



ALLEGATO A alla Dgr n. 760 del 14 maggio 2015

PRIME INDICAZIONI DI RIORDINO DEI PROGRAMMI DI SCREENING ONCOLOGICI REGIONALI

INDICE

1. TIPOLOGIE CORRENTI DI EROGAZIONE GRATUITA DI PRESTAZIONI PER LA PREVENZIONE E LA DIAGNOSI PRECOCE IN AMBITO ONCOLOGICO
2. RIORIENTAMENTO DELLE PRESTAZIONI EROGABILI EX LEGGE 388/2000 ALL'INTERNO DEI PROGRAMMI DI SCREENING
3. PRESTAZIONI PREVISTE
4. MODALITÀ DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DEI PROGRAMMI DI SCREENING
5. MODALITÀ DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI PER LA PREVENZIONE E/O DIAGNOSI PRECOCE AL DI FUORI DEI PROGRAMMI DI SCREENING
6. EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI PER LA PREVENZIONE E/O DIAGNOSI PRECOCE NEI PROGRAMMI DI SCREENING
7. MONITORAGGIO DELLE PRESTAZIONI EROGATE IN RIFERIMENTO AI DEBITI INFORMATIVI
8. GOVERNO REGIONALE

1. TIPOLOGIE CORRENTI DI EROGAZIONE GRATUITA DI PRESTAZIONI PER LA PREVENZIONE E LA DIAGNOSI PRECOCE IN AMBITO ONCOLOGICO

Ai sensi della normativa nazionale la fruizione, senza oneri a carico dell'assistito, di prestazioni di assistenza specialistica finalizzate alla prevenzione e alla diagnosi precoce in ambito oncologico può avvenire mediante due diversi regimi erogativi:

- programmi organizzati di screening mammografico, cervicale e coloretale, di cui al D.Lgs. 124/1998, che sono stati inseriti tra i Livelli Essenziali di Assistenza con DPCM 29.11.2001 e oggetto di Raccomandazioni Ministeriali emanate nel 2006;
- erogazione di prestazioni specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio in regime ambulatoriale (mammografia, esame citologico cervico-vaginale - pap test, colonscopia), ai sensi dell'art. 85 comma 4 della legge 388/2000 (legge finanziaria 2001).

In conformità alla normativa nazionale sugli screening, alla DGR 772 del 27.5.2014 e alla legge 388/2000, le prestazioni di primo livello finalizzate alla diagnosi precoce e/o alla prevenzione secondaria dei tumori senza oneri a carico dell'assistito, le fasce d'età destinatarie delle stesse e le periodicità previste sono attualmente le seguenti.

Tabella 1.1

Patologia	Programmi di screening	Legge n. 388/2000
Tumore della mammella	Donne Età 50-69 anni Mammografia ogni 2 anni	Donne Età 45-69 anni Mammografia ogni 2 anni
Tumore della cervice uterina	Donne Età 25-29 anni: Pap test ogni 3 anni Età 30-64 anni: HPV-DNA test ogni 5 anni*	Donne Età 25-65 anni Pap test ogni 3 anni
Tumore del colon retto	Uomini e Donne Età 50-69 anni Ricerca del sangue occulto fecale ogni 2 anni	Uomini e Donne Età ≥ 45 anni Colonscopia totale ogni 5 anni

* il test HPV-DNA sostituirà progressivamente il Pap test nelle donne di 30-64 anni a partire dal 2015 e si prevede arriverà a regime nel 2018

Tutti i programmi di screening prevedono prestazioni di secondo livello, che consistono nell'esecuzione di esami di approfondimento diagnostico in soggetti che risultino positivi al test di primo livello. La legge 448/2001 art. 52 comma 31, prevede, in regime ambulatoriale, prestazioni di secondo livello in esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria esclusivamente per il tumore della mammella. Con nota prot. n. 96970 del 20.2.2009, la Direzione Regionale Piani e Programmi Socio-Sanitari ha individuato le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogabili in regime di esenzione dal ticket al di fuori dei programmi di screening come secondo livello successivo al pap test o alla colonscopia.

