraggio dei volumi e della qualità dell'attività svolta, ma anche il debito informativo verso la Regione e il Ministero della Salute;
- Predisposizione dei modelli regionali del materiale informativo (lettere d'invito, manifesti...) e previsione di campagne di comunicazione;



- Individuazione dei centri regionali di secondo livello (centri di prelievo dove operano le ostetriche, laboratori analisi per l'esecuzione dei test e centri di lettura per la refertazione: da rivalutare ai fini della rispondenza agli standard di qualità) e di terzo livello;
- Individuazione di una ASL capofila per l'acquisizione dei test, dei reagenti, degli strumenti di laboratorio, dei campioni per i prelievi in fase liquida.

I programmi di screening devono essere sostenibili e, quindi, devono impiegare oculatamente le risorse disponibili e devono rappresentare degli strumenti efficaci per ridurre le disuguaglianze di salute tra diversi gruppi sociali.

Gli esami di screening devono utilizzare esami:

- sicuri: la maggior parte delle persone che si sottopongono ai test di screening è sana, perciò è fondamentale che gli esami abbiano il più basso livello possibile di effetti collaterali e rischi;
- accettabili: è difficile che una persona che ritiene di essere sana si sottoponga a esami fastidiosi o complessi; all'interno degli screening è, dunque, necessario scegliere test che siano quanto più accettabili per i cittadini;
- attendibili: la maggior parte delle persone che si sottopone agli screening risulta poi essere sana ma proprio per questo gli screening devono utilizzare esami che garantiscano la qualità. Devono permettere di identificare le persone malate con la maggiore precisione possibile e, rivolgendosi a persone quasi certamente sane, non devono diagnosticare erroneamente una malattia in chi non ne è affetto.

Per rispettare questi principi, i programmi di screening:

- si rivolgono alle persone a maggior rischio di sviluppare una determinata patologia. Sia dal punto di vista economico generale sia in termini di costi personali, non è sostenibile, sottoporre a screening le persone con possibilità bassissime di sviluppare una patologia.
- sono effettuati a intervalli regolari. Perché una malattia possa essere diagnosticata in modo precoce è fondamentale che gli screening siano riproposti per tutto l'arco di tempo in cui:
  - la malattia ha maggiori probabilità di svilupparsi;
  - un eventuale intervento terapeutico dia effettivi vantaggi in termini di guadagno di tempo e/o di qualità di vita;
- sono articolati in più livelli. I test impiegati negli screening hanno caratteristiche tali che una eventuale positività all'esame non equivale a una diagnosi certa di malattia. Per questo, in caso di positività, tutti gli screening prevedono specifici esami di approfondimento che diano una diagnosi definitiva. Inoltre,

in caso di ulteriore conferma, prevedono un preciso iter terapeutico che garantisca omogeneità di trattamento a tutti i cittadini.

- rispettano le prove scientifiche. Tutti i passaggi all'interno degli screening sono effettuati secondo le indicazioni della ricerca scientifica, in base alla quale si determinano:
  - la popolazione su cui eseguire gli esami
  - gli esami da effettuare e gli iter terapeutici in caso di positività
  - l'intervallo tra due round successivi di screening. <sup>4</sup>

## PIANO DI PREVENZIONE LOCALE ASL LANUSEI

**Macro Obiettivo 1** Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT

**Programma 1.4** Identificazione precoce dei tumori oggetto di screening

### Azioni:

- **P 1.4.1** Ridefinizione dei percorsi di screening su base regionale, in funzione degli standard di qualità e della sostenibilità del sistema;
- **P 1.4.2** Miglioramento della qualità dei percorsi, nonché della informazione e comunicazione alla popolazione target specifica;
- **P 1.4.3** Riorganizzazione del percorso dello screening del cervico-carcinoma per l'introduzione dell'HPV-DNA come test primario e avvio dell'attività entro il 2018

### Obiettivi Asl Lanusei 2014-2018

- Identificare tempestivamente la patologia oncologica;
- Incidere sulla riduzione della mortalità;
- Ottenere una adesione compresa tra 30 e 35%;

### Bacino d'utenza

Il territorio dell'ASL Lanusei coincide con la Provincia Ogliastro, di cui fanno parte 23 comuni situati in un territorio in parte costiero, in parte collinare/montano con infrastrutture e vie di comunicazione spesso

---

<sup>4</sup> Disponibile su [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it), pubblicazione: 16 gennaio 2013, ultimo aggiornamento 4 dicembre 2014

deficitarie. Ha una popolazione di 57.642 abitanti, di cui 15.275 sono donne comprese nella classe d'età 25-64 anni, fascia di popolazione bersaglio per lo screening del carcinoma alla cervice uterina.<sup>5</sup>

### Risultati attività 2014

Alla data del 01.01.2014 le donne in fascia d'età 25-64 anni risultano in numero di 15.275 con una popolazione bersaglio di 5.089 donne/anno.

Di seguito si riportano i risultati raggiunti sulla base degli indicatori fondamentali<sup>6</sup>:

- popolazione invitata: 5.611
- popolazione rispondente: 1.492
- estensione grezza: 110,21%
- estensione corretta: 111,06%
- adesione grezza: 26,60%
- adesione corretta: 28,05%

Per *estensione corretta* si intende la percentuale di popolazione bersaglio che nell'anno riceve concretamente l'invito ad effettuare il test di screening; per *adesione grezza* la percentuale di popolazione target che aderisce all'invito ricevuto, escludendo gli inviti inesitati (se il programma è in grado di riconoscerli, se noto); per *adesione corretta* si intende il numero di donne rispondenti sul totale della popolazione invitata escludendo gli inviti inesitati (se noto) e le donne che dopo l'invito hanno segnalato di aver effettuato l'esame di Pap test di recente.

Questi dati non tengono conto, tuttavia, delle lettere inesitate che impediscono la ricezione dell'invito prevalentemente per problematiche di tipo anagrafico e che, pertanto, da un lato, non rientrando nel computo, non permettono la conoscenza del dato percentuale effettivo di adesione (sottostimato), e dall'altro ostacolano

Target annuale ASL	5.089 (15.275/3)
Escluse prima dell'invito	37
Invitate	5.611
Inviti inesitati	2
Escluse dopo invito	290
Aderenti	1.492
Numero donne screenate	1.505

<sup>5</sup> Popolazione residente al 1 gennaio 2015 in Ogliastra. [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it). Accesso del 25.06.2015

<sup>6</sup> Elaborazione dati GisMa riferita al 2014, aggiornata a maggio 2015.

l'adesione stessa (presumibilmente parte delle donne invitate con lettera inesitata risponderebbe positivamente).

E' una criticità, quella anagrafica, che il Centro screening e l'Azienda intende superare, tra l'altro, attraverso una campagna di comunicazione e accorgimenti che consentano alle donne di poter effettuare gli esami di screening pur senza ricezione dell'invito cartaceo per posta.

### Risultati attesi 2015

Popolazione residente in fascia bersaglio	(15.747/3)
Target per anno	5.249
Valore atteso adesione RAS*	25%
Valore atteso adesione a livello locale ASL 4*	30-35%

\* donne che aderiscono all'invito su popolazione bersaglio

### Azioni 2015

Nella prospettiva del miglioramento dell'efficacia e del rapporto costo/efficienza si ritiene opportuno sviluppare le seguenti azioni:

- avvio del passaggio da attività considerata come straordinaria ad ordinaria, per quanto possibile, in considerazione delle disponibilità di risorse umane qualificate; le attività di screening rientrano nei LEA pertanto il personale coinvolto dovrebbe svolgere l'attività prevalentemente in orario ordinario (dedicando parte o gran parte del debito orario); le criticità da superare riguardano la dotazione di personale, infatti attualmente il primo livello è assicurato da una sola ostetrica che dedica quasi totalità del proprio debito orario all'attività di screening, mentre la seconda ostetrica è dedicata prevalentemente all'attività del Consultorio e parzialmente è incaricata dello svolgimento dell'attività di screening (in certa misura in orario aggiuntivo: un pomeriggio a settimana); è, inoltre, da considerare la peculiarità geografico-territoriale dell'Ogliastra con una particolare dispersione della popolazione nel territorio, con la presenza di diversi piccoli centri urbani, con le già citate carenze a livello di infrastrutture, trasporti, e di vie di comunicazione; il personale è, pertanto, costretto a spostarsi nelle sedi periferiche dei comuni, spesso distanti oltre un'ora dalla sede di assegnazione, per cercare di colmare il gap tra i risultati di adesione sino ad ora ottenuti e quelli ideali; ne consegue che, a fronte della carenza di personale qualificato dedicato, senza apporto di ulteriori risorse umane qualificate, il personale dovrà proseguire nello svolgimento dell'attività parzialmente in orario aggiuntivo (un

pomeriggio la settimana per entrambe le unità) per poter eseguire le prestazioni di Pap test sulla totalità della popolazione aderente; un Medico ginecologo (specialista ambulatoriale) assicura, inoltre, il primo livello dedicando n. 3 ore settimanali alle prestazioni di screening nei giorni di martedì dalle ore 16:00 alle ore 19:00 presso il Poliambulatorio di Tortolì (aumento orario conferito con Deliberazione del Direttore Generale del 17/01/2013);

- presa in carico dell'utente nel passaggio dal 1° al 2° livello (Centro Screening);
- valutazione dei carichi di lavoro del personale coinvolto;
- in considerazione della bassa adesione, imputabile ad una scarsa conoscenza del piano di prevenzione e ai problemi di anagrafica già accennati precedentemente che, per la mancata consegna delle lettere di invito, non consentono una copertura totale, si intende avviare una campagna informativa sugli screening indirizzata agli operatori sanitari attraverso incontri periodici (MMG, Farmacisti, Ginecologi), e alla popolazione con l'utilizzo di vari canali: trasmissione di comunicati attraverso le emittenti locali, diffusione di materiale divulgativo (opuscoli e manifesti) nei punti chiave della comunità (farmacie, ambulatori MMG, ambulatori Ginecologi, patronati, aziende di dimensioni importanti...) e aggiornamento del sito web aziendale, per arrivare al risultato atteso di una buona diffusione delle informazioni, un buon orientamento della popolazione target e l'incremento nell'adesione della popolazione entro Dicembre 2015;
- procedura di doppio contatto-invito della donna (es: messaggi telefonici di poco precedenti l'appuntamento);
- realizzazione di un evento formativo per i MMG (da inserire nel percorso di formazione obbligatoria, in linea con quanto previsto dal PRP);
- potenziamento del personale da dedicare alle attività amministrative riferibili agli screening oncologici e coinvolgimento delle strutture aziendali amministrative, tecniche e di staff con incentivazione del personale per superare le resistenze dei Servizi dovute al carico di lavoro generato dal Piano di Prevenzione (in generale dalle incombenze e obblighi amministrativi connessi al PRP) a fronte del mancato adeguamento a livello di risorse umane.
- coinvolgimento delle associazioni di volontariato;
- comunicazione interna: incontri periodici tra il personale del C.S. e gli altri attori interni interessati, volti alla valutazione delle azioni e alla risoluzione delle eventuali criticità sorte.

## LA GESTIONE DEL I LIVELLO

### Centro screening: descrizione

La ASL Lanusei ha dato avvio al programma di prevenzione del carcinoma alla cervice uterina attraverso lo screening organizzato a partire dall'anno 2008. Con Deliberazione n. 564 del 31 luglio 2007, il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale di Lanusei, conformemente con l'indirizzo corrente, ha istituito, in seno al Dipartimento di Prevenzione, il Centro Screening Aziendale, con personale dedicato, con funzioni di impulso, gestione e coordinamento delle attività inerenti gli screening oncologici. Lo stesso è stato successivamente ricostituito con Delibera n. 255 del 4 luglio 2012 individuando il d.m. dott. Ugo Stochino, Responsabile del Servizio Igiene Pubblica, quale coordinatore.

Presso il Centro Screening è attivo un numero dedicato a cui risponde il personale coinvolto fornendo informazioni dettagliate relativamente a:

- organizzazione dello screening della cervice uterina;
- gratuita delle prestazioni;
- esami di screening;
- accesso ai servizi offerti dai programmi;
- gestione degli appuntamenti con eventuale modifica dell'appuntamento prenotato, su proposta della donna invitata, impossibilitata a recarsi nel giorno e negli orari indicati sulla lettera di invito;
- gestione chiamate utenti con eventuale positività.

Il C.S., tra l'altro, monitora regolarmente:

- il tasso di affluenza alle diverse sedi di screening
- il recupero dei non responders: pur avendo ricevuto l'invito all'adesione, le donne invitate hanno effettuato l'esame da altre parti e l'esito è stato inserito nel programma, o è impossibile da quantificare.

Il programma di prevenzione avviato con il PRP 2005-2007 e il PRP 2010-2012 si è basato, fino ad oggi, sul percorso di screening organizzato rivolto alle donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni.

Viene eseguito attraverso la chiamata delle donne, ogni tre anni, nell'ambito della convenzione stipulata con Postel, mediante lettera che invita a recarsi presso la struttura deputata all'erogazione dei test di primo livello:

- Consultori (Tortoli per il comprensorio Tortoli, Barisardo, Girasole, Baunei, Ardali, Lotzorai, Talana, Urzulei, Girasole, Cardedu; Lanusei per Lanusei e gli altri Comuni del territorio non citati);
- Poliambulatorio Jerzu (Jerzu, Osini, Ulassai);
- Sedi periferiche: Perdasdefogu, Tertenia, Seui, Ussassai.

Nel corso del 2015 la ASL ha previsto il passaggio dal Pap test con metodica tradizionale al Thin prep (Pap test su strato sottile). Il Thin prep migliora significativamente la qualità e la rappresentatività del vetrino. Con il metodo tradizionale soltanto una parte delle cellule prelevate vengono strisciate sul vetrino mentre il resto viene gettato via insieme allo strumento per il prelievo. Il Thin prep, diversamente, consente di preparare un vetrino di alta qualità, indispensabile per una efficace lettura da parte del citologo. Una volta effettuato il prelievo, l'ostetrica introduce le cellule in un liquido di conservazione, invece di fissarle in un vetrino. In questo modo il materiale prelevato viene conservato pressoché tutto, diversamente da quanto avviene col metodo tradizionale. Il flacone viene, quindi, inviato in laboratorio (ASL NUORO) per essere trattato dai biologi e refertato. Questi ultimi passaggi vengono effettuati nelle sedi e con personale della Azienda Sanitaria di Nuoro con cui è stata stipulata un'apposita Convenzione. Da rilevare che ciò ha, in ogni modo, comportato un considerevole aumento dei costi (costo metodica tradizionale € 11,16 per singolo Pap test; costo Thin prep € 25,00/ciascuno comprensivo di kit, preparazione e lettura).

### **Metodo di invito**

Gli inviti avvengono con lettera che riporta:

- la sede, la data e l'orario dove effettuare l'esame;
- il numero telefonico a cui le donne potranno rivolgersi per ulteriori chiarimenti o per comunicare il loro impedimento ad effettuare l'esame secondo le modalità ed i tempi indicati nella lettera - invito.

Nel caso in cui la donna interessata non si presentasse alla data e all'orario stabilito viene attivata la procedura di richiamo. La gestione dell'agenda delle prenotazioni degli esami e degli accertamenti di 2° livello è di competenza del CS che programma gli appuntamenti secondo le disponibilità comunicate dai Servizi sede di screening.

### **Modalità di accesso allo screening**

Le donne verranno chiamate a partecipare allo screening direttamente attraverso una lettera-invito recapitata a domicilio, nella quale sono indicati la sede, la data e l'ora programmate per eseguire il test.

E' tuttavia ammessa l'adesione spontanea che può essere attivata attraverso la chiamata telefonica diretta da parte delle donne.

La modalità di accesso allo screening verrà registrata, distinguendo se si tratta di un accesso:

- su invito dell' ASL
- su richiesta spontanea

- su proposta del MMG
- altro.

Al fine di incrementare il tasso di adesione si acquisiranno nello screening i Pap Test effettuati dai ginecologi dipendenti della Asl 4 operanti sia in attività istituzionale che in regime di attività intra-moenia nonché dai ginecologi convenzionati, assicurando il rispetto dei requisiti sopradescritti e con invio al centro di lettura individuato.

### **Test di screening**

Consiste nell'esecuzione di un pap test gratuito ogni tre anni nella popolazione femminile di età compresa tra 25 e 64 anni, da eseguire a distanza di tre giorni dalla fine della mestruazione, dopo tre giorni dall'uso di ovuli e/o lavande e a due giorni di distanza dai rapporti sessuali.

Si può fare il Pap Test anche in gravidanza, di regola dopo il primo trimestre.

Il test verrà eseguito secondo le metodiche di preparazione in strato sottile ( thin prep)

### **Centri prelievo**

Al fine di conseguire la massima adesione allo screening l'esame verrà eseguito presso i consultori familiari nelle sedi di Tortolì e Lanusei, nel Poliambulatorio di Jerzu e negli ambulatori Comunali della ASL 4 di Lanusei siti a Ussassai, Seui, Perdassdefogu e Tertenia resi idonei per lo scopo .

### **Criteri di esclusione**

La donna verrà esclusa dal programma di screening nelle seguenti situazioni:

➤ Criteri di esclusione definitiva:

1. donna deceduta,
2. donna trasferita in altra ASL,
3. storia personale positiva per il tumore in oggetto dello screening,
4. donne affette da grave malattia o comunque incapaci di esprimere il consenso,
5. donne cui l'utero è stato asportato completamente per una patologia benigna (fibroma o fibromatosi),
6. rifiuto da parte della donna ad aderire al programma di screening.



I criteri di esclusione al punto 1 e 2 riguardano sia i deceduti o trasferiti ma non ancora cancellati dalle liste anagrafiche al momento in cui queste sono rese disponibili per il programma di screening, sia le donne che muoiono o si trasferiscono nel corso del passaggio di screening.

Riguardo il punto 5 invece il test potrà essere eseguito quando la donna ha subito asportazione parziale dell'utero e quando l'asportazione dell'utero è stata eseguita per un tumore maligno del corpo e/o del collo dell'utero, sulla cupola vaginale dove i protocolli di gestione lo prevedono.

➤ Criteri di esclusione temporanea:

1. indirizzo sbagliato,
2. persona non disponibile temporaneamente per situazioni particolari personali o familiari indicate dall'interessata o dal medico curante ( es. ricovero).

Le escluse saranno comunque inserite nel successivo passaggio di screening.

Nel caso in cui la donna abbia eseguito l'esame nell'anno in corso o nei due anni precedenti, il test non sarà eseguito e sarà preannunciato l'invito al successivo passaggio di screening.

### **Risorse umane. Personale e carichi di lavoro**

Il piano si avvale di:

- Coordinatore del Centro Screening;
- Personale dedicato del Centro screening (n. 2 Assistenti sanitarie del Servizio Igiene Pubblica dedicate all'attività di Screening per il 50-60% del monte orario e n. 2 figure amministrative dedicate parzialmente ad attività attinente gli screening e in parte all'attività generale e propria dell'Igiene Pubblica: commesso cat. A e coadiutore amministrativo cat BS);
- Segretario (collaboratore amministrativo cat. D) per le attività che richiedono più elevate competenze amministrative (dedicato per circa 5 ore mensili);
- 1° Livello:
  - n. 2 ostetriche. Una risorsa è dedicata prevalentemente alle attività del Consultorio e solo parzialmente allo screening, la seconda è dedicata allo screening per gran parte del proprio debito orario;
  - n.1 medico ginecologo (specialista ambulatoriale) dedicato all'attività per n. 3 ore/settimana;
- 2° Livello (Approfondimento: Colposcopia ed eventuali interventi di conizzazione): UO di Ostetricia e Ginecologia.

- n. 1 ostetriche: sig.ra G. Loi;
- n. 2 medici ginecologi: Dott. E. Atzori; Dott.ssa F. Spettu (complessivamente 18 ore settimanali);

### Registrazione dati

Per ogni donna che si presenta per l'esecuzione del test di screening l'ostetrica del centro prelievi compila una scheda cartacea con i dati anagrafici della donna e le notizie cliniche utili al lettore per l'interpretazione del preparato. Tutti i dati vengono implementati nel sistema informatico dello screening.

Dati da riportare nella scheda personale:

1. dati anagrafici;
2. numero di registrazione della donna che corrisponderà al numero di registrazione del preparato al fine di garantire l'esatta appartenenza del materiale;
3. il nome dell'operatore che effettua il prelievo per i controlli di qualità;
4. data di esecuzione del prelievo;
5. data, luogo ed esito ultimo pap test;
6. situazione ormonale ( periodo mestruale, gravidanza, allattamento, menopausa, eventuali terapie ormonali sostitutive);
7. uso di contraccettivi ( trattamento estrogenico o presenza di IUD);
8. notizie anamnestiche pregressi atti terapeutici (chirurgici, chemioterapici o radioterapici);
9. presenza sintomi ginecologici ( perdite ematiche, presenza di polipi cervicali, prolasso etc.) .

**Per ogni donna che si presenta per l'esecuzione del test di screening l'ostetrica del centro prelievi fornirà le informazione e acquisirà il consenso all'atto proposto, ai sensi della procedura aziendale (Allegato I).**

La registrazione dei referti citologici è compito del lettore dell'Anatomia Patologica di Nuoro che li inserisce sul software dedicato.

I referti così registrati saranno disponibili in rete e in tempo reale al Centro Screening per gli ulteriori passaggi.

### Trasporto campioni

I campioni confezionati per il trasporto dalle ostetriche verranno recapitati alla direzione ospedaliera tutti i lunedì e inviati tramite gli autisti della ASL 4 al Centro di lettura di Nuoro ogni martedì, ai sensi della specifica procedura aziendale.

### **Centro lettura**

Non disponendo l'Asl 4 di un servizio di anatomia patologica/citologia e visto il numero esiguo degli esami, si è individuato come centro di lettura di riferimento per i pap test il Servizio di Anatomia e Istologia Patologica di Nuoro, che risponde agli standard di qualità previsti dal GISCI (le raccomandazioni del Ministero della Salute per lo screening del carcinoma della cervice uterina prevedono che ogni laboratorio esamini almeno 15 mila Pap test all'anno) e come indicato dall' Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale.

### **Refertazione**

Il modello di refertazione per gli esami colpocitologici attualmente in uso è la classificazione Bethesda System 2001 indicato dalle Linee-Guida Nazionali.

Per ogni referto viene valutata l'adeguatezza del campione prelevato e viene effettuata la classificazione.

Il referto classificato negativo verrà ripetuto dopo tre anni; se il preparato è privo di cellule cilindriche endocervicali e di componenti della zona di trasformazione (ZT) è suggerito un controllo annuale

Per il preparato inadeguato a causa di materiale insufficiente, eccesso di flogosi o emazie, errata esecuzione del prelievo e/o dell'allestimento: la donna dovrà ripetere l'esame eventualmente dopo terapia.

Qualora persistesse l'inadeguatezza del preparato (in presenza di due citologici inadeguati ) la donna viene inviata agli esami di II° livello.

Per le donne con esame positivo "anomalie delle cellule squamose e/o ghiandolari" lo screening prevede l'invio al II° livello per approfondimenti diagnostici.

### **Comunicazione di esito del Pap-Test**

Le donne con esito negativo al test di screening riceveranno un referto scritto con l'indicazione che lo stesso dovrebbe essere ripetuto dopo circa tre anni (il tempo di risposta raccomandato non dovrebbe superare i 30 giorni, standard ottimale entro 10 giorni ).

Le donne con Pap- test inadeguato riceveranno una comunicazione dal centro screening sulla necessità di eseguire nuovamente il test. Qualora fosse necessario fare terapia prima della ripetizione dell'esame verrà inviata dal ginecologo incaricato.

Le donne risultate positive al test di screening verranno invitate telefonicamente dall'assistente sanitaria del centro screening a presentarsi per il ritiro del referto e per un colloquio informativo con il ginecologo. In questa occasione il ginecologo fornirà chiarimenti ed inviterà la donna ad eseguire l'esame di 2° livello (colposcopia ed eventuale biopsia ), nel caso di accettazione provvederà alla pianificazione dell'esame in accordo con gli

Operatori incaricati dell'UO di Ostetricia e ginecologia (standard ottimale in caso di lesioni di alto grado entro 10 giorni).

Nei casi indicati dalle linee guida del Centro Nazionale Screening verrà effettuata la ricerca dell'HPV-DNA.

L'invio al secondo livello avviene in caso di:

- 1) ASC-US, (Cellule Squamose Atipiche di Significato Non determinato)
- 2) ASC-H, (Cellule Squamose atipiche, non possibile escludere HSIL)
- 3) LSIL di basso grado (Lesione Intraepiteliale Squamosa di basso grado o displasia lieve)
- 4) HSIL di alto grado (Lesione Intraepiteliale Squamosa di alto grado o displasia moderata/grave)
- 5) Carcinoma squamoso
- 6) AGC (Cellule Atipiche Ghiandolari)
- 7) AIS (Adenocarcinoma In Situ)
- 8) Adenocarcinoma infiltrante
- 9) impossibilità tecnica ad eseguire il prelievo
- 10) due prelievi consecutivi inadeguati

L'assenza all'appuntamento per eseguire gli esami di II° livello dovrà essere registrata dal centro ospedaliero nell'apposita sezione del programma informatico per consentire al CS di avviare le procedure di sollecito telefonico o scritto che sarà, in caso di ulteriore mancata adesione, l'ultimo contatto ufficiale della persona con il programma limitatamente a quel passaggio di screening.

Il CS potrà informare anche il MMG al fine di richiedere la sua collaborazione per ottenere l'adesione dell'interessata (nel caso la donna abbia dato il consenso al coinvolgimento del MMG).

Nel caso di definitivo rifiuto il programma prevede la convocazione della donna dopo il periodo di intervallo previsto.

## **GESTIONE DEL II LIVELLO**

Consultato il programma con il software dedicato e presa visione delle pazienti candidate all'esame colposcopico, le pazienti vengono contattate telefonicamente dall'ostetrica incaricata del reparto, per programmare l'esame nel giorno stabilito.

Il Secondo livello del progetto sanitario di screening, già attualmente preso in carico dal servizio afferente alla SC di ginecologia e Ostetricia della ASL 4, prevede:

- l'informazione della paziente sull'esito del Pap-test patologico; sull'epidemiologia e la storia naturale dell'infezione da HPV, responsabile della displasia cervicale; sulle modalità esecuzione dell'esame colposcopico e dell'eventuale biopsia;
- l'anamnesi ostetrico-ginecologica, la quale viene completata col riepilogo, estratto dall'archivio informatico gestito da un software dedicato, di tutto l'iter diagnostico-terapeutico già compiuto dalla paziente negli ultimi anni per la prevenzione del cervicocarcinoma;
- l'esecuzione della colposcopia;
- l'esecuzione di una biopsia mirata della cervice uterina a tutte le pazienti con colposcopia positiva o non dirimente;
- la valutazione del referto istologico;
- il contatto telefonico con la paziente per un colloquio col medico;
- identificazione dell'eventuale trattamento.
- inserimento di tutti i dati nel software dedicato.
- Le pazienti con diagnosi istologica di displasia moderata/severa (CIN 2- CIN 3) o carcinoma in situ saranno avviate al trattamento, la conizzazione della cervice o alla chirurgia maggiore ( livello superiore dello screening, corrispondente al terzo livello).

Tutte le pazienti che sono state sottoposte a biopsia della portio vengono sottoposte a visita di controllo dopo circa trenta giorni, durante la quale viene consegnato e commentato il referto dell'esame istologico, viene eventualmente prescritta una terapia locale e viene programmato il Follow up o, se necessario, l'iter chirurgico.

Le pazienti con diagnosi istologica negativa sono rinviate o al primo livello o al Follow up del programma di screening, a quelle con diagnosi di natura flogistica e HPV correlata è prescritta una terapia medica e sono rinviate al primo livello del programma di screening.

Le pazienti con diagnosi istologica di displasia moderata/severa (CIN 2- CIN 3) o carcinoma in situ saranno sottoposte a trattamento chirurgico.

Dopo 20/30 giorni la paziente viene sottoposta a visita di controllo e commentato il referto istologico, quindi in accordo con la paziente si programma l'iter successivo.

Anno 2014	Diagnosi Citologica	Diagnosi Istologica (n° biopsie eseguite 29)
29 Colposcopie	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ascus n° 10</li><li>• L-Sil n° 14</li><li>• H-Sil n° 2</li><li>• Pap test inadeguato n°1</li><li>• Asc-H n°2</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cin 1 n°4</li><li>• Cin 2 n°1</li><li>• Cin 3 n° 2</li><li>• Flogistica n°22</li></ul>

### GESTIONE DEL III LIVELLO

Tutte le pazienti che necessitano di intervento chirurgico o altro trattamento, vengono prese in carico dalla Struttura complessa di ginecologia e ostetricia del PO fino a completamento dell'iter terapeutico.

Durante il colloquio informativo viene predisposta una cartella clinica, vengono prenotati gli esami e le consulenze necessarie in relazione al tipo di intervento.

A seguito dell'intervento chirurgico viene programmata una visita di controllo dopo circa trenta giorni, durante la quale viene consegnato e commentato il referto dell'esame istologico, programmato il follow up, e nei casi previsti viene programmata una consulenza oncologica medica e/o radioterapica.

#### Follow up idem

Nella programmazione del follow up è prevista l'esecuzione del pap test e la colposcopia a distanza di 3 mesi, 6 mesi e 12 mesi in base all'algoritmo predisposto.

#### Comunicazione/informazione

Considerata la modesta adesione allo screening e al fine di dare una maggiore visibilità ad esso si intende avviare una campagna informativa sugli screening indirizzata agli operatori sanitari attraverso incontri periodici (MMG, Farmacisti, Ginecologi), e alla popolazione con l'utilizzo di vari canali: trasmissione di comunicati attraverso le emittenti locali, diffusione di materiale divulgativo (opuscoli e manifesti) nei punti chiave della comunità (farmacie, ambulatori MMG, ambulatori ginecologici, patronati, aziende di dimensioni importanti...) e aggiornamento del sito web aziendale, così da arrivare al risultato atteso di una buona diffusione delle informazioni, un buon orientamento della popolazione target e l'incremento nell'adesione della popolazione. Potrà essere necessario un rinforzo delle azioni di comunicazione a scadenza semestrale/annuale se persistessero criticità.

**RISORSE FINANZIARIE**

Si intende coprire totalmente la spesa prevista per l'anno 2015 con i fondi regionali stanziati ai fini del perseguimento delle azioni di prevenzione del carcinoma alla cervice uterina di cui ai PRP 2005-2007 e ai PRP 2010-2012, in considerazione della disponibilità al 01.01.2015 di € 231.959,42, come da prospetto seguente e da prospetto di imputazione delle spese in allegato:

<b>Spese postali (Novi Service, Postel, Poste Italiane) - pop. bersaglio + 2° invito.....</b>	<b>€ 8.000,00</b>
<b>Spese campagna informativa (Comunicati emittenti radiofoniche + stampati).....</b>	<b>€ 2.000,00</b>
<b>Spese personale amm.vo dipendente (potenziamento).....</b>	<b>€ 7.000,00</b>
<b>Spese personale (Ostetriche + Personale medico) fuori orario.....</b> <i>n. 150/ore annue x n. 2 ostetriche (€ 27/ora + IRAP e oneri) + max 50/ore annue (€ 60/ora + IRAP e oneri)</i>	<b>€ 14.165,30</b>
<b>Spese personale amministrativo fuori orario.....</b> <i>(da 5 a 10 ore/annue per n. 8 Servizi + ore Segretario come max autorizzato)</i>	<b>€ 3.000,00</b>
<b>Pap test (Thin prep) - Convenzione ASL NU kit e lettura</b> <i>n. 480 x € 11,16 (gen-marzo) Pap test metodica tradizionale ..... € 5.357,00</i> <i>n. 1.301 x € 25,00 (apr-dic.) Thin prep..... € 32.525,00</i> <i>n. 300 x € 25,00 (eventuali richiami) ..... € 7.500,00</i>	<b>€ 45.382,00</b>
<b>Totale</b>	<b>€ 79.547,30</b>

In riferimento alle spese del personale, come già evidenziato, allo stato attuale (per la carenza di personale e per la peculiarità del territorio ogliastrino), ai fini dell'implementazione delle azioni previste dal Piano e del raggiungimento degli obiettivi, si rende indispensabile il ricorso marginale alle prestazioni di lavoro oltre l'orario ordinario delle ostetriche e, in misura minore, del personale medico e amministrativo con un'incidenza complessiva sulle spese annuali di circa il 21,58 %.

Alla cortese attenzione del Responsabile dello Screening del cervico-carcinoma  
Dottor Ugo Stochino

In base ai dati forniti dal Centro Screening relativi alla campagna 2012-2015, dai quali si evince il numero significativo delle donne afferenti al Poliambulatorio di Tortolì ancora da invitare per lo screening in questione;

considerato che a far data dal 1 Gennaio 2016 si dovrebbero effettuare le chiamate per il nuovo triennio;

valutando che il raggiungimento della quota totale delle donne interessate può essere possibile solo aumentando le ore settimanali dedicate;

tenuto conto che al suddetto screening sono assegnate 2 ostetriche;

**Si propone**

la progettazione oraria come da prospetto allegato.

Si evidenzia che l'esecuzione dei Pap-test in orario pomeridiano è proposto in regime di prestazioni aggiuntive, peraltro limitate allo stretto necessario, e che la rimanente quota oraria è svolta in orario di servizio (circa 70%).

Si coglie l'occasione per rimarcare quanto più volte segnalato verbalmente ai fini di un'adesione ottimale allo stesso screening:

-le utenti segnalano continuamente la mancata consegna o il marcato ritardo dell'invito da parte delle Poste

-la ridotta partecipazione potrebbe essere dovuta ad una informazione deficitaria, risolvibile con una campagna promozionale riguardante tutti gli screening della nostra Asl, magari con l'utilizzo di locandine, pieghevoli, radio locali;



-il maggiore coinvolgimento dei Medici di base, che rappresentano il primo contatto e il punto d'unione tra Asl e cittadino, può rivelarsi la scelta più opportuna per il raggiungimento degli obiettivi.

A disposizione per ogni eventuale chiarimento

Le ostetriche dello Screening

Iole Mascia Maria Rosaria Melis  
*Iole Mascia Maria Rosaria Melis*

Lanusei, 20 Luglio 2015  
*[Signature]*



## CONTRIBUTI REGIONALI VINCOLATI EXTRAFONDO 31/12/2014

**OGGETTO: PRP Screening ca cervice uterina - PROG. 16**

DISPONIBILITA' 01/01/2014 +assegn.2014+ quota da amm.re	CESPITI ACQUISTATI NEL 2014	IMPORTO	QUOTA AMM.TO (COMPRESO AMM.TO CESPITI ACQUISTATI ANNI PREC.	ALTRI COSTI OGGETTO	IMPORTO	DISPONIBILITA' 2015	QUOTA DA AMM.RE ANNI SUCC.
€ 226.516,39		€ 0,00	€ 241,52	Prestazioni Pap test ASL NU	€ 21.090,52	€ 231.959,42	€ 845,30
€ 36.648,00				sp. post. Postel	€ 801,61		
€ 1.086,82				sp. post. Poste Italiane	€ 4.407,20		
				sp. post. Noviservice	€ 982,24		
				Personale (ostetriche)	€ 3.923,40		
				totale	€ 31.204,97		

IL RESPONSABILE  
 DR. UGO STOCHINO

DATA