Servizio Sanitario Regione Sardegna

Azienda USL N. 7

Carbonia

Deliberazione n° 295

Adottata dal Direttore Generale in data 25 MAR. 2009

Oggetto: Progetto Screening Oncologico Corso di formazione – Ditta Elettronica Professionale s.r.l..

Vista la deliberazione n. 29/2 del 05.07.2005 con la quale la Giunta Regionale ha approvato il Piano Regionale di Prevenzione, il quale include i programmi di screening del tumore della cervice uterina, della mammella e del colon retto;

la nota Assessoriale n. 14913/3 del 19.04.2006 con la quale si chiedeva anche a quest'Azienda, la costituzione di un Comitato per gli Screening oncologici e l'individuazione di un referente aziendale;

Considerato che con deliberazione n° 1523 del 26.11.2008 è stato individuato il Comitato aziendale per gli screening oncologici e il referente aziendale;

che onde poter dare avvio al Progetto di Screening per il tumore alla cervice uterina i componenti del gruppo di lavoro hanno partecipato nel settembre 2008, al corso di formazione sul software Screening 2000, fornito dalla Ditta Elettronica Professionale s.r.l.;

Preso atto che dovendo procedere all'avvio del Progetto Screening Oncologico risulta necessario che il gruppo di lavoro sia edotto in maniera ottimale sull'utilizzo del Software a suo tempo fornito per la gestione del progetto, dalla Ditta Elettronica Professionale s.r.l.;

Ritenuto opportuno che i componenti il gruppo di lavoro del Progetto Screening possano partecipare prima dello start up, ad una ulteriore giornata di formazione necessaria per l'apprendimento del software Screening 2000;

Considerato che la Ditta Elettronica Professionale s.r.l. con nota n° OFF09-00009 del 13.01.2009, ha formulato offerta per n. 1 giornata di formazione, da tenersi presso la nostra Azienda, rivolta a n. 15 partecipanti, a supporto dello start up del Progetto Screening Oncologico, per un importo pari a € 750,00 + IVA 20%;

Visto l'art. 57, punto 3, comma b, del D.Lgs. n° 163 del 12 aprile 2006, che autorizza il ricorso alla trattativa diretta senza la preliminare pubblicazione di un bando di gara per forniture complementari effettuate dal fornitore originario e destinate al rinnovo parziale di forniture esistenti, qualora il cambiamento di fornitore obblighi l'amministrazione aggiudicatrice ad acquistare materiale di tecnica differente;

Ritenuto di dover ottemperare a quanto richiesto nella nota Assessoriale n. 14913/3 del 19.04.2006, procedendo allo start up del Progetto Screening Oncologico nel più breve tempo possibile, fornendo il supporto necessario al gruppo di lavoro;

di accettare l'offerta formulata dalla Ditta Elettronica Professionale s.r.l. con nota n° OFF09-00009 del 13.01.2009, per n. 1 giornata di formazione dei n. 15 componenti il gruppo di lavoro, a supporto dello start up del Progetto Screening Oncologico, da tenersi presso la nostra Azienda, per un importo pari a € 750,00 + IVA 20%;

Servizio Sanitario Regione Sardegna
Azienda USL N. 7
Carbonia

segue Deliberazione 295 *del* 25 MAR. 2009

Sentiti il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario;

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in premessa

- Di accettare l'offerta formulata dalla Ditta Elettronica Professionale s.r.l. con nota n° OFF09-00009 del 13.01.2009, per n. 1 giornata di formazione dei n. 15 componenti il gruppo di lavoro, a supporto dello start up del Progetto Screening Oncologico, da tenersi presso la nostra Azienda, per un importo pari a € 750,00 + IVA 20%;
- Di demandare il Referente aziendale per gli Screening oncologici di provvedere per gli adempimenti relativi all'emissione dell'ordine di fornitura;
- Di determinare che il capo servizio bilancio/contabilità provveda al puntuale pagamento delle fatture di addebito, previa liquidazione delle medesime a cura delle articolazioni aziendali utilizzatrici, con regolare ordinativo bancario sul tesoriere aziendale;
- Di imputare il costo della giornata di formazione pari a € 900,00 IVA compresa, sulla classe di costo 04401400001 del piano dei conti Aziendale, Bilancio anno 2009 – Finanziamento Regionale Progetto Screening Oncologici.

REGIONE SARDEGNA SERVIZIO SANITARIO AZIENDA USL N. 7 CARBONIA

Il Direttore Generale
Dr. Pietro Pasquale Chessa

DIRAMM/
DIRSAN/
SERVIZIO IGIENE/Gian Mauro Vinci

Servizio Sanitario Regione Sardegna

Azienda USL N. 7

Carbonia

Il Responsabile del Servizio Affari Generali

Attesta che la deliberazione

N° 295 del 25 MAR. 2009

è stata pubblicata

nell'Albo pretorio dell'Azienda USL n° 7

a partire dal 25 MAR. 2009 al 8 APR. 2009

Resterà in pubblicazione per 15 giorni consecutivi

ed è stata posta a disposizione per la consultazione.

Il Responsabile del Servizio

Affari Generali

Allegati n° _____

Destinatari:

Collegio dei Sindaci

Serv. Sistemi Informativi

Servizio Bilancio

Controllo Gestione

ELETTRONICA PROFESSIONALE srl

S.S.Sassari Fertilia Km 2,200
07100 Sassari - Tel 079/2637300
Via Dolcetta, 14
09122 Cagliari - Tel. 070/275080

SINCERT
CERMET
ISO 9001:00
ISO 14001:04

Spett.le
AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 7
VIA DALMAZIA, 83
09013 - CARBONIA

OFFERTA	OFF09-00009	Del 13/01/2009
Commessa / Preventivo	COM09-00002/PC001	Del
Servizio Clienti	Maria Luisa Masala	
Alla C.A.	AZIENDA SANITARIA	
Responsabile Cliente	MURA GIANPAOLO	
Vs riferimento	DOTT. MELIS	

Oggetto: Giornata di ormazione relativamente al "PROGETTO SCREENING"

Con riferimento alla Vostra gradita richiesta, Vi sottoponiamo di seguito la nostra migliore offerta per n° 1 giornata di formazione da tenersi presso la Vs. sede ASL di Carbonia per il giorno 29 gennaio 2009 per un numero di 15 partecipanti. L'orario del corso sarà dalle ore 9,00 alle ore 18,00.

Prodotti erogati

Descrizione prodotto	*U.M*	*Q.tà*	*Prezzo unit.*	*Prezzo totale*
N° 1 GIORNATA DI FORMAZIONE	*N°*	*1,00*	*650,00*	*650,00*
RIMBORSO SPESE DI TRASFERTA	*N°*	*1,00*	*100,00*	*100,00*
			TOTALE IVA ESCLUSA	***750,00***

Il costo di tale giornata si riferisce al listino delle attività professionali necessarie al supporto del Sistema Applicativo dello Screening.

Condizioni Generali di Fornitura

I.V.A.	Iva 20%
Validità offerta	30 Giorni D.O.
Pagamento	60 Giorni Data Fattura

Rimaniamo a Vostra disposizione per qualsiasi informazione o chiarimento dovesse rendersi necessario e con

Elettronica Professionale Srl

Cliente

(Per Accettazione)

Chiesto a Dott. Vinci
ovviamente
20/01/2009 via Gomez ore 12,15
ok

ASLCarbonia

Deliberazione N° **1523**

Adottata dal Direttore Generale in data **26/11/2008**

OGGETTO: Comitato aziendale per gli screening oncologici e referente aziendale.

IL DIRETTORE GENERALE

VISTA La deliberazione n°29/2 del 05/07/2005 con la qu ale la Giunta Regionale ha approvato il Piano Regionale di Prevenzione, il quale include i programmi di screening del tumore della cervice uterina, della mammella e del colon-retto;-

VISTA la nota Assessoriale n° 14913/3 del 19/04/2006 con la quale si chiedeva, anche a quest'Azienda, la costituzione di un Comitato per gli Screening oncologici e l'individuazione di un referente aziendale;

ATTESO che questa Azienda ha aderito alle succitate richieste con le deliberazioni n° 630 e n°1044 rispettivamente del 17/05/2006 e del 2 7/09/2006;

APPROVATO quanto previsto dal piano interaziendale steso in collaborazione con le ASL di Oristano e San Gavino;

RITENUTO di dover abrogare la deliberazione n°354 del 02/ 04/2008 con la quale veniva nominato un nuovo coordinatore aziendale per gli screening oncologici;

PROPONE

- che sia attribuita al Dr Gianmauro Vinci la funzione di coordinatore aziendale per gli Screening oncologici,
- che la composizione del nuovo comitato Screening sia la seguente:

SCREENING TUMORE ALLA MAMMELLA

- Dr.ssa Elisabetta Orani — Radiologo
- Dr.ssa Cugusi Maria Grazia — Radiologo

SCREENING PER IL TUMORE ALLA CERVICE UTERINA

- Dr Gianfranco Daga — Resp.le Consultorio Distretto di Iglesias
- Dr Luciano Gambula — Resp.le Consultorio Distretto di Carbonia

SCREENING PER IL TUMORE AL COLON RETTO

- Dr Simone Spada — Endoscopista
- Dr Sergio Cadoni — Endoscopista

Faranno altresì parte integrante del Comitato Screening ed in particolare del gruppo di lavoro che si occupa dello Screening della cervice uterina l'ostetrica Sig.ra Teresa Agus referente per il distretto di Iglesias, l'ostetrica Sig.ra Gianna Batzella referente per il distretto di Carbonia.
Inoltre detto Comitato sarà integrato, per le problematiche inerenti lo screening del tumore alla Mammella,dal Responsabile dell'U.O.di Chirurgia Generale Dr.ssa Piredda Ivana Antonella, dalla Dr.ssa M. Cristina Garau Resp.le dell'U.O. di Laboratorio facente funzione di Responsabile del Servizio Anatomia Patologica,, il Dr Aromando Paolo Responsabile dell'U.O. Radiodiagnostica.
Il suddetto Comitato sarà integrato dal Responsabile del SIA o un suo delegato e dai due Responsabili di Distretto di Carbonia e di Iglesias.
Sarà individuato, se opportuno, dai Componenti il Comitato un referente fra i tecnici di radiologia.

- che al presente atto sia allegato il progetto operativo che ne costituirà parte integrante.

Il DIRETTORE GENERALE

ACQUISITI i pareri del Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario;

D E L I B E R A

Per i motivi esposti in premessa:

Di individuare la composizione del Comitato Aziendale come sotto specificato:

SCREENING TUMORE ALLA MAMMELLA

- Dr.ssa Elisabetta Orani — Radiologo
- Dr.ssa Cugusi Maria Grazia — Radiologo

SCREENING PER IL TUMORE ALLA CERVICE UTERINA

- Dr Gianfranco Daga — Resp.le Consultorio Distretto di Iglesias
- Dr Luciano Gambula — Resp.le Consultorio Distretto di Carbonia

SCREENING PER IL TUMORE AL COLON RETTO

- Dr Simone Spada — Endoscopista
- Dr Sergio Cadoni — Endoscopista

Faranno altresì parte integrante del Comitato Screening ed in particolare del gruppo di lavoro che si occupa dello Screening della cervice uterina l'ostetrica Sig.ra Teresa Agus referente per il distretto di Iglesias, l'ostetrica Sig.ra Gianna Batzella referente per il distretto di Carbonia.
Inoltre detto Comitato sarà integrato, per le problematiche inerenti lo screening del tumore alla Mammella,dal Responsabile dell'U.O.di Chirurgia Generale Dr.ssa Piredda Ivana Antonella, dalla Dr.ssa M. Cristina Garau Resp.le dell'U.O. di Laboratorio facente funzione di Responsabile del Servizio Anatomia Patologica, il Dr Aromando Paolo Responsabile dell'U.O. Radiodiagnostica.
Il suddetto Comitato sarà integrato dal Responsabile del SIA o un suo delegato e dai due Responsabili di Distretto di Carbonia e di Iglesias.
Sarà individuato, se opportuno, dai Componenti il Comitato un referente fra i tecnici di radiologia.

- che al presente atto sia allegato il progetto operativo che ne costituirà parte integrante.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dr. Benedetto Barranu)

DIR.AMM. _____

DIR. SAN. _____

ADD/ _____

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

DELIBERAZIONE N. 29/2 DEL 5.7.2005

Oggetto: **Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 (Intesa Stato - Regioni, Province Autonome - 23 Marzo 2005). Approvazione Piano Regionale di Prevenzione.**

L'Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale riferisce che l'Intesa tra Stato, Regioni e Province autonome del 23 Marzo 2005, all'articolo 4, lettera e, richiama gli adempimenti che le regioni devono porre in essere per la realizzazione delle azioni previste dal Piano Nazionale della Prevenzione per il triennio 2005-2007.

L'Intesa prevede che le Regioni e le Province Autonome predispongano, in armonia con gli obiettivi del Piano Nazionale, i piani regionali di prevenzione che dovranno essere presentati al Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie, per l'approvazione ed il successivo finanziamento, secondo le modalità ed entro i termini indicati dal Ministero della Salute nelle linee operative emanate per la presentazione dei piani.

Tale Piano Nazionale definisce, quali ambiti di intervento privilegiati, la prevenzione della patologia cardiovascolare, inclusa la prevenzione delle complicanze del diabete e dell'obesità, gli screening oncologici, le vaccinazioni, la prevenzione degli incidenti domestici e stradali ed affida le funzioni di coordinamento e di verifica al Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM).

Ciò premesso l'Assessore fa presente che è stato predisposto il piano regionale di prevenzione articolato nei progetti che riguardano nello specifico:

- screening oncologici (mammella, cervice uterina, colon-retto);
- vaccinazioni;
- prevenzione del rischio cardiovascolare;
- prevenzione delle complicanze del diabete.

È stato predisposto, inoltre, il piano relativo alla prevenzione dell'obesità nelle donne in età fertile e nel bambino, che si intende presentare in anticipo rispetto alla data fissata dal Ministero della Salute, in quanto si ritiene opportuno avviarlo sin dall'inizio dell'anno scolastico 2005-2006.

I progetti relativi alla prevenzione delle recidive degli eventi cardiovascolari maggiori (prevenzione terziaria) ed alla sorveglianza e prevenzione degli incidenti, che dovranno essere avviati a partire dal 2006, saranno sottoposti all'approvazione della Giunta con successivo provvedimento in quanto la loro presentazione al Ministero è fissata al 31 Dicembre 2005.

Le risorse previste per la realizzazione degli interventi sono quelle che le Regioni hanno accettato di vincolare all'attuazione del Piano, pari per la Regione Sardegna a Euro 12.430.717,00 per ciascuno degli anni 2005, 2006 e 2007.

L'Assessore riferisce che ulteriori stanziamenti per la Regione Sardegna, pari a euro 237.183,00 sono stati previsti dalla Legge 138/2004, che all'art. 2 bis ha individuato risorse finanziarie aggiuntive per colmare gli squilibri nell'offerta degli screening tra le varie regioni italiane: nello specifico sono stati stanziati euro 91.732 per lo screening del tumore della mammella, euro 97.826 per il screening del tumore della cervice uterina ed euro 47.625 per lo screening del tumore del colon-retto. Tali somme saranno destinate al potenziamento delle dotazioni infrastrutturali connesse in particolare alle attività di coordinamento regionale dei progetti di screening, ai sistemi informativi di supporto ed agli interventi di formazione.

Nel piano regionale di prevenzione è prevista una ripartizione di massima dei finanziamenti appositamente dedicati ed all'interno di ciascun progetto è stata effettuata una stima dei costi con riguardo alla prima annualità di attuazione degli stessi.

Per quanto suesposto, l'Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale sottopone il Piano Regionale di Prevenzione articolato in sette progetti (screening oncologici per il tumore della mammella, della cervice uterina e del colon-retto, piano vaccinazioni, prevenzione del rischio cardiovascolare, prevenzione delle complicanze del diabete, prevenzione dell'obesità nelle donne in età fertile e nel bambino) all'attenzione della Giunta regionale per l'approvazione.

La Giunta regionale, condividendo quanto rappresentato e proposto dall'Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, constatato che il Direttore Generale dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale ha espresso parere favorevole di legittimità sulla proposta in esame

DELIBERA

1) di approvare il Piano Regionale di Prevenzione, articolato nei progetti relativi agli screening oncologici per il tumore della mammella, della cervice uterina e del colon-retto, al piano vaccinazioni, alla prevenzione del rischio cardiovascolare, alla prevenzione delle complicanze del diabete ed alla prevenzione dell'obesità nelle donne in età fertile e nel bambino, che allegati al presente provvedimento ne costituiscono parte integrante e sostanziale;

2) di dare mandato alla Direzione Generale dell'Assessorato dell'Igiene, Sanità e dell'Assistenza Sociale di trasmettere il piano regionale di prevenzione con i relativi progetti al Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie del Ministero della Salute per i provvedimenti di competenza.

p. Il Direttore Generale
Ubaldo Serra

p. Il Presidente
Francesco Pigliaru

PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE

Premessa

La legge finanziaria 2005 ha previsto tra gli obiettivi che le Regioni devono conseguire al fine di ottenere il conguaglio del 5% del Fondo Sanitario Nazionale l'attivazione del Piano Nazionale della Prevenzione e del Piano Nazionale della Formazione.

Il Piano Sanitario Nazionale pone l'accento sulla necessità di sviluppare metodologie di comunicazione su stili di vita più salutari, che possano raggiungere tutti gli utenti effettivi e potenziali, e su un sistema di monitoraggio dei risultati ottenuti con le iniziative di Prevenzione sanitaria. L'Amministrazione Regionale ha il compito di tradurre gli obiettivi nazionali nel contesto locale, attraverso la programmazione ed il coinvolgimento integrato dei vari soggetti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), impegnati nelle attività di prevenzione primaria e secondaria.

La traduzione in ambito locale del Piano Nazionale per la Prevenzione costituisce, quindi, un intervento trasversale, che non attiene in modo esclusivo ad una struttura sanitaria o ad un ambito geografico, ma interessa l'intero sistema sanitario a partire dai Dipartimenti di Prevenzione fino ai Medici di medicina generale, alle strutture ospedaliere e specialistiche ed ai servizi socio-sanitari.

Anche in Sardegna, come in ambito Nazionale, nel corso degli ultimi decenni, si è verificato un forte aggravio della spesa sanitaria, in buona parte imputabile all'allungamento della vita media ed al conseguente aumento del peso delle patologie cronico-degenerative e neoplastiche.

La Prevenzione è il primo "Obiettivo di Sistema" della proposta di Piano Sanitario Regionale (PSR), che si propone di porre in essere gli strumenti organizzativi necessari per assicurare una costante analisi dei bisogni e della domanda di salute, anche inespressa, della popolazione. A tal fine, risulta indispensabile la conoscenza del livello di incidenza delle patologie nel territorio regionale ed il monitoraggio della loro evoluzione temporale, attraverso la sorveglianza epidemiologica, che è, al contempo, lo strumento indispensabile per la verifica dell'efficacia di tutti gli interventi di Prevenzione che saranno adottati.

Obiettivi

Con questo Piano la Regione si propone di garantire la massima operatività ai diversi progetti di prevenzione, attraverso la messa in opera di strumenti efficaci di sorveglianza dello stato di salute della popolazione, che ottengano la più ampia adesione possibile da parte dei cittadini e ne stimolino il comportamento attivo per il raggiungimento degli obiettivi previsti dalla bozza di Piano Sanitario Regionale.

A tal fine, è richiesta, in primo luogo, la costituzione di un "Sistema della Prevenzione", costituito dal Dipartimento di Prevenzione e dai Distretti Sanitari. In conformità con il concetto di rete di Prevenzione, espresso dalla proposta di Piano Sanitario Regionale, il Dipartimento di Prevenzione potrà svolgere, in via sperimentale, funzioni di coordinamento per favorire la massima collaborazione tra tutte le strutture coinvolte nell'attuazione del piano.

A livello regionale sarà costituito un gruppo di coordinamento, presieduto dal Direttore Generale dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità, di cui faranno parte il Responsabile del Servizio di Prevenzione, quello del Servizio Assistenza Ospedaliera, Distrettuale e Osservatorio epidemiologico, ed esperti nelle materie riguardanti i progetti inseriti nel Piano.

Ogni linea di progetto comprenderà, nella fase preliminare, la formazione degli operatori, che verrà effettuata anche in collaborazione con l'Università.

Risultati attesi

1. **Prevenzione delle patologie cardiovascolari**
   a. riduzione della morbilità e mortalità cardiovascolare;
   b. prevenzione della disabilità da eventi cardiovascolari acuti;
   c. miglioramento della qualità della vita nei pazienti cardiovascolari.

2. **Prevenzione delle complicanze del diabete di tipo II nell'adulto e nel bambino**
   a. riduzione dei tassi di menomazione permanente da complicazioni del diabete di tipo II (cecità, amputazione di arti, nefropatie, patologie cardiovascolari acute);
   b. riduzione dei tassi di ospedalizzazione dei pazienti diabetici;
   c. miglioramento della qualità della vita dei pazienti diabetici.

3. **Screening oncologici per la diagnosi precoce delle neoplasie della cervice uterina, della mammella e del colon-retto**
   a. riduzione degli interventi di chirurgia radicale (isterectomie, mastectomie, colectomie) successivi a diagnosi tardive dei processi neoplastici;
   b. riduzione dei tassi di mortalità per le patologie neoplastiche oggetto delle iniziative di screening;
   c. miglioramento della qualità della vita nei pazienti oncologici.

4. **Piano delle vaccinazioni**
   a. riduzione dell'incidenza delle patologie infettive prevenibili mediante vaccinazione e progressiva tendenza alla loro eradicazione;
   b. sorveglianza delle complicazioni vaccinali;
   c. diffusa accettazione degli interventi di vaccinazione quale insostituibile strumento di prevenzione.

Piano finanziario

1. Dotazioni infrastrutturali per la realizzazione del Piano, spese di coordinamento regionale, sistemi di rilevazione e di monitoraggio € 700.000,00
2. Formazione attraverso corsi di educazione continua per singole Aziende USL, per gruppi di Aziende e per singoli progetti (compresivi anche dei progetti che saranno successivamente presentati) € 1.200.000,00
3. Finanziamento dei progetti approvati nell'ambito del Piano per la Prevenzione €10.267.900,00,

   così articolati:
   - Screening del carcinoma della cervice uterina € 2.000.000,00
   - Screening del tumore della mammella € 2.000.000,00

- Screening del carcinoma colon-rettale € 1.500.000,00
- Prevenzione del rischio cardiovascolare € 900.000,00
- Prevenzione delle complicanze del diabete € 900.000,00
- Prevenzione dell'obesità € 260.000,00
- Piano vaccini € 1.000.000,00
- Altri progetti da presentare entro il 30.12.2005 € 1.707.900,00

4. Attività di monitoraggio e valutazione degli interventi € 500.000,00

La ripartizione del finanziamento complessivo, pari ad euro 12.667.900, così come sopra riportata, è da considerarsi di massima e potrà subire variazioni in relazione a particolari esigenze che dovessero intervenire nelle fasi operative dei diversi progetti.

PROGETTO REGIONALE SCREENING ONCOLOGICI

Premessa generale

I tumori costituiscono la seconda causa di morte in Sardegna.

Attualmente nell'Isola i bisogni sanitari in campo oncologico possono essere stimati solo approssimativamente, mediante ricorso alle statistiche sulla mortalità o estendendo all'ambito regionale le osservazioni del Registro Tumori dell'Azienda USL di Sassari.

Secondo tali stime, nel periodo che va dal 1980 al 1994, il tasso di mortalità per tumori in Sardegna è stato inferiore a quello nazionale, mostrando però una tendenza all'aumento (del 2,7-2,9% l'anno) a fronte di una sostanziale stabilità in ambito nazionale; sempre nello stesso periodo si registrano dati superiori (rispetto alla media nazionale) di mortalità per i tumori del fegato, della prostata e per le leucemie. Le proiezioni, basate sull'evoluzione temporale della patologia oncologica, fanno stimare per la Sardegna un numero di nuovi casi l'anno pari a circa 8.000 tumori.

A fronte di prime importanti informazioni circa l'incidenza, la sopravvivenza e la mortalità per cancro in Sardegna, non si dispone di dati adeguati relativamente ad aspetti rilevanti dell'offerta di assistenza sanitaria.

Finora le attività di prevenzione dei tumori, svolte nella Regione, sono state condotte in modo disomogeneo interessando solo porzioni circoscritte di territorio ed hanno riguardato prevalentemente i tumori femminili. A livello locale, alcune Aziende USL hanno attuato azioni di prevenzione del carcinoma della mammella, altre hanno promosso la prevenzione del carcinoma del collo dell'utero.

La Regione intende promuovere ed uniformare le attività di diagnosi precoce dei tumori, nell'ambito di un programma di screening regionale multicentrico, pianificato e a chiamata con criteri e modalità di attuazione che possa assicurare efficacia ed equità di accesso. L'obiettivo che si vuole raggiungere è la riduzione della mortalità causata da importanti neoplasie verso le quali risultano efficaci le azioni preventive di diagnosi precoce svolte attraverso le attività di screening.

Il progetto vuole garantire un'adeguata copertura della popolazione target, così come previsto dalle linee guida nazionali (Conferenza Stato Regioni 8 marzo 2001), l'adesione degli assistiti arruolabili (anche attraverso il coinvolgimento dei medici di medicina generale), la tempestiva gestione dei soggetti positivi, il monitoraggio della qualità delle procedure di diagnosi e cura e la registrazione dei dati.

L'Assessorato Regionale dell'Igiene, Sanità e dell'Assistenza Sociale vuole svolgere un ruolo attivo e propulsivo nella definizione di un modello organizzativo uniforme su tutto il territorio regionale, nell'individuazione dei criteri e degli standard di qualità, nel monitoraggio e valutazione dei programmi di screening, in armonia con le specifiche linee guida nazionali opportunamente predisposte dal CCM, che ha il compito di coordinare le attività delle regioni.

Sarà costituito un Comitato regionale per gli screening oncologici che si articolerà in tre sottocomitati per i tre screening proposti (mammella, cervice e colon).

In un momento successivo sarà individuato un Centro Regionale di riferimento per gli screening oncologici, dopo aver effettuato un'analisi della realtà regionale, tenendo conto anche delle esperienze già effettuate in merito in ambito nazionale.

La valutazione del programma di screening rappresenta una competenza epidemiologica di particolare importanza e deve basarsi su un sistema informativo capace di fornire dati di processo e di esito che, attraverso

indicatori pre-definiti, siano comparabili a livello regionale. Tale compito sarà demandato al Registro Tumori, previsto dalla bozza di Piano Sanitario Regionale e, in via provvisoria, si farà riferimento al Registro Tumori di Sassari, estendendone le competenze per i tumori soggetti a screening ed a tutto il territorio regionale.

Gli obiettivi del Registro Tumori dei casi connessi agli screening sono:

- la registrazione sia dei casi di neoplasie maligne mammarie, della cervice e del colon retto, diagnosticati in sede di screening sia di quelli diagnosticati al di fuori delle attività di screening, anche al fine di valutare la correlazione tra i due gruppi;
- l'individuazione, tra la popolazione sottoposta a screening, dei casi di tumore d'intervallo, accertati o sospetti;
- le rilevazioni statistiche ed epidemiologiche utili alla valutazione di efficacia dei programmi di screening in atto ed all'individuazione di eventuali modifiche da apportare.

L'operatività dei progetti di screening sarà realizzata inizialmente da Aziende USL pilota: l'Azienda USL n. 1 di Sassari per l'attuazione dello screening mammografico, l'Azienda n. 8 di Cagliari per il carcinoma della cervice uterina e per il tumore del colon-retto, l'Azienda USL n. 3 di Nuoro per lo screening del tumore del colon-retto; seguiranno poi le altre Aziende fino all'estensione del progetto a livello regionale. Le Aziende USL provvederanno alla formulazione di progetti attuativi specifici nei quali dovranno definire gli elementi organizzativi ed operativi per l'attivazione e il mantenimento nel tempo di un programma di screening che risponda ai requisiti e standard di qualità stabiliti su base regionale.

La fase iniziale del progetto prevede che sia organizzata ed avviata la formazione del personale coinvolto nei programmi di screening ai vari livelli. Saranno promosse a livello regionale e locale iniziative di informazione rivolte alla popolazione bersaglio e finalizzate all'adesione al programma di screening.

Sono in corso di implementazione i flussi informativi relativi alla mortalità e alla morbosità in quanto a livello regionale attualmente non sono disponibili, in maniera sistematica, dati epidemiologici aggiornati ed esaustivi di tutta la realtà regionale.

Il sistema informativo, regionale ed aziendale, sarà implementato ed orientato verso la gestione, il monitoraggio e la valutazione dello screening e l'analisi epidemiologica dei casi accertati in ambito regionale.

Nelle varie fasi di sviluppo degli specifici progetti di screening, sarà curata la promozione e la valutazione della qualità anche mediante la predisposizione e l'applicazione di determinati protocolli diretti alle verifiche di qualità degli esami.

Il progetto in argomento è in linea con le indicazioni emergenti dalla programmazione nazionale e regionale.

La Giunta Regionale, con l'approvazione della Deliberazione n. 502/95 in data 17.05.2005, ha stabilito, tra gli obiettivi generali dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, il miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria ed il progressivo superamento delle carenze nell'offerta di prestazioni e servizi nel rispetto dei termini e degli obblighi derivanti dall'intesa sottoscritta in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome in data 23 marzo 2005.

Anche la bozza di Piano Sanitario Regionale ha previsto, tra i suoi obiettivi, lo sviluppo di attività di prevenzione oncologica a chiamata.

Situazione regionale e identificazione dei punti critici

In ambito regionale operano quattro Centri di Prevenzione Oncologica dislocati nelle strutture delle Aziende USL ubicate nelle quattro province: Cagliari, Sassari, Oristano e Nuoro. I Centri sono deputati all'educazione

La colposcopia è parte integrante del programma di screening per il cervicocarcinoma.
Ha un ruolo centrale nella gestione delle lesioni precancerose della cervice che sono state individuate dalla colpocitologia.
La risposta al richiamo alla colposcopia delle donne asintomatiche, afferenti allo screening è essenziale per la riuscita del programma, considerando che il trattamento delle lesioni precancerose ha una efficacia del 98 -99%.
Il numero di donne che dovrebbe sottoporsi alla colposcopia, secondo dati statistici, è pari a circa 8000 donne per anno a livello regionale; le colposcopie effettuate dagli appositi Centri di riferimento individuati a livello aziendale tra quelli già funzionanti (Unità Operative Ospedaliere di ginecologia e Centri di Prevenzione Oncologica).
Tali centri dovranno essere dotati di personale qualificato e dedicato (almeno 100 nuovi casi visti per anno, per ogni colposcopista).
Le Linee Guida alle quali si fa riferimento sono quelle della Società Italiana di Colposcopia: "gestione della paziente con Pap-test anomalo"-2002
Le donne che non hanno effettuato la colposcopia verranno sollecitate telefonicamente e/ o per posta ed anche attraverso il proprio medico di medicina generale.

9.2 Trattamento delle lesioni

Il trattamento delle lesioni preinvasive seguirà le Linee-Guida della società italiana di colposcopia e verrà praticato nelle Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia delle Aziende USL.
Il trattamento delle lesioni invasive dovrà essere praticato nelle Unità Operative di terzo livello di ginecologia di Cagliari, Sassari e Nuoro.
Resta inteso che sarà lasciata libera scelta alla paziente per l' accesso ad altri Centri.

9.3 Follow-up

Il follow-up è necessario per tutte le donne trattate per CIN e la sua frequenza varia in relazione alla gravità della CIN. Il controllo post-trattamento deve essere inteso come controllo citologico e colposcopico. Il primo controllo dovrebbe essere effettuato nella stessa struttura in cui è stato praticato il trattamento.
Secondo le Linee-Guida della SICPCV, si raccomanda un controllo ogni sei mesi per due anni dopo ogni trattamento distruttivo o escissionale.Dopo i primi due anni, il follow-up con esame colposcopico e citologico sarà a discrezione della singola Unità Operativa, e comunque consigliabile ogni anno per dieci anni.
In caso di mancata risposta al follow-up le utenti dovranno essere sollecitate dalle Unità Operative di riferimento
E' importante dare informazioni scritte alle pazienti e ai medici curanti sul follow-up e sull'importanza della possibile persistenza della malattia
I dati del follow-up saranno raccolti dai centri di secondo e terzo livello al fine di poter verificare e assicurare l'adeguatezza del follow-stesso.

10. Aspetti comunicativi del personale addetto

Verranno predisposti eventi formativi per il personale coinvolto nei programmi di screening che curino in particolare gli aspetti relazionali e il counseling:

- capacità di informazione agli utenti relativamente agli scopi dello screening, esplicitando i vantaggi e i possibili limiti;
- garanzia di massima riservatezza;
- azione di sostegno in tutte le fasi del programma (counseling).

11 Formazione del personale

La Regione predisporrà, in collaborazione concorderà con l' Osservatorio Nazionale Screening, il programma formativo per tutto il personale coinvolto nello screening (organizzatori, valutatori, responsabili clinici, personale di front office, infermieri, colposcopisti etc).

12. Monitoraggio del programma

12.1 Si definiscono di seguito alcuni indicatori di processo e di struttura di riferimento e nell' effettuazione dello screening:

- **livello di adesione**

Sarebbe auspicabile una adesione allo screening della popolazione target uguale o superiore all'80%; per quanto si possa considerare accettabile una risposta del 50%

Nella tabella seguente si riporta la dimensione del target di riferimento nelle diverse percentuali di adesione (100%, 80%, 50%):

Province	Femmine	risposta 80%	risposta 50%
Sassari	132.553	106.000	66.250
Nuoro	72.645	58.080	36.300
Oristano	41.990	33.520	20.950
Cagliari	226.222	180.960	113.100
Tutte .	473.410	378.570	236.600

- I prelievi inadeguati non dovranno superare il 5%
- I pap test anomali non dovranno superare l'8-10%
- La somma di ASCUS-H cellule ghiandolari atipiche LSIL basso grado non dovranno superare il 5%
- I casi di HSIL alto grado non dovranno superare l'1%
- La percentuale di donne da inviare alla colposcopia non deve superare l'8-10%
- La compliance all'approfondimento sarebbe auspicabile al 90%
- Per quanto attiene al tasso di identificazione diagnostica (Detection Rate) diagnostica per CIN I , CIN II—CINIII , Cancro microinvasivo e cancro invasivo, la proporzione di casi di lesione invasiva o preinvasiva, individuati come risultato dello screening tra le donne confermate istologicamente, sarà da stabilire in base alla distribuzione empirica osservata.
- Anche per quanto attiene al valore predittivo positivo da calcolare vs istologia tra le donne rinviate in colposcopia
  a) per categoria diagnostica(ASCUS, LSIL, HSIL)e complessivamente tutte quelle inviate per colposcopia

b) riferimento: - istologia- CIN I o più grave
- istologia- CIN II o più grave

lo standard sarà da stabilire dopo ricognizione della situazione italiana. I dati di riferimento attualmente disponibili secondo il NHSCSP sono del 65 – 85 % della citologia moderate/ gravi con CIN II + .

- Per la compliance al trattamento può essere ipotizzato uno standard di riferimento almeno del 90 %.
- I tempi di attesa ipotizzati per gli approfondimenti diagnostici dopo test positivo sono di circa 2 – 3 settimane.
- I tempi di attesa per risposta dopo test negativo sono previsti in 3- 4 settimane.

12.2 Controlli di qualità

Allo scopo di garantire prestazioni di laboratorio di alto livello, verranno istituite procedure di controllo di qualità colpocitologia (intra – inter laboratorio), secondo le seguenti tipologie:

A) Tipologia di controllo di qualità intralaboratorio

1) Monitoraggio statistico delle risposte citologiche
2) Correlazione cito-istologica
3) Predittività delle classi diagnostiche
4) Revisioni falsi negativi/positivi
5) Inserimento casi a diagnosi conosciuta
6) Lettura set standard/operativi di vetrini
7) Lettura set immagini digitali
8) Lettura collegiale peer review
9) Rescreening 10%
10) Rescreening mirato lesioni intervallo
11) Rescreening globale per periodi di tempo programmato
12) Rescreening rapido
13) Resreening parziale
14) Resreening con l'ausilio di lettura automatici o computer assistiti

B) Tipologia di controllo di qualità esterno

1) Lettura set standard/operativi di vetrini
2) Lettura set di immagini digitali
3) Lettura collegiale /peer review
4) Test di profitto

12.3 Controllo di qualità in colposcopia

E prevista una verifica a cadenza periodica del tasso bioptico e del tasso diagnostico per lesioni uguali o superiori a CIN 2 per operatore. I tassi devono essere stratificati per diagnosi citologica. Le biopsie adeguate all'esame istologico devono essere di almeno il 90%.

La percentuale di CIN all'esame istologico deve risultare uguale o superiore all'85%.

L'accuratezza colposcopica nel predire lesioni di alto grado deve essere almeno del 70% dei casi biopsiati.

Annualmente il responsabile aziendale del programma di screening raccoglierà i dati della valutazione periodica e previa discussione collegiale stilerà una relazione per l'Azienda USL fornendo i seguenti indicatori:

- Tasso di richiamo ad approfondimento
- Tasso di partecipazione all'approfondimento

13. Previsione di spesa

Esistendo in Sardegna limitate esperienze di screening, si fa riferimento ad altre realtà ed in particolare a esperienze di screening nazionali ed internazionali

Calcolando che in Sardegna le persone eleggibili per lo screening sono circa 473.410 nel triennio, la spesa che si ritiene di dover sostenere nella prima annualità è stimata, con riferimento agli obiettivi che si ritiene di raggiungere nella fase di avvio, in € 2.000.000 comprensiva di IVA ed altri oneri, così ripartita:

Voci di spesa	**Euro**
Costo personale	600.000,00
Costo aggiornamento professionale	200.000,00
Costi generali e varie (attrezzature,esami etc.)	1.000.000,00
Costi raccolta ed elaborazione dati e registro casi	200.000,00
Totale	2.000.000,00

Tale stima del costo annuo per lo screening del cancro della cervice uterina non comprende i costi per l'intervento chirurgico e per la campagna di informazione ed educazione sanitaria che sarà centralizzata a livello regionale.

Cronogramma

ATTIVITÀ	ANNUALITÀ 1 / (2005-06)													ANNUALITÀ 2/ (2006/07)											ANNUALITÀ 3 / (2007-08)														
	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Formazione della commissione regionale	■																																							
Costituzione gruppo operativo aziendale		■																																						
Effettuazione eventi formativi		■	■	■	■	■	■	■	■	■			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																		
Ricognizione dei centri per la lettura dei prelievi colpocitologici		■																																						
Ricognizione dei centri per eseguire la colposcopia		■	■																																					
Acquisizione strumenti e software			■	■	■	■																																		
Avvio del programma nell'ASL8 (centro pilota)				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																
Verifica della possibilità di estensione del programma					■	■																																		
Avvio del programma a livello regionale							■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																
Rilevazione degli indicatori																■	■	■																						
Preparazione del I report																				■	■																			
Continuazione del programma nell'ASL 8																									■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Continuazione del programma a livello regionale																									■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

| | | |

PIANO DELLE VACCINAZIONI

1.Premessa

Il Piano Nazionale Vaccini 2005-2007 ha stabilito gli indirizzi per il mantenimento o raggiungimento degli obiettivi fissati in ordine alla prevenzione e controllo delle malattie infettive prevenibili con la vaccinazione e per migliorare la qualità dell'offerta vaccinale soprattutto in quelle realtà dove le coperture vaccinali sono ancora insufficienti, con particolare riferimento alle vaccinazioni raccomandate.

In Sardegna le coperture vaccinali, al 24° mese, per le vaccinazioni obbligatorie: Polio, DT, EpB, sono del 98% (nati 2002, rilevazione al 31.12.2004). Per quanto riguarda le vaccinazioni raccomandate antipertussica e antihaemophilus influentiae la cui somministrazione è contemporanea alle obbligatorie, abbiamo percentuali praticamente sovrapponibili . Infine la copertura per la vaccinazione contro morbillo-parotite–rosolia, nei nuovi nati, è del 90,5% (nati 2002, rilevata al 31.12.2004). I dati nazionali in nostro possesso e di seguito riportati sono le coperture vaccinali al 24° mese, stimate al 2002: Polio 96,7% - DT 96,9% – EpB 95,7% - Pertosse 93,4% - Hib 84,4% - MPR 81,1%.

Il "Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007", di cui all'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005,. per l'area delle vaccinazioni, ha previsto che le regioni, tra gli obiettivi da raggiungere, prevedano incrementi delle coperture per le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate.

Per valutare il raggiungimento degli obiettivi è necessario informatizzare la gestione delle vaccinazioni con un programma di monitoraggio e raccolta dati che consenta in tempi reali una valutazione delle attività.

2. Linee operative di pianificazione regionale

2.1 Primo Obiettivo: Costituzione Commissione Regionale Vaccini

Al fine di rendere efficaci gli interventi di profilassi e sorveglianza delle malattie infettive prevenibili con la vaccinazione, nel rilevare la necessità di fissare un calendario regionale in conformità al Piano Nazionale Vaccini 2005-2007 e uniformare le attività vaccinali su tutto il territorio regionale, si definisce il primo obiettivo: costituzione di una Commissione Regionale Vaccini (CRV) che, sulla base dei dati epidemiologici e della letteratura scientifica disponibile, elabori le strategie vaccinali della regione, le linee guida e gli indirizzi operativi per le Aziende USL della Sardegna.

2.2 Secondo Obiettivo: monitoraggio delle attività dei Servizi vaccinali

Per un migliore monitoraggio delle attività dei servizi vaccinali e per una corretta valutazione delle coperture vaccinali si rende necessaria la realizzazione di anagrafi vaccinali informatizzate.

Nella nostra regione nessun servizio vaccinale è dotato di sistema di registrazione informatizzato, gli archivi degli ambulatori periferici sono ancora di tipo cartaceo, in talune realtà i dati, registrati in periferia, vengono riportati a livello centrale su un computer dotato di un programma rigido che non consente l'elaborazione delle informazioni.

Qualche azienda ha predisposto una maschera con i data base più comuni (tipo Access) che tuttavia non risponde alle esigenze del servizio e al monitoraggio delle attività vaccinali.

Ci si prefigge di raggiungere nel triennio 2005-2007 l'informatizzazione degli archivi vaccinali con dotazioni strumentali (computer) degli ambulatori distrettuali o dei centri periferici individuati dalle

aziende. Dove non è possibile e comunque nei centri con minore attività il collegamento avverrà attraverso terminal server.

Tale obiettivo sarà raggiunto per fasi intermedie di attività:

- Ricognizione dell'esistente: verranno censite le dotazioni strumentali e si prevedrà l'acquisizione di strumenti informatici.
- Definizione dei requisiti del software che dovrà prevedere: la registrazione e archiviazione delle vaccinazioni effettuate, valutazione dello stato vaccinale di ciascun soggetto registrato in qualunque momento e in qualunque sede con accessi privilegiati, rilevazione degli inadempienti, verifica dei ritardi, stampa di inviti e solleciti per chiamate attive e per campagne vaccinali, elaborazione statistica dei dati tramite apposito modulo e macro predisposte – coperture generali, per coorte di nascita ecc. - nonché la possibilità di esportazione dei dati nei comuni formati compatibili con i più diffusi softwares statistici, trasmissione dei dati per i flussi regionali e ministeriali, gestione del magazzino (carico e scarico dei vaccini). L'anagrafe vaccinale collegabile on-line con le Anagrafi comunali dovrà contenere per ogni soggetto oltre i dati anagrafici, di residenza e sanitari (patologie pregresse, anche tramite l'interfacciabilità con il flusso delle notifiche, soggetto a rischio), il tipo di vaccino (nome commerciale e ditta produttrice, numero di lotto e serie, data di scadenza), modalità e sede di somministrazione, eventi avversi, sede vaccinale;

  Oltre al collegamento con un programma di gestione delle notifiche delle malattie infettive, il software dovrà garantire un valido back-up per il salvataggio/recupero dei dati, la tutela della privacy ai sensi delle normative attualmente in vigore e dovrà essere agile e facilmente adattabile alle varie situazioni, in modo da consentire una gestione anche ridotta delle attività.
- Scelta del software e realizzazione delle anagrafi vaccinali.
- Ricognizione degli operatori dei servizi vaccinali: individuazione degli operatori destinati alla gestione ed aggiornamento dell'anagrafe vaccinale, quantificazione del tempo/lavoro necessario, eventuale incremento temporaneo delle dotazioni organiche per l'inserimento dello storico (travaso dell'anagrafe dal cartaceo al software).
- Verranno identificati degli esperti che collaboreranno alla formazione del personale e all'addestramento professionale secondo il nuovo sistema gestionale. Sarà previsto un sistema di formazione a cascata, dal livello regionale a quello locale.

La Regione individuerà una serie di indicatori di risorse che consentiranno una valutazione degli stadi di attuazione dell'informatizzazione:

- N° di sedi vaccinali dotate di Computer/ n° di sedi aziendali.
- N° di operatori formati/n° operatori destinati al settore

Tempi e fasi del progetto

Primo Anno:

1°fase

- Predisposizione e somministrazione alle Aziende di questionari per la ricognizione degli strumenti informatici destinati agli ambulatori vaccinali di ogni azienda;
- Acquisizione degli strumenti informatici.

2°fase

- Definizione dei requisiti del software
- Individuazione del software rispondente alle caratteristiche definite
- Identificazione degli esperti che collaboreranno alla formazione del personale e all'addestramento professionale.

Secondo anno

1°fase

- Sperimentazione del programma d'informatizzazione in due- tre centri vaccinali scelti da di ciascuna Azienda USL;
- Promozione di corsi di formazione e addestramento del personale dei centri vaccinali sperimentali, individuati dalle aziende.

2°fase

- Informatizzazione. di almeno 60% delle sedi vaccinali aziendali che posseggono i requisiti di qualità di cui al quarto obiettivo;
- Promozione di corsi di formazione e addestramento del personale dei centri vaccinali.

Terzo Anno

- Informatizzazione di tutti i centri vaccinali, dove non è possibile e comunque nei centri con minore attività sarà garantito il collegamento attraverso terminal server utilizzando personal computer portatili.
- Formazione degli operatori.

2.3. Terzo obiettivo: Vaccinazione MPR

Il Piano Sanitario nazionale 2003-2005 e il Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo hanno previsto quali obiettivi da raggiungere coperture vaccinali del 95% per una dose di MPR entro i primi due anni di vita, con coperture medie non inferiori al 90% in ogni distretto. Per quanto riguarda le fasce di età successive, l'obiettivo è raggiungere una copertura vaccinale del 95%, per almeno una dose di MPR, nei bambini di età compresa dai 3 ai 15 anni.

La copertura vaccinale regionale per MPR, nei nati del 2002 e rilevata al 31.12.2004, è pari al 90,5 %.

La campagna straordinaria a sostegno del piano di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita ha previsto nel 2004 il recupero dei bambini delle scuole elementari e per il 2005 il recupero dei ragazzi frequentanti le scuole medie che non siano stati precedentemente vaccinati o che abbiano eseguito una sola dose, attraverso l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione. L'attività, svolta durante la campagna straordinaria del 2004, ha portato ad una copertura vaccinale per la I^ dose del 64,1%, paragonabile alla media nazionale e per la II^ dose del 30,9% contro il 26% del livello nazionale.

La valutazione della copertura dei ragazzi delle scuole medie per la prima e seconda dose di MPR sarà effettuata al termine della campagna straordinaria del 2005.

Le azioni da intraprendere sono:

- Informatizzazione delle anagrafi vaccinali.
- Offerta attiva e gratuita della I^ dose ai nuovi nati.
- Recupero dei ritardatari, dopo il 24° mese, con chiamata attiva.
- Recupero dei suscettibili in età prescolare durante le occasioni opportune (IV dose antipolio - DTPa).
- Recupero dei suscettibili in età prescolare durante le occasioni opportune (IV dose antipolio – DTPa).
- Recupero dei soggetti in età scolare (elementari, medie) per la I^dose e offerta della II^ dose.
- Coinvolgimento dei P.L.S. e dei MMG per il raggiungimento delle coperture fissate dal Piano Morbillo.

Indicatori di processo

- Proporzione di distretti dotati di accesso a internet che utilizzano il database centralizzato per la raccolta dati sulla campagna straordinaria di vaccinazione.
- Percentuale di bambini delle scuole elementari e medie ai quali è rivolta la campagna straordinaria, chiamati per coorte di nascita a livello di distretto e di ASL.
- Percentuale di bambini (per coorte di nascita) già vaccinati prima della campagna straordinaria.

Indicatori di esito:

- Copertura vaccinale per MPR nei bambini entro i due anni di età.
- Copertura vaccinale per MPR nei bambini al di sopra dei due anni, in età prescolare.
- Copertura nei bambini delle elementari vaccinati in occasione della campagna straordinaria del 2004 per la I^ dose di MPR.
- Copertura nei bambini delle elementari vaccinati in occasione della campagna straordinaria del 2004 per la II^ dose di MPR.
- Copertura nei bambini delle medie vaccinati in occasione della campagna straordinaria del 2005 per la I^ dose di MPR.
- Copertura nei bambini delle medie vaccinati in occasione della campagna straordinaria del 2005 per la II^ dose di MPR.
- Incidenza del morbillo.

Tempi e fasi

I tempi e le fasi delle attività sono quelli previsti dal Piano Nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita

In collaborazione con la Commissione Regionale Vaccini verranno studiate le azioni necessarie per le attività, nei confronti della prevenzione della rosolia delle donne in età fertile. Al momento non sono disponibili dati regionali sullo stato immunitario nei confronti della rosolia, né sulle coperture vaccinali contro la malattia.
Tali dati saranno fruibili alla conclusione dello studio PASSI attualmente in svolgimento in Italia.

Gruppi a rischio

Talune vaccinazioni quali l'antinfluenzale e l'antipneumocicca sono particolarmente raccomandate per alcuni gruppi di persone che si definiscono " categorie a rischio" per età e per patologia, nei quali sono stati condotte a livello nazionale e regionale delle indagini ad hoc quali: studio Argento, Quadri, Icona 2003, che hanno studiato anche lo stato vaccinale di alcune categorie a rischio.
Lo studio Argento, condotto nel 2002, ha messo in evidenza come negli anziani sardi (età ≥ 65 anni) la copertura vaccinale contro l'influenza sia stata pari al 56%, lontana dall'obiettivo nazionale del 75%. Negli anziani con patologie respiratorie la copertura vaccinale è stata pari al 61%, in coloro che soffrivano di diabete del 65% mentre negli anziani con insufficienza renale cronica la copertura vaccinale è stata pari al 71%, percentuali anche queste lontane dal 100% consigliato per queste categorie di malati.
Dallo studio QUADRI 2003, emerge che i pazienti diabetici (18-64 anni) hanno ricevuto la vaccinazione antinfluenzale solo nel 44% dei casi.
Non sono disponibili dati per le stesse vaccinazioni raccomandate e nelle stesse categorie a rischio, in altre fasce di età.
Dallo studio ICONA 2003, condotto sulla popolazione pediatrica (12-24 mesi), a rischio e non, emerge che la copertura vaccinale per antipneumococcica, antimeningococcica e varicella è circa 1-2%.
Dalla campagna antinfluenzale 2004-2005 risulta una copertura vaccinale negli ultrasessantacinquenni del 53,4% (dati OER).
L'individuazione dei gruppi a rischio, la stesura di un programma unitario, interventi omogenei sul territorio regionale, consentiranno di raggiungere, con offerta attiva e gratuita, più elevate coperture vaccinali in specifiche categorie per le vaccinazioni raccomandate (antiepatite B, antinfluenzale, antipneumococco, antimeningococco, antimorbillo-parotite-rosolia, anti-varicella).

Definizione degli interventi

- Analisi dei dati, emergenti dagli studi sopramenzionati e dalle relative valutazioni epidemiologiche, che potrà portare in via prioritaria ad individuare specifiche categorie a rischio su cui intervenire.
- Identificazione dei gruppi a rischio a cui offrire gratuitamente le vaccinazioni.
- Interventi di promozione delle vaccinazioni e di comunicazione, rivolti tanto alla popolazione in generale che agli operatori sanitari.
- Definizione delle modalità di collaborazione con i MMG e PLS, concordate a livello regionale, in fase di contrattazione decentrata, per la promozione e la eventuale effettuazione delle vaccinazioni raccomandate per le specifiche categorie individuate, in quelle situazioni in cui è necessario garantire equità di accesso in relazione a condizioni oggettive o soggettive dell'utenza di riferimento.

- Offerta gratuita.
- Realizzazione di un flusso informativo, ASL→Regione, per ciascuna categoria a rischio nell'ambito di ciascuna vaccinazione.
- Monitoraggio della copertura.

Tempi e fasi

Primo Anno

- Individuazione dei gruppi a rischio per età e patologia con coperture basse per le vaccinazioni raccomandate.
- Definizione delle modalità di collaborazione dei MMG e PLS con i servizi vaccinali.

Secondo Anno

- Studio e predisposizione del flusso informativo.

Terzo Anno

- Monitoraggio delle coperture raggiunte e valutazione dei risultati.

2.4. Quarto obiettivo: Miglioramento della qualità dell'offerta vaccinale

Questo obiettivo può essere raggiunto sia agendo sulla qualità dei Servizi di vaccinazione, sia migliorando la qualità professionale degli operatori dei Servizi e prevedendo azioni strategiche rivolte ai genitori (campagne informative numero verde gratuito, sito Web) ed interventi che possono aiutare a superare le sacche di resistenza.

Il monitoraggio della qualità dei servizi vaccinali presuppone la raccolta di informazioni che attengono alle dotazioni strutturali, strumentali, alle risorse professionali ed all'organizzazione del servizio.

Nel 1999-2000, l'Assessorato alla Sanità, ha provveduto a rilevare alcuni parametri riguardanti i centri di vaccinazione distribuiti in tutta la regione.

Tale rilevazione ha consentito di evidenziare criticità quali ad esempio: il numero di ambulatori vaccinali, dislocati in quasi tutti i comuni della Regione; locali spesso destinati ad altre attività sanitarie; apertura degli ambulatori in piccoli centri a cadenza mensile o in occasione di campagne vaccinali etc.; arredi inadeguati e dotazioni strumentali insufficienti.

Al fine di soddisfare l'obiettivo verranno definiti dalla Regione in collaborazione con i Responsabili dei Servizi di Igiene Pubblica delle aziende USL gli standard di qualità ai quali le Aziende dovranno uniformare i centri di vaccinazione.

Tali standard riguarderanno:

- Dimensione del bacino di utenza di ciascun centro vaccinale
- Caratteristiche strutturali e organizzative degli ambulatori;
- Arredi e dotazioni strumentali;
- Sistema di gestione informatizzato dei vaccini e delle vaccinazioni

Definizione degli interventi

- Ricognizione della situazione esistente circa le caratteristiche dei centri vaccinali

- Confronto della situazione riscontrata con gli standard di qualità definiti
- Adeguamento agli standard di qualità definiti con valutazione da parte dell'Assessorato alla Sanità.
- Monitoraggio tramite questionario, sopralluogo e verifica dell'adeguamento dei centri vaccinali agli standard definiti

Il miglioramento della qualità dell'offerta vaccinale può essere raggiunto con il miglioramento della qualità professionale di tutti gli operatori dei centri vaccinali e di altri attori del territorio (pediatri di libera, scelta medici di medicina generale), prevedendo il loro coinvolgimento nella formazione continua del personale, che potrà essere meglio definita in occasione della stesura del Piano Regionale di Formazione prevista dall'accordo Stato Regioni del 23 marzo 2005 (Allegato 3).

Tempi e fasi

Primo Anno

1° fase

- Predisposizione di un questionario per la ricognizione dell'esistente;
- Somministrazione del questionario alle aziende USL;

2° fase

- Individuazione degli standard di qualità;
- Individuazione dei decisori di adeguamento agli standard

Secondo Anno

- Confronto della situazione riscontrata con gli standard definiti;
- Formazione del personale

Indicatori

% di centri vaccinali per azienda adeguati agli standard ;

% di centri vaccinali regionali adeguati agli standard.

Terzo Anno

- Valutazione dei requisiti raggiunti attraverso la somministrazione di questionario, sopralluogo, verifiche.

3. Modalità di coordinamento da parte della Regione Autonoma Sardegna

Per la realizzazione del progetto è prevista la costituzione di un Gruppo Regionale con funzioni di indirizzo e supporto alle Aziende USL, costituito da funzionari del Servizio della Prevenzione dell'Assessorato all'Igiene e Sanità, delle Aziende USL e da rappresentanti dell'Università .

4. Previsione di spesa per la prima annualità

	I anno
Spese per il personale	400.000,00
Vaccini	400.000,00
Spese per beni e servizi Materiali Formazione e addestramento Apparecchiature Collaborazioni esterne, consulenti software Altri servizi	 10.000,00 25.000,00 50.000,00 50.000,00 25.000,00
Spese generali	40.000,00
Totale importo in euro per anno	1.000.000,00

sanitaria, promozione della salute e diagnosi precoce dei tumori, garantendo nel territorio regionale attività di screening prevalentemente a carattere spontaneo. Tali Centri necessitano di una riorganizzazione complessiva, di un'integrazione con gli altri presidi territoriali ed ospedalieri, di una riqualificazione dei compiti di prevenzione primaria in campo oncologico.

Nel territorio regionale, attualmente, risulta in corso di svolgimento un solo programma di screening finalizzato alla prevenzione del tumore della cervice uterina, promosso dall'Azienda USL n. 8 di Cagliari e rivolto alla popolazione target dell'ambito aziendale (40.000 donne d'età compresa tra i 25 e 64 anni).

Tale programma ha preso avvio nel mese di ottobre del 2004.

La densità abitativa della Regione, di circa 69 abitanti per Kmq, costituisce un aspetto di criticità per l'attività di screening che può creare difficoltà di accesso agli utenti delle zone più periferiche.

Sarà inoltre necessario riorganizzare e riqualificare secondo le linee guida accettate a livello nazionale e internazionale le iniziative che sinora sono state svolte sul territorio regionale in modo spontaneo e parziale.

PROGETTO DI SCREENING PER LA PREVENZIONE DEL CARCINOMA DELLA CERVICE UTERINA

1. Background Epidemiologico

Il carcinoma della cervice uterina è per importanza, nel mondo, dopo il carcinoma della mammella ,la seconda neoplasia della donna, con 500.000 nuovi casi annui e 250.000 morti.

In Italia Il carcinoma del collo dell'utero, con 3000 nuovi casi e 1000 morti anno, è per incidenza al 5° posto dopo il carcinoma della mammella, del colonretto, del polmone, dell'endometrio .

In Sardegna, sulla base dei dati contenuti nel Registro Tumori di Sassari, 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 di iniziative di prevenzione: si osserva infatti che in Emilia Romagna è pari al 75% mentre nella Provincia di Sassari è pari al 48%.

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 e 65 anni, cioè il 50,3 % della popolazione femminile di quella fascia di età. In Sardegna non esiste un programma regionale di screening oncologico; sino ad oggi si sono avute soltanto limitate esperienze di chiamata attiva (ASL N°8, ASL N°5 ecc...)

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 cervice uterina, pongono l'infezione da papilloma virus come il più importante agente causale nella trasformazione neoplastica. Il genoma dell'HPV è riscontrabile in percentuale del 90-95% di tutti i casi di cervicocarcinoma.

2. Caratteristiche generali del programma

Il progetto prevede un intervento nella Regione Sardegna che ha una popolazione generale di 1.630.847 abitanti, con una popolazione femminile di circa 832.100 e una popolazione target di 473.410 (età 24– 65). Il programma farà riferimento alle raccomandazioni della commissione oncologica Nazionale operante presso il Ministero della Salute concernenti l' attivazione di "Programmi di screening di documentata efficacia".

E' esteso a tutto il territorio regionale; si prevede che l'avvio del programma avverrà nella Azienda USL N°8 che viene individuata come Azienda pilota.

3. Popolazione bersaglio

La popolazione target da invitare nel triennio è rappresentata dalle donne di età compresa tra i 25 e 64 anni residenti in Sardegna (dati Istat al 1° gennaio 2003) corrispondente a 473.410 suddivisi per provincia come riportato nella tabella seguente.

Province	Popolazione femminile	Popolazione femminile
	Totale da invitare nel triennio	Totale da invitare per anno
Sassari	132.553	44.184
Nuoro	72.645	24.215
Oristano	41.990	13.996
Cagliari	226.222	75.407
Tutte	473.410	157.802

4. Sistemi di rilevazione e monitoraggio

I sistemi di rilevazione e monitoraggio delle attività, uniformi per tutta la Regione, dovranno gestire:

1. l'invio delle lettere d'invito (interfacciato con l' anagrafe assistiti) e dei solleciti,
2. l'accettazione delle donne, l'effettuazione dei prelievi la registrazione degli esami e la registrazione dei risultati,
3. i dati dei soggetti con esito negativo (produzione di lettere di risposta),
4. gli approfondimenti diagnostici (invito, registrazione, esito dei singoli esami effettuati),
5. i risultati istologici delle biopsie e degli interventi chirurgici,
6. valutazione del programma secondo gli indicatori epidemiologici.

Le Aziende Sanitarie dovranno essere collegate in rete e i dati individuali forniti dal programma di screening andranno a costituire un data base regionale con possibilità di accesso per l'elaborazione relativa alla popolazione bersaglio. Si prevede la creazione di un Registro di Patologia con la raccolta dei dati relativi a tutti i casi di tumore identificati allo screening, i casi di cancro intervallo e se possibile i casi insorti nelle donne non rispondenti e in quelle non ancora invitate.

Particolare attenzione sarà rivolta al set di dati e indicatori per i sistemi di monitoraggio e controllo a livello regionale e nazionale.

5. Campagna informativa

La campagna informativa regionale dovrà mirare a sensibilizzare la comunità su tre diversi messaggi ritenuti fondamentali:

- La possibilità di prevenzione primaria del carcinoma della cervice attraverso la metodica della diagnosi precoce
- la disponibilità dello screening rivolto alle donne e la gratuità dello stesso per la popolazione bersaglio
- la dislocazione dei servizi preposti e i punti di riferimento a cui rivolgersi per le informazioni.

La campagna informativa potrà avvalersi dei seguenti veicoli di comunicazione:

- trasmissioni televisive e spot sulle TV locali
- locandine e opuscoli
- dossier per gli operatori sanitari

- inserzioni sulla stampa quotidiani
- internet
- interventi formativi personalizzati o in piccoli gruppi

La campagna informativa verrà ripetuta ad intervalli regolari per rinforzare la sensibilizzazione.
A livello aziendale potranno essere individuate modalità diverse di interventi a seconda delle specificità locali.

6.Modalità di invito

L'individuazione delle donne interessate al programma di screening avverrà attraverso le liste aziendali nominative estratte dall' anagrafe assistiti in collaborazione con le anagrafi comunali. Ogni sei mesi verrà praticato un allineamento tra l'anagrafe assistiti delle Aziende USL e le anagrafi comunali anche per quanto concerne i cambi di residenza nell' ambito dello stesso comune. Le liste nominative estratte dall' anagrafe assistiti permetteranno anche la compilazione di elenchi delle donne interessate divisi per medico curante in previsione dell'utile e indispensabile collaborazione dei M.M.G. per la buona riuscita del progetto di screening.
L' invito alla partecipazione allo screening avverrà mediante lettera personalizzata inviata per posta alle donne da sottoporre a test con indicazione del giorno, ora, sede, in cui verrà effettuato il prelievo.
Le utenti non rispondenti al primo invito verranno sollecitate con una seconda lettera e attraverso il coinvolgimento del Medico di Medicina Generale.

7. Test di screening

I pap test è l' unico test di screening per il carcinoma della cervice uterina ed è volto a identificare le lesioni pre invasive e il carcinoma invasivo della cervice uterina.
Lo screening prevede l' esecuzione di un pap test gratuito ogni tre anni nella popolazione femminile di età compresa tra i 25 e 64 anni.

- Il Pap Test è un esame semplice, sensibile, poco costoso, innocuo, effettuato con spatola e Cyto brush in un unico vetrino, rappresentativo delle due sedi, eso ed endocervice.
- I centri in cui verranno effettuati i prelievi saranno tutti i consultori familiari regionali (n°78) e i centri oncologici di Cagliari, Oristano, Nuoro e Sassari, tutti provvisti di personale qualificato e dedicato (ostetriche). E' prevista una valutazione dei carichi di lavoro nei diversi centri e l' organizzazione di corsi specifici di formazione per i prelevatori.
- I laboratori di riferimento per la lettura saranno il centro di prevenzione oncologica di Cagliari(CPO), le anatomie patologiche dei Presidi Ospedalieri di Oristano, Nuoro, Sassari e Businco di Cagliari.Tali centri rispondono agli standard di qualità previsti dalla Commissione Oncologica Nazionale, NHSCPS,CEE,GISCi (standard accettabile 15000; desiderabile 25000)
- E' prevista la valutazione dei carichi di lavoro nei diversi centri (numero di Pap test letti per anno per lettore uguale a 7200 e corrispondente allo standard accettabile e desiderabile) .
- Sono previsti corsi specifici di formazione e di training continui per i citologi con partecipazione a seminari su argomenti specifici; riunioni di confronto su casi complessi (standard accettabile); oltre a corsi teorico–pratico su vetrini immagini digitali per la trasmissione interlaboratorio di casi significativi o complessi.

Il modello di refertazione regionale per gli esami colpocitologici sarà impostato secondo il sistema classificativo Bethesda 2001 che di seguito si richiama.

- Per ogni referto verrà valutata l'adeguatezza del campione prelevato e verrà effettuata la codifica delle principali categorie diagnostiche.
- Il referto classificato come negativo verrà ripetuto dopo tre anni
- Il referto con alterazioni cellulari incerte ASC-US E AGC (presenza di alterazioni citologiche incerte, ma più' probabilmente displasiche,rispettivamente in cellule squamose o ghiandolari).

  Il programma di screening prevede che le pazienti interessate siano inviate al secondo Livello (colposcopia).
- Per i referti con lesione squamosa di basso grado (LSIL) che comprendono sia la displasia lieve (CIN I) che le alterazioni cellulari dovute al Papilloma virus HPV il programma di screening prevede che tutte le pazienti con lesione squamosa di basso grado (LSIL) siano inviate al secondo livello (colposcopia.)
- Nel caso di referti con lesione squamosa di alto grado HSIL, comprendente la displasia moderata /CIN II, la displasia grave /CIN III e il CIS, il programma di screening prevede che tutte le pazienti siano sottoposte a colposcopia e biopsia mirata.
- In caso di referto compatibile con carcinoma squamosocellulare, con presenza di un quadro citologico di carcinoma squamosoinfiltrante, con cellule ghiandolari neoplastiche AIS (Adenocarcinoma in situ) e Adenocarcinoma infiltrante, il programma di screening prevede che le pazienti siano inviate ai Centri oncologici di riferimento.

8. Consegna dei referti colpocitologici:

Le utenti con esito negativo al test di screening riceveranno un referto scritto, con l'indicazione che lo stesso verrà ripetuto dopo tre anni.

Le utenti risultate positive al test di screening verranno invitate, dall'ostetrica del Centro prelievi di riferimento, a presentarsi per il ritiro del referto e previo colloquio informativo con il ginecologo, inviate ai centri di 2°livello per l'esecuzione dell' esame colposcopico ed eventuale biopsia .

L'accesso al secondo livello è quindi rappresentato dai criteri di seguito riportati:

1) ASC –US "
2) ASC –H
3) LSIL di basso grado
4) HSIL di alto grado
5) Carcinoma Squamoso
6) AGC
7) AIS
8) Adenocarcinoma infiltrante
9) Impossibilità tecnica ad eseguire il prelievo
10) Secondo prelievo inadeguato

9. Gestione del II livello

9.1 Colposcopia

La colposcopia è parte integrante del programma di screening per il cervicocarcinoma.
Ha un ruolo centrale nella gestione delle lesioni precancerose della cervice che sono state individuate dalla colpocitologia.
La risposta al richiamo alla colposcopia delle donne asintomatiche, afferenti allo screening è essenziale per la riuscita del programma, considerando che il trattamento delle lesioni precancerose ha una efficacia del 98 -99%.
Il numero di donne che dovrebbe sottoporsi alla colposcopia, secondo dati statistici, è pari a circa 8000 donne per anno a livello regionale; le colposcopie effettuate dagli appositi Centri di riferimento individuati a livello aziendale tra quelli già funzionanti (Unità Operative Ospedaliere di ginecologia e Centri di Prevenzione Oncologica).
Tali centri dovranno essere dotati di personale qualificato e dedicato (almeno 100 nuovi casi visti per anno, per ogni colposcopista).
Le Linee Guida alle quali si fa riferimento sono quelle della Società Italiana di Colposcopia: "gestione della paziente con Pap-test anomalo"-2002
Le donne che non hanno effettuato la colposcopia verranno sollecitate telefonicamente e/ o per posta ed anche attraverso il proprio medico di medicina generale.

9.2 Trattamento delle lesioni

Il trattamento delle lesioni preinvasive seguirà le Linee-Guida della società italiana di colposcopia e verrà praticato nelle Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia delle Aziende USL.
Il trattamento delle lesioni invasive dovrà essere praticato nelle Unità Operative di terzo livello di ginecologia di Cagliari, Sassari e Nuoro.
Resta inteso che sarà lasciata libera scelta alla paziente per l' accesso ad altri Centri.

9.3 Follow-up

Il follow-up è necessario per tutte le donne trattate per CIN e la sua frequenza varia in relazione alla gravità della CIN. Il controllo post-trattamento deve essere inteso come controllo citologico e colposcopico. Il primo controllo dovrebbe essere effettuato nella stessa struttura in cui è stato praticato il trattamento.
Secondo le Linee-Guida della SICPCV, si raccomanda un controllo ogni sei mesi per due anni dopo ogni trattamento distruttivo o escissionale.Dopo i primi due anni, il follow-up con esame colposcopico e citologico sarà a discrezione della singola Unità Operativa, e comunque consigliabile ogni anno per dieci anni.
In caso di mancata risposta al follow-up le utenti dovranno essere sollecitate dalle Unità Operative di riferimento
E' importante dare informazioni scritte alle pazienti e ai medici curanti sul follow-up e sull'importanza della possibile persistenza della malattia
I dati del follow-up saranno raccolti dai centri di secondo e terzo livello al fine di poter verificare e assicurare l'adeguatezza del follow-stesso.

10. Aspetti comunicativi del personale addetto

Verranno predisposti eventi formativi per il personale coinvolto nei programmi di screening che curino in particolare gli aspetti relazionali e il counseling:

- capacità di informazione agli utenti relativamente agli scopi dello screening, esplicitando i vantaggi e i possibili limiti;
- garanzia di massima riservatezza;
- azione di sostegno in tutte le fasi del programma (counseling).

11 Formazione del personale

La Regione predisporrà, in collaborazione concorderà con l' Osservatorio Nazionale Screening, il programma formativo per tutto il personale coinvolto nello screening (organizzatori, valutatori, responsabili clinici, personale di front office, infermieri, colposcopisti etc).

12. Monitoraggio del programma

12.1 Si definiscono di seguito alcuni indicatori di processo e di struttura di riferimento e nell' effettuazione dello screening:

- **livello di adesione**

Sarebbe auspicabile una adesione allo screening della popolazione target uguale o superiore all'80%; per quanto si possa considerare accettabile una risposta del 50%

Nella tabella seguente si riporta la dimensione del target di riferimento nelle diverse percentuali di adesione (100%, 80%, 50%):

Province	Femmine	risposta 80%	risposta 50%
Sassari	132.553	106.000	66.250
Nuoro	72.645	58.080	36.300
Oristano	41.990	33.520	20.950
Cagliari	226.222	180.960	113.100
Tutte	473.410	378.570	236.600

- I prelievi inadeguati non dovranno superare il 5%
- I pap test anomali non dovranno superare l'8-10%
- La somma di ASCUS-H cellule ghiandolari atipiche LSIL basso grado non dovranno superare il 5%
- I casi di HSIL alto grado non dovranno superare l'1%
- La percentuale di donne da inviare alla colposcopia non deve superare l'8-10%
- La compliance all'approfondimento sarebbe auspicabile al 90%
- Per quanto attiene al tasso di identificazione diagnostica (Detection Rate) diagnostica per CIN I , CIN II—CINIII , Cancro microinvasivo e cancro invasivo, la proporzione di casi di lesione invasiva o preinvasiva, individuati come risultato dello screening tra le donne confermate istologicamente, sarà da stabilire in base alla distribuzione empirica osservata.
- Anche per quanto attiene al valore predittivo positivo da calcolare vs istologia tra le donne rinviate in colposcopia
  a) per categoria diagnostica(ASCUS, LSIL, HSIL)e complessivamente tutte quelle inviate per colposcopia

b) riferimento: - istologia- CIN I o più grave
- istologia- CIN II o più grave

lo standard sarà da stabilire dopo ricognizione della situazione italiana. I dati di riferimento attualmente disponibili secondo il NHSCSP sono del 65 – 85 % della citologia moderate/ gravi con CIN II + .

- Per la compliance al trattamento può essere ipotizzato uno standard di riferimento almeno del 90 %.
- I tempi di attesa ipotizzati per gli approfondimenti diagnostici dopo test positivo sono di circa 2 – 3 settimane.
- I tempi di attesa per risposta dopo test negativo sono previsti in 3- 4 settimane.

12.2 Controlli di qualità

Allo scopo di garantire prestazioni di laboratorio di alto livello, verranno istituite procedure di controllo di qualità colpocitologia (intra – inter laboratorio), secondo le seguenti tipologie:

A) Tipologia di controllo di qualità intralaboratorio

1) Monitoraggio statistico delle risposte citologiche
2) Correlazione cito-istologica
3) Predittività delle classi diagnostiche
4) Revisioni falsi negativi/positivi
5) Inserimento casi a diagnosi conosciuta
6) Lettura set standard/operativi di vetrini
7) Lettura set immagini digitali
8) Lettura collegiale peer review
9) Rescreening 10%
10) Rescreening mirato lesioni intervallo
11) Rescreening globale per periodi di tempo programmato
12) Rescreening rapido
13) Resreening parziale
14) Resreening con l'ausilio di lettura automatici o computer assistiti

B) Tipologia di controllo di qualità esterno

1) Lettura set standard/operativi di vetrini
2) Lettura set di immagini digitali
3) Lettura collegiale /peer review
4) Test di profitto

12.3 Controllo di qualità in colposcopia

E prevista una verifica a cadenza periodica del tasso bioptico e del tasso diagnostico per lesioni uguali o superiori a CIN 2 per operatore. I tassi devono essere stratificati per diagnosi citologica. Le biopsie adeguate all'esame istologico devono essere di almeno il 90%.

La percentuale di CIN all'esame istologico deve risultare uguale o superiore all'85%.

L'accuratezza colposcopica nel predire lesioni di alto grado deve essere almeno del 70% dei casi biopsiati.

Annualmente il responsabile aziendale del programma di screening raccoglierà i dati della valutazione periodica e previa discussione collegiale stilerà una relazione per l'Azienda USL fornendo i seguenti indicatori:

- Tasso di richiamo ad approfondimento
- Tasso di partecipazione all'approfondimento

13. Previsione di spesa

Esistendo in Sardegna limitate esperienze di screening, si fa riferimento ad altre realtà ed in particolare a esperienze di screening nazionali ed internazionali

Calcolando che in Sardegna le persone eleggibili per lo screening sono circa 473.410 nel triennio, la spesa che si ritiene di dover sostenere nella prima annualità è stimata, con riferimento agli obiettivi che si ritiene di raggiungere nella fase di avvio, in € 2.000.000 comprensiva di IVA ed altri oneri, così ripartita:

Voci di spesa	**Euro**
Costo personale	600.000,00
Costo aggiornamento professionale	200.000,00
Costi generali e varie (attrezzature,esami etc.)	1.000.000,00
Costi raccolta ed elaborazione dati e registro casi	200.000,00
Totale	2.000.000,00

Tale stima del costo annuo per lo screening del cancro della cervice uterina non comprende i costi per l'intervento chirurgico e per la campagna di informazione ed educazione sanitaria che sarà centralizzata a livello regionale.

Cronogramma

ATTIVITÀ	ANNUALITÀ 1 / (2005-06)													ANNUALITÀ 2/ (2006/07)											ANNUALITÀ 3 / (2007-08)														
	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Formazione della commissione regionale	■																																							
Costituzione gruppo operativo aziendale		■																																						
Effettuazione eventi forntivi		■	■	■	■	■	■	■	■	■			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																		
Ricognizione dei centri per la lettura dei prelievi colpocitologici		■																																						
Ricognizione dei centri per eseguire la colposcopia		■	■																																					
Acquisizione strumenti e software			■	■	■	■																																		
Avvio del programma nell'ASL8 (centro pilota)				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																
Verifica della possibilità di estensione del programma					■	■																																		
Avvio del programma a livello regionale							■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																
Rilevazione degli indicatori																■	■	■																						
Preparazione del I report																				■	■																			
Continuazione del programma nell'ASL 8																									■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Continuazione del programma a livello regionale																									■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Preparazione del report conclusivo del progetto																																							

PIANO DELLE VACCINAZIONI

1.Premessa

Il Piano Nazionale Vaccini 2005-2007 ha stabilito gli indirizzi per il mantenimento o raggiungimento degli obiettivi fissati in ordine alla prevenzione e controllo delle malattie infettive prevenibili con la vaccinazione e per migliorare la qualità dell'offerta vaccinale soprattutto in quelle realtà dove le coperture vaccinali sono ancora insufficienti, con particolare riferimento alle vaccinazioni raccomandate.

In Sardegna le coperture vaccinali, al 24° mese, per le vaccinazioni obbligatorie: Polio, DT, EpB, sono del 98% (nati 2002, rilevazione al 31.12.2004). Per quanto riguarda le vaccinazioni raccomandate antipertussica e antihaemophilus influentiae la cui somministrazione è contemporanea alle obbligatorie, abbiamo percentuali praticamente sovrapponibili . Infine la copertura per la vaccinazione contro morbillo-parotite–rosolia, nei nuovi nati, è del 90,5% (nati 2002, rilevata al 31.12.2004). I dati nazionali in nostro possesso e di seguito riportati sono le coperture vaccinali al 24° mese, stimate al 2002: Polio 96,7% - DT 96,9% – EpB 95,7% - Pertosse 93,4% - Hib 84,4% - MPR 81,1%.

Il "Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007", di cui all'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, per l'area delle vaccinazioni, ha previsto che le regioni, tra gli obiettivi da raggiungere, prevedano incrementi delle coperture per le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate.

Per valutare il raggiungimento degli obiettivi è necessario informatizzare la gestione delle vaccinazioni con un programma di monitoraggio e raccolta dati che consenta in tempi reali una valutazione delle attività.

2. Linee operative di pianificazione regionale

2.1 Primo Obiettivo: Costituzione Commissione Regionale Vaccini

Al fine di rendere efficaci gli interventi di profilassi e sorveglianza delle malattie infettive prevenibili con la vaccinazione, nel rilevare la necessità di fissare un calendario regionale in conformità al Piano Nazionale Vaccini 2005-2007 e uniformare le attività vaccinali su tutto il territorio regionale, si definisce il primo obiettivo: costituzione di una Commissione Regionale Vaccini (CRV) che, sulla base dei dati epidemiologici e della letteratura scientifica disponibile, elabori le strategie vaccinali della regione, le linee guida e gli indirizzi operativi per le Aziende USL della Sardegna.

2.2 Secondo Obiettivo: monitoraggio delle attività dei Servizi vaccinali

Per un migliore monitoraggio delle attività dei servizi vaccinali e per una corretta valutazione delle coperture vaccinali si rende necessaria la realizzazione di anagrafi vaccinali informatizzate.

Nella nostra regione nessun servizio vaccinale è dotato di sistema di registrazione informatizzato, gli archivi degli ambulatori periferici sono ancora di tipo cartaceo, in talune realtà i dati, registrati in periferia, vengono riportati a livello centrale su un computer dotato di un programma rigido che non consente l'elaborazione delle informazioni.

Qualche azienda ha predisposto una maschera con i data base più comuni (tipo Access) che tuttavia non risponde alle esigenze del servizio e al monitoraggio delle attività vaccinali.

Ci si prefigge di raggiungere nel triennio 2005-2007 l'informatizzazione degli archivi vaccinali con dotazioni strumentali (computer) degli ambulatori distrettuali o dei centri periferici individuati dalle

aziende. Dove non è possibile e comunque nei centri con minore attività il collegamento avverrà attraverso terminal server.

Tale obiettivo sarà raggiunto per fasi intermedie di attività:

- Ricognizione dell'esistente: verranno censite le dotazioni strumentali e si prevedrà l'acquisizione di strumenti informatici.
- Definizione dei requisiti del software che dovrà prevedere: la registrazione e archiviazione delle vaccinazioni effettuate, valutazione dello stato vaccinale di ciascun soggetto registrato in qualunque momento e in qualunque sede con accessi privilegiati, rilevazione degli inadempienti, verifica dei ritardi, stampa di inviti e solleciti per chiamate attive e per campagne vaccinali, elaborazione statistica dei dati tramite apposito modulo e macro predisposte – coperture generali, per coorte di nascita ecc. - nonché la possibilità di esportazione dei dati nei comuni formati compatibili con i più diffusi softwares statistici, trasmissione dei dati per i flussi regionali e ministeriali, gestione del magazzino (carico e scarico dei vaccini). L'anagrafe vaccinale collegabile on-line con le Anagrafi comunali dovrà contenere per ogni soggetto oltre i dati anagrafici, di residenza e sanitari (patologie pregresse, anche tramite l'interfacciabilità con il flusso delle notifiche, soggetto a rischio), il tipo di vaccino (nome commerciale e ditta produttrice, numero di lotto e serie, data di scadenza), modalità e sede di somministrazione, eventi avversi, sede vaccinale;

  Oltre al collegamento con un programma di gestione delle notifiche delle malattie infettive, il software dovrà garantire un valido back-up per il salvataggio/recupero dei dati, la tutela della privacy ai sensi delle normative attualmente in vigore e dovrà essere agile e facilmente adattabile alle varie situazioni, in modo da consentire una gestione anche ridotta delle attività.
- Scelta del software e realizzazione delle anagrafi vaccinali.
- Ricognizione degli operatori dei servizi vaccinali: individuazione degli operatori destinati alla gestione ed aggiornamento dell'anagrafe vaccinale, quantificazione del tempo/lavoro necessario, eventuale incremento temporaneo delle dotazioni organiche per l'inserimento dello storico (travaso dell'anagrafe dal cartaceo al software).
- Verranno identificati degli esperti che collaboreranno alla formazione del personale e all'addestramento professionale secondo il nuovo sistema gestionale. Sarà previsto un sistema di formazione a cascata, dal livello regionale a quello locale.

La Regione individuerà una serie di indicatori di risorse che consentiranno una valutazione degli stadi di attuazione dell'informatizzazione:

- N° di sedi vaccinali dotate di Computer/ n° di sedi aziendali.
- N° di operatori formati/n° operatori destinati al settore

Tempi e fasi del progetto

Primo Anno:

1°fase

- Predisposizione e somministrazione alle Aziende di questionari per la ricognizione degli strumenti informatici destinati agli ambulatori vaccinali di ogni azienda;
- Acquisizione degli strumenti informatici.

2°fase

- Definizione dei requisiti del software
- Individuazione del software rispondente alle caratteristiche definite
- Identificazione degli esperti che collaboreranno alla formazione del personale e all'addestramento professionale.

Secondo anno

1°fase

- Sperimentazione del programma d'informatizzazione in due- tre centri vaccinali scelti da di ciascuna Azienda USL;
- Promozione di corsi di formazione e addestramento del personale dei centri vaccinali sperimentali, individuati dalle aziende.

2°fase

- Informatizzazione. di almeno 60% delle sedi vaccinali aziendali che posseggono i requisiti di qualità di cui al quarto obiettivo;
- Promozione di corsi di formazione e addestramento del personale dei centri vaccinali.

Terzo Anno

- Informatizzazione di tutti i centri vaccinali, dove non è possibile e comunque nei centri con minore attività sarà garantito il collegamento attraverso terminal server utilizzando personal computer portatili.
- Formazione degli operatori.

2.3. Terzo obiettivo: Vaccinazione MPR

Il Piano Sanitario nazionale 2003-2005 e il Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo hanno previsto quali obiettivi da raggiungere coperture vaccinali del 95% per una dose di MPR entro i primi due anni di vita, con coperture medie non inferiori al 90% in ogni distretto. Per quanto riguarda le fasce di età successive, l'obiettivo è raggiungere una copertura vaccinale del 95%, per almeno una dose di MPR, nei bambini di età compresa dai 3 ai 15 anni.

La copertura vaccinale regionale per MPR, nei nati del 2002 e rilevata al 31.12.2004, è pari al 90,5 %.

La campagna straordinaria a sostegno del piano di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita ha previsto nel 2004 il recupero dei bambini delle scuole elementari e per il 2005 il recupero dei ragazzi frequentanti le scuole medie che non siano stati precedentemente vaccinati o che abbiano eseguito una sola dose, attraverso l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione. L'attività, svolta durante la campagna straordinaria del 2004, ha portato ad una copertura vaccinale per la I^ dose del 64,1%, paragonabile alla media nazionale e per la II^ dose del 30,9% contro il 26% del livello nazionale.

La valutazione della copertura dei ragazzi delle scuole medie per la prima e seconda dose di MPR sarà effettuata al termine della campagna straordinaria del 2005.

Le azioni da intraprendere sono:

- Informatizzazione delle anagrafi vaccinali.
- Offerta attiva e gratuita della I^ dose ai nuovi nati.
- Recupero dei ritardatari, dopo il 24° mese, con chiamata attiva.
- Recupero dei suscettibili in età prescolare durante le occasioni opportune (IV dose antipolio - DTPa).
- Recupero dei suscettibili in età prescolare durante le occasioni opportune (IV dose antipolio – DTPa).
- Recupero dei soggetti in età scolare (elementari, medie) per la I^dose e offerta della II^ dose.
- Coinvolgimento dei P.L.S. e dei MMG per il raggiungimento delle coperture fissate dal Piano Morbillo.

Indicatori di processo

- Proporzione di distretti dotati di accesso a internet che utilizzano il database centralizzato per la raccolta dati sulla campagna straordinaria di vaccinazione.
- Percentuale di bambini delle scuole elementari e medie ai quali è rivolta la campagna straordinaria, chiamati per coorte di nascita a livello di distretto e di ASL.
- Percentuale di bambini (per coorte di nascita) già vaccinati prima della campagna straordinaria.

Indicatori di esito:

- Copertura vaccinale per MPR nei bambini entro i due anni di età.
- Copertura vaccinale per MPR nei bambini al di sopra dei due anni, in età prescolare.
- Copertura nei bambini delle elementari vaccinati in occasione della campagna straordinaria del 2004 per la I^ dose di MPR.
- Copertura nei bambini delle elementari vaccinati in occasione della campagna straordinaria del 2004 per la II^ dose di MPR.
- Copertura nei bambini delle medie vaccinati in occasione della campagna straordinaria del 2005 per la I^ dose di MPR.
- Copertura nei bambini delle medie vaccinati in occasione della campagna straordinaria del 2005 per la II^ dose di MPR.
- Incidenza del morbillo.

Tempi e fasi

I tempi e le fasi delle attività sono quelli previsti dal Piano Nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita

In collaborazione con la Commissione Regionale Vaccini verranno studiate le azioni necessarie per le attività, nei confronti della prevenzione della rosolia delle donne in età fertile. Al momento non sono disponibili dati regionali sullo stato immunitario nei confronti della rosolia, né sulle coperture vaccinali contro la malattia.
Tali dati saranno fruibili alla conclusione dello studio PASSI attualmente in svolgimento in Italia.

Gruppi a rischio

Talune vaccinazioni quali l'antinfluenzale e l'antipneumocicca sono particolarmente raccomandate per alcuni gruppi di persone che si definiscono " categorie a rischio" per età e per patologia, nei quali sono stati condotte a livello nazionale e regionale delle indagini ad hoc quali: studio Argento, Quadri, Icona 2003, che hanno studiato anche lo stato vaccinale di alcune categorie a rischio.
Lo studio Argento, condotto nel 2002, ha messo in evidenza come negli anziani sardi (età ≥ 65 anni) la copertura vaccinale contro l'influenza sia stata pari al 56%, lontana dall'obiettivo nazionale del 75%. Negli anziani con patologie respiratorie la copertura vaccinale è stata pari al 61%, in coloro che soffrivano di diabete del 65% mentre negli anziani con insufficienza renale cronica la copertura vaccinale è stata pari al 71%, percentuali anche queste lontane dal 100% consigliato per queste categorie di malati.
Dallo studio QUADRI 2003, emerge che i pazienti diabetici (18-64 anni) hanno ricevuto la vaccinazione antinfluenzale solo nel 44% dei casi.
Non sono disponibili dati per le stesse vaccinazioni raccomandate e nelle stesse categorie a rischio, in altre fasce di età.
Dallo studio ICONA 2003, condotto sulla popolazione pediatrica (12-24 mesi), a rischio e non, emerge che la copertura vaccinale per antipneumococcica, antimeningococcica e varicella è circa 1-2%.
Dalla campagna antinfluenzale 2004-2005 risulta una copertura vaccinale negli ultrasessantacinquenni del 53,4% (dati OER).
L'individuazione dei gruppi a rischio, la stesura di un programma unitario, interventi omogenei sul territorio regionale, consentiranno di raggiungere, con offerta attiva e gratuita, più elevate coperture vaccinali in specifiche categorie per le vaccinazioni raccomandate (antiepatite B, antinfluenzale, antipneumococco, antimeningococco, antimorbillo-parotite-rosolia, anti-varicella).

Definizione degli interventi

- Analisi dei dati, emergenti dagli studi sopramenzionati e dalle relative valutazioni epidemiologiche, che potrà portare in via prioritaria ad individuare specifiche categorie a rischio su cui intervenire.
- Identificazione dei gruppi a rischio a cui offrire gratuitamente le vaccinazioni.
- Interventi di promozione delle vaccinazioni e di comunicazione, rivolti tanto alla popolazione in generale che agli operatori sanitari.
- Definizione delle modalità di collaborazione con i MMG e PLS, concordate a livello regionale, in fase di contrattazione decentrata, per la promozione e la eventuale effettuazione delle vaccinazioni raccomandate per le specifiche categorie individuate, in quelle situazioni in cui è necessario garantire equità di accesso in relazione a condizioni oggettive o soggettive dell'utenza di riferimento.

- Offerta gratuita.
- Realizzazione di un flusso informativo, ASL→Regione, per ciascuna categoria a rischio nell'ambito di ciascuna vaccinazione.
- Monitoraggio della copertura.

Tempi e fasi

Primo Anno

- Individuazione dei gruppi a rischio per età e patologia con coperture basse per le vaccinazioni raccomandate.
- Definizione delle modalità di collaborazione dei MMG e PLS con i servizi vaccinali.

Secondo Anno

- Studio e predisposizione del flusso informativo.

Terzo Anno

- Monitoraggio delle coperture raggiunte e valutazione dei risultati.

2.4. Quarto obiettivo: Miglioramento della qualità dell'offerta vaccinale

Questo obiettivo può essere raggiunto sia agendo sulla qualità dei Servizi di vaccinazione, sia migliorando la qualità professionale degli operatori dei Servizi e prevedendo azioni strategiche rivolte ai genitori (campagne informative numero verde gratuito, sito Web) ed interventi che possono aiutare a superare le sacche di resistenza.

Il monitoraggio della qualità dei servizi vaccinali presuppone la raccolta di informazioni che attengono alle dotazioni strutturali, strumentali, alle risorse professionali ed all'organizzazione del servizio.

Nel 1999-2000, l'Assessorato alla Sanità, ha provveduto a rilevare alcuni parametri riguardanti i centri di vaccinazione distribuiti in tutta la regione.

Tale rilevazione ha consentito di evidenziare criticità quali ad esempio: il numero di ambulatori vaccinali, dislocati in quasi tutti i comuni della Regione; locali spesso destinati ad altre attività sanitarie; apertura degli ambulatori in piccoli centri a cadenza mensile o in occasione di campagne vaccinali etc.; arredi inadeguati e dotazioni strumentali insufficienti.

Al fine di soddisfare l'obiettivo verranno definiti dalla Regione in collaborazione con i Responsabili dei Servizi di Igiene Pubblica delle aziende USL gli standard di qualità ai quali le Aziende dovranno uniformare i centri di vaccinazione.

Tali standard riguarderanno:

- Dimensione del bacino di utenza di ciascun centro vaccinale
- Caratteristiche strutturali e organizzative degli ambulatori;
- Arredi e dotazioni strumentali;
- Sistema di gestione informatizzato dei vaccini e delle vaccinazioni

Definizione degli interventi

- Ricognizione della situazione esistente circa le caratteristiche dei centri vaccinali

- Confronto della situazione riscontrata con gli standard di qualità definiti
- Adeguamento agli standard di qualità definiti con valutazione da parte dell'Assessorato alla Sanità.
- Monitoraggio tramite questionario, sopralluogo e verifica dell'adeguamento dei centri vaccinali agli standard definiti

Il miglioramento della qualità dell'offerta vaccinale può essere raggiunto con il miglioramento della qualità professionale di tutti gli operatori dei centri vaccinali e di altri attori del territorio (pediatri di libera, scelta medici di medicina generale), prevedendo il loro coinvolgimento nella formazione continua del personale, che potrà essere meglio definita in occasione della stesura del Piano Regionale di Formazione prevista dall'accordo Stato Regioni del 23 marzo 2005 (Allegato 3).

Tempi e fasi

Primo Anno

1° fase

- Predisposizione di un questionario per la ricognizione dell'esistente;
- Somministrazione del questionario alle aziende USL;

2° fase

- Individuazione degli standard di qualità;
- Individuazione dei decisori di adeguamento agli standard

Secondo Anno

- Confronto della situazione riscontrata con gli standard definiti;
- Formazione del personale

Indicatori

% di centri vaccinali per azienda adeguati agli standard ;

% di centri vaccinali regionali adeguati agli standard.

Terzo Anno

- Valutazione dei requisiti raggiunti attraverso la somministrazione di questionario, sopralluogo, verifiche.

3. Modalità di coordinamento da parte della Regione Autonoma Sardegna

Per la realizzazione del progetto è prevista la costituzione di un Gruppo Regionale con funzioni di indirizzo e supporto alle Aziende USL, costituito da funzionari del Servizio della Prevenzione dell'Assessorato all'Igiene e Sanità, delle Aziende USL e da rappresentanti dell'Università .

4. Previsione di spesa per la prima annualità

	I anno
Spese per il personale	400.000,00
Vaccini	400.000,00
Spese per beni e servizi Materiali Formazione e addestramento Apparecchiature Collaborazioni esterne, consulenti software Altri servizi	 10.000,00 25.000,00 50.000,00 50.000,00 25.000,00
Spese generali	40.000,00
Totale importo in euro per anno	1.000.000,00