Solo i programmi di screening includono anche la terapia, il follow up e la gestione dei possibili cancri-intervallo.

2. RIORIENTAMENTO DELLE PRESTAZIONI EROGABILI EX LEGGE 388/2000 ALL'INTERNO DEI PROGRAMMI DI SCREENING

La Regione del Veneto, attraverso l'attivazione ed il consolidamento dei programmi di screening in tutte le Aziende Ulss, ha di fatto superato la finalità della legge 388/2000, che si proponeva di sopperire alla mancanza sul territorio nazionale, di un'offerta organizzata, attiva ed omogenea delle prestazioni per la diagnosi precoce e la prevenzione dei tumori oggetto di screening.

Al fine di incrementare la copertura, la qualità e l'efficienza dell'offerta di prestazioni per la prevenzione secondaria e le diagnosi precoce dei tumori e in linea con quanto previsto dal Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, si ritiene indispensabile ricondurre gli esami preventivi per il carcinoma della mammella, della cervice uterina e del colon retto, erogati in regime ambulatoriale secondo la Legge 388/2000, all'interno dei programmi di screening organizzato, secondo i criteri e la periodicità previsti.

Pertanto, per la popolazione rientrante nelle fasce d'età di screening, le prestazioni di primo livello previste nell'ambito della legge 388/2000 verranno erogate esclusivamente all'interno dei programmi di screening organizzato dell'Azienda Ulss di residenza. Analogamente alle prestazioni di primo livello, anche le prestazioni di approfondimento clinico-diagnostico relative al tumore della mammella, della cervice uterina e del colon retto, qualora necessarie, saranno garantite all'interno dei programmi di screening che, mediante la presa in carico dell'assistito, provvederanno anche alle chiamate successive. Pertanto non sono più applicabili le disposizioni della suddetta nota prot. n. 96970 del 20/02/2009.

Ai sensi delle raccomandazioni ministeriali, della circolare regionale n. 308 del 17.1.2000 e della DGR n. 4538 del 28.12.2007 sull'accreditamento istituzionale dei programmi di screening oncologici, i programmi di screening erogano gratuitamente anche gli eventuali esami diagnostici di approfondimento – secondo livello - e di follow-up conseguenti al test di primo e/o di secondo livello, ivi compresi quelli erogati a pazienti la cui età, nel corso del follow-up, dovesse superare l'età target di screening. Tali esami non richiedono impegnativa del SSN.

Con successivo decreto dirigenziale saranno introdotti i conseguenti aggiornamenti all'elenco regionale delle condizioni di esenzione.

La popolazione destinataria e le prestazioni di primo livello finalizzate alla diagnosi precoce e/o alla prevenzione secondaria dei tumori senza oneri a carico dell'assistito nell'ambito dei programmi organizzati di screening sono, quindi, le seguenti:

Tabella 2.1

Patologia	Sesso e fascia di età
Tumore della mammella	Donne Età 50-69 anni: mammografia ogni due anni
Tumore della cervice uterina	Donne Età 25-29 anni: pap test ogni tre anni Età 30-64 anni: test HPV ogni cinque anni*
Tumori del colon retto	Uomini e Donne Età 50-69 anni: test per la ricerca del sangue occulto nelle feci ogni due anni

* A regime nel 2018. Nel periodo di transizione (2015-2018), il test HPV-DNA sostituirà, infatti, progressivamente il Pap test nelle donne di 30-64 anni.

Si precisa quanto segue:

- le donne di età compresa tra 50 e 69 anni hanno diritto ad effettuare la mammografia con cadenza biennale. Il test di screening è esclusivamente la mammografia a due proiezioni (obliqua medio-laterale e cranio-caudale) con lettura differita eseguita in cieco da due radiologi esperti. Tale prestazione verrà erogata presso uno dei centri erogatori delle prestazioni di primo livello del programma di screening mammografico dell'Azienda ULSS di residenza.
- la legge 388/2000, per quanto riguarda lo screening dei tumori colorettali, prevede che i residenti di entrambi i sessi di età uguale o superiore ai 45 anni possano effettuare una colonscopia totale ogni 5 anni in regime di esenzione dal ticket. Tale prestazione verrà erogata a partire dai 50 anni presso uno dei centri erogatori delle prestazioni di secondo livello del programma di screening colorettale dell'Azienda ULSS di residenza.

- Le donne di età compresa tra i 30 e 64 anni hanno diritto ad effettuare un test HPV-DNA ogni cinque anni. Le evidenze scientifiche e le raccomandazioni nazionali (recepite dalla Regione del Veneto con DGR 1235 del 16.7.2013, DGR 772 del 27.5.2014 e DGR 2705 del 29.12.2014) hanno superato l'indicazione contenuta nella legge 388/2000 di offrire alle donne un Pap test ogni tre anni. Pertanto, alle donne appartenenti a suddetta fascia d'età, sia quelle invitate dal programma di screening che quelle ad eventuale accesso spontaneo, verrà offerto esclusivamente il test HPV, con cadenza quinquennale.

3. PRESTAZIONI PREVISTE

Nelle tabelle seguenti sono riportate le prestazioni erogabili senza oneri a carico dell'assistito. Per quanto concerne le prestazioni di secondo livello successive alla mammografia di screening, si riporta in tabella 3.1 l'elenco delle prestazioni erogabili, definito secondo criteri di appropriatezza, che sostituisce l'elenco di cui al punto 2 della nota prot. 48258 del 15.10.2002 della Direzione Regionale per la Programmazione Socio-Sanitaria. La prescrizione delle prestazioni erogabili per la prevenzione e diagnosi precoce del tumore della mammella, del tumore della cervice uterina e del tumore del colon retto dovrà avvenire secondo i protocolli condivisi a livello regionale.

Tabella 3.1 Prestazioni erogabili per la prevenzione e diagnosi precoce del tumore della mammella

Regime	Prestazioni	
Primo livello	87.37.1	Mammografia bilaterale
	87.37.2	Mammografia monolaterale *
Secondo livello	87.37.1	Mammografia bilaterale
	87.37.2	Mammografia monolaterale
	89.7	Visita senologica
	88.73.2	Ecografia mammaria monolaterale con cavo ascellare e sovraclaveare
	88.73.1	Ecografia mammaria bilaterale con cavo ascellare e sovraclaveare
	87.35	Duttulografia
	85.21.1	Svuotamento di cisti
	85.11	Agoaspirato mammario
	40.19.1	Agoaspirato linfonodale
	85.11.1	Biopsia mammaria ecoguidata
	85.11.3	Biopsia VAB mammaria ecoguidata
	85.11.3	Biopsia VAB mammaria in stereotassi, incluso eventuale: centraggio della lesione
	91.39.1	Striscio liquido cistico, striscio secreto mammario, scraping del capezzolo
	91.39.7	Esame citologico
	91.40.5	Esame istologico

* per donne operate

Nota. La risonanza magnetica preoperatoria non ha indicazione in fase di diagnosi di secondo livello, essendo meno accurata e più costosa di altri esami; essa può rientrare tra le prestazioni da effettuare in regime di ricovero pre-intervento. Una risonanza eseguita prima di una eventuale terapia neoadiuvante può essere erogata senza oneri a carico dell'assistito previo ottenimento dell'assenso con codice 048.

Tabella 3.2 Prestazioni erogabili per la prevenzione e diagnosi precoce del tumore della cervice uterina

Regime	Prestazioni	
Primo livello	91.48.4	Prelievo citologico
	91.38.5	Pap test
	91.24.S	Virus Papillomavirus (HPV) Ricerca di DNA per tipi ad alto rischio e nell'ambito dei programmi organizzati di screening cervicale *

Secondo livello	70.21	Colposcopia
	67.19.1	Biopsia mirata della portio e dell'endocervice
	70.29.1	Biopsia delle pareti vaginali a guida colposcopia
	74.24	Biopsia cervicale e vaginale
	68.12.1	Isteroscopia diagnostica **
	68.16.1	Biopsia endometriale
	91.48.4	Prelievo citologico
	91.38.5	Pap test
	91.24.S	Virus Papillomavirus (HPV) Ricerca di DNA per tipi ad alto rischio nell'ambito dei programmi organizzati di screening cervicale *
	91.24.B	Tipizzazione genomica dell'HPV ***
	91.24.C	Tipizzazione genomica dell'HPV ***
	91.46.3	Esame istologico cervice multiplo
	91.44.5	Esame istologico endometrio****
	67.32	Demolizione della cervice uterina mediante: Diatermocoagulazione, Laserterapia
	67.33	Criochirurgia del collo uterino, Crioconizzazione della cervice, Asportazione di polipi cervicali

* come previsto dalle raccomandazioni del Ministero della Salute e dalla DGR 772 del 27.5.2014, il test HPV può essere effettuato nelle seguenti situazioni:

- come test di primo livello;
- per il triage di lesioni citologiche di basso grado (ASC-US e, limitatamente alle donne > 35 anni, LSIL);
- nel follow up post colposcopico e post trattamento, secondo i protocolli riportati nelle Linee guida del Gruppo regionale dei ginecologi dello screening cervicale del Veneto

** in caso di anomalie ghiandolari (AGC non specificato in donne > 35 anni con curettage negativo e/o donne con AGC endometriale)

*** da utilizzarsi per la definizione dei casi di persistenza dell'infezione da HPV o di alterazioni citologiche della durata di almeno un anno dalla prima diagnosi e/o dal trattamento

**** in caso di presenza di cellule endometriali nel pap test di primo livello

Tabella 3.3 Prestazioni erogabili per la prevenzione e diagnosi precoce del tumore del colon-retto

Regime	Prestazioni	
Primo livello	90.21.4	Ricerca sangue occulto fecale
Secondo livello	45.25	Pancolonscopia con biopsia
	99.29.A	Sedazione cosciente
	89.65.5	Monitoraggio FC / O2
	97.65.2	Clisma opaco a doppio contrasto*
	88.01.9	Colon TAC*
	91.41.8	Esame istologico da biopsia
	91.41.9	Esame istologico da polipectomia

* esclusivamente in caso di colonscopia incompleta ovvero di presenza di controindicazioni alla colonscopia

Cancri intervallo

Come previsto nella nota prot. n. 308 del 17.1.2000 della Direzione Regionale Programmazione Socio-Sanitaria, in caso di sospetto "cancro intervallo", definito come l'insorgenza di un tumore maligno primitivo successivamente ad un episodio di screening negativo e prima dell'ulteriore invito al programma (compresi i casi insorti in soggetti fuori fascia di età ma entro l'intervallo di screening), gli accertamenti diagnostici necessari per la valutazione della sintomatologia rilevata verranno erogati all'utente nell'ambito dei programmi di screening dell'Azienda di residenza senza oneri a carico dello stesso.

Pertanto, qualora insorgano segni o sintomi sospetti per cancro intervallo, il MMG e/o lo Specialista indirizzeranno l'assistito al programma di screening dell'Azienda di residenza, indicando l'obiettività rilevata e richiedendo di avviare l'iter per l'approfondimento diagnostico.

Nella tabella seguente sono riportati i sintomi chiave per il sospetto di un cancro intervallo.

Tabella 3.4 Sintomi chiave per il sospetto di un cancro intervallo

Mammella	Colon retto	Cervice uterina
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nodulo/addensamento mammario clinicamente apprezzabile, di primo riscontro o modificato, sospetto per neoplasia ▪ Secrezione mono-orifiziale ematica/siero ematica o trasparente di recente comparsa ▪ Retrazione del capezzolo o della cute, o cute a buccia d'arancia neocomparse ▪ Arrossamento cutaneo con o senza addensamento ghiandolare dubbio per mastite/carcinoma infiammatorio ▪ Eczema del capezzolo ▪ Ulcerazione cute o capezzolo ▪ Mastite 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rettorragia persistente con sospetto di patologia sovra-anale ▪ Anemia sideropenica (Hb<10) di n.d.d. ▪ Modifiche significative e persistenti dell'alvo con o senza tenesmo ▪ Sospetta neoplasia rilevata con altre metodiche ▪ Ricerca sangue occulto fecale positivo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pap test anomalo ▪ HPV-DNA positivo ▪ Perdite di sangue anomale (dopo un rapporto sessuale, tra due cicli mestruali o in menopausa) ▪ Formazione polipoide del collo dell'utero ▪ Pseudoerosione della portio (mosaico, ectopatia, cervicite, erosione periorale)

4. MODALITÀ DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DEI PROGRAMMI DI SCREENING

La popolazione residente accede direttamente al programma di screening con la periodicità indicata nella tabella 2.1, senza necessità di impegnativa e secondo le modalità di seguito indicate.

Con lettera di invito

L'invito avviene tramite lettera inviata dal programma di screening, prevede un appuntamento prefissato eventualmente modificabile o da confermare.

Senza lettera di invito

I residenti in fascia di età bersaglio che intendano usufruire di tali prestazioni, potranno rivolgersi al programma di screening dell'Azienda ULSS di residenza, direttamente o su indicazione del proprio MMG e/o del medico specialista e accedere alle prestazioni previste presso uno dei centri erogatori di primo livello del programma di screening, qualora si trovino in una delle seguenti condizioni:

- test mai effettuato all'interno dello screening;
- test già effettuato, all'interno o fuori dallo screening, da un tempo uguale o superiore all'intervallo raccomandato:
 - due anni dall'ultima mammografia;
 - tre anni dall'ultimo Pap test;
 - cinque anni dall'ultimo test HPV;
 - due anni dall'ultimo test di ricerca del sangue occulto fecale
 - cinque anni dall'ultima colonscopia totale;
 - test precedente negativo, in presenza di sintomi

Poiché le prestazioni previste dalle leggi 388/2000 e 448/2001, sia di primo che di secondo livello, nonché le prestazioni di secondo livello individuate con nota prot. n. 96970 del 20.2.2009 della Direzione Regionale Piani e Programmi Socio-Sanitari della Regione Veneto, verranno erogate nell'ambito dei programmi di screening, ai soggetti residenti in fascia d'età di screening (vedasi tabella 2.1) non sono più applicabili i codici di esenzione collegati.

Per effetto di queste disposizioni, con decreto dirigenziale saranno introdotti i conseguenti aggiornamenti all'elenco regionale delle condizioni di esenzione.

5. MODALITA' DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI PER LA PREVENZIONE E/O DIAGNOSI PRECOCE AL DI FUORI DEI PROGRAMMI DI SCREENING

Entro sei mesi dall'approvazione della presente Delibera, ai soggetti residenti in fascia d'età di screening (vedasi tabella 2.1), la prescrizione delle prestazioni previste per il primo livello di screening (mammografia bilaterale, Pap test, test HPV-DNA, ricerca del sangue occulto fecale) con finalità di prevenzione e/o diagnosi precoce, non sarà consentita al di fuori dei programmi di screening.

Le suddette prestazioni, al di fuori dei criteri di età e delle periodicità previste dal programma regionale, non potranno essere richieste dal medico su ricettario regionale e non dovranno essere erogate dalle Aziende in regime di SSR.

Invece, potranno accedere alle suddette prestazioni i soggetti che presentano una sintomatologia specifica o una motivazione clinica ben definita, che dovrà essere riportata nella prescrizione.

Quindi, non sarà più possibile prescrivere a carico del SSR prestazioni previste per il primo livello di screening con finalità di prevenzione e/o diagnosi precoce, in assenza di sintomatologia specifica e non potranno pertanto essere accettate prescrizioni indicanti diciture come "controllo", "accertamento".

Questo sistema consentirà di evitare la duplicazione degli interventi e l'inutile ripetizione degli esami nel rispetto dell'appropriatezza clinica e della corretta gestione delle risorse.

L'accesso, con finalità di prevenzione e/o diagnosi precoce ed in assenza di sintomatologia, alle suddette prestazioni al di fuori dei programmi di screening, avverrà pertanto con pagamento della tariffa intera o in libera professione.

Tali prestazioni potranno comunque essere prescritte alle persone in follow up clinico, o in quelle a rischio di cancro ereditario, seguendo in quest'ultimo caso i criteri definiti dalle linee guida adottate dai centri di riferimento per le neoplasie ereditarie e sindromi correlate. La generica indicazione di "familiarità" non sarà ritenuta sufficiente.

Fatta salva la libertà di scelta da parte dell'assistito, in presenza di sintomatologia, l'accesso ai programmi di screening è da preferirsi rispetto all'ambulatoriale perché garantisce la presa in carico del soggetto.

L'erogazione di prestazioni di approfondimento diagnostico relative al tumore della mammella, della cervice uterina e del colon retto al di fuori dei percorsi dei programmi di screening avverrà in regime ambulatoriale, salvo i casi in cui l'assistito abbia diritto all'esenzione ai sensi della normativa vigente (es. per età e reddito, per invalidità, ecc.).

I programmi di screening, prima di procedere all'invio delle lettere di invito al test di primo livello, dovranno verificare che la popolazione da invitare non abbia già effettuato l'esame entro lo specifico intervallo temporale, qualunque sia stato l'ambito di erogazione: screening o regime ambulatoriale, in esenzione o con pagamento della compartecipazione alla spesa sanitaria. Gli assistiti che, nell'intervallo temporale previsto, siano stati sottoposti ad una prestazione che coincide con quella di cui allo screening, per ragioni di appropriatezza clinica e di impiego efficiente delle risorse, non dovranno essere invitati allo screening. L'invito potrà essere indirizzato all'assistito/a solo nel rispetto del previsto intervallo temporale.

La gratuità è prevista solo all'interno dei programmi di screening, se sono rispettati gli intervalli temporali definiti dalle disposizioni sopraccitate (due anni dall'ultima mammografia se età compresa tra i 50 e i 69 anni, tre anni dall'ultimo pap test o cinque anni dall'ultimo test HPV, cinque anni dall'ultima colonscopia) a

prescindere dall'ambito in cui è stata effettuata la precedente prestazione: screening, regime ambulatoriale del SSR, libera professione e dal regime di pagamento.

Per quel che riguarda il programma di screening della cervice uterina, l'attivazione dello screening con test HPV avverrà in maniera progressiva per fasce di età. Si precisa, pertanto, che durante gli anni di transizione, nelle fasce d'età identificate dal protocollo di screening, il Pap-test rimane la prestazione di primo livello senza oneri a carico dell'assistito.

Entro sei mesi dalla data di pubblicazione del presente atto, ciascuna Azienda ULSS dovrà definire le modalità organizzative per l'accesso spontaneo ai test di screening da parte delle persone che ne facciano richiesta e ne abbiano diritto; tali modalità dovranno prevedere un contatto con la segreteria del programma di screening aziendale o con altro punto di front office debitamente individuato.

6. EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI PER LA PREVENZIONE E/O DIAGNOSI PRECOCE NEI PROGRAMMI DI SCREENING

I test di screening sono erogabili, con finalità di prevenzione secondaria dei tumori, esclusivamente in strutture integrate con i programmi di screening, sia dal punto di vista organizzativo che informatico.

Le Aziende ULSS riorganizzeranno l'erogazione di questi esami non oltre un anno dalla data di pubblicazione del presente atto, al fine di realizzare la completa integrazione di tutte le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio, fornite con finalità di diagnosi precoce e/o prevenzione dei tumori della mammella, del collo dell'utero e del colon retto, nel programma regionale di screening.

Entro sei mesi dalla data di pubblicazione del presente atto le Aziende ULSS predisporranno un piano di riconversione delle modalità di erogazione dei test all'interno dei programmi di screening.

Al fine di consentire alle Aziende ULSS la corretta applicazione della DGR, si ritengono necessarie sia una più dettagliata informazione, sia il coinvolgimento di tutte le strutture aziendali ospedaliere e territoriali, in particolare:

- Direzioni Sanitarie di Azienda e di presidio
- Dipartimenti di Prevenzione
- Assistenza territoriale
- Distretti
- Servizi di Radiologia
- Servizi di Ginecologia e Ostetricia
- Servizi di Chirurgia/Endoscopia
- Servizi di Anatomia Patologica
- Assistenza di base e Medici di medicina generale (MMG)
- CUP
- Consultori Familiari
- Specialisti Ambulatoriali

Pertanto, all'interno di ogni Azienda ULSS dovranno essere promosse iniziative di informazione a favore di tutti gli operatori coinvolti, compresi i MMG e gli specialisti ambulatoriali.

Le Aziende ULSS sono tenute a garantire il rispetto delle tempistiche (intervalli temporali di chiamata e/o classi di priorità eventualmente richieste dal medico prescrivente) di erogazione delle prestazioni, unicamente per i propri residenti, in quanto ciascuna Azienda ULSS può programmare le risorse umane e finanziarie necessarie e, conseguentemente, governare i tempi di attesa, esclusivamente considerando il proprio bacino di utenza così come disposto da ultimo con il PRGLA (Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa) 2010-2012 di cui alla DGR n. 863/2011.

A tale proposito, come stabilito con il provvedimento succitato, appare opportuno ribadire alle Aziende ULSS l'invito a:

- promuovere, anche nell'ambito di cui trattasi, la "presa in carico del paziente" il quale, pur accedendo con modalità diverse, fruisce poi delle medesime prestazioni specialistiche finalizzate alla prevenzione oncologica;

- perfezionare e omogeneizzare le responsabilità organizzative e gestionali per la prenotazione ed erogazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale finalizzate alla prevenzione e alla diagnosi precoce in ambito oncologico, al fine di sgravare le esistenti criticità di alcune prestazioni (es. mammografia) con lunghi tempi di attesa.

Nell'ambito dei programmi di screening, le prestazioni di primo e di secondo livello e di follow up previste sono erogate di norma dall'Azienda ULSS di residenza al proprio assistito, allo scopo invitato, senza oneri a carico dello stesso.

Per quanto attiene le prestazioni ad elevata tecnologia, qualora un'Azienda ULSS non possa erogarle direttamente, dovrà concludere a tal scopo specifici accordi con altra Azienda ULSS e/o Azienda Ospedaliera e/o I.R.C.C.S. (I.O.V.). Tali erogatori devono essere integrati con il programma di screening aziendale sia dal punto di vista organizzativo che informatico, pertanto sono tenuti a fornire al programma di screening copia della documentazione sanitaria richiesta, inclusa la cartella clinica. Anche in questo caso la prestazione non sarà oggetto di prescrizione su ricetta del SSR e sarà remunerata a fatturazione diretta tra l'Azienda richiedente e l'erogatore.

7. MONITORAGGIO DELLE PRESTAZIONI EROGATE IN RIFERIMENTO AI DEBITI INFORMATIVI

L'applicativo software regionale denominato "*Screening Oncologici*" per la gestione organizzativa dei programmi di screening, finalizzato a costituire un unico sistema informativo degli screening oncologici, con funzionalità adeguate e caratteristiche omogenee nelle diverse realtà operative aziendali, garantisce la completa standardizzazione del processo e la comparazione dei dati di attività e degli indicatori epidemiologici, contenendo al contempo i costi di manutenzione ed evoluzione. Tale sistema va considerato obbligatorio per le Aziende Ulss.

Il monitoraggio delle prestazioni erogate dai programmi di screening avviene tramite il Flusso SPS della specialistica ambulatoriale.

A tal fine, tutte le prestazioni erogate dai programmi di screening devono essere registrate nel suddetto applicativo software regionale "*Screening oncologici*".

Tale applicativo prevede una funzione di export verso il Flusso SPS delle prestazioni effettuate, al fine di garantirne la tracciabilità. Tale funzione è attribuita al responsabile del programma di screening e produce dei record dove, nel campo "*Tipologia di erogazione*" (Allegato E del disciplinare tecnico), viene inserito il codice 12, vale a dire "*Prestazione erogata nell'ambito di programmi di screening autorizzati dalla Regione* (D.L.vo n. 124/98)". I file prodotti, specifici per ciascun programma di screening, devono essere ricondotti nel flusso SPS, convalidati dal Responsabile aziendale dei flussi ed inviati secondo le consuete modalità previste. Tale modalità vale sia per le prestazioni di primo che per quelle di secondo livello.

Per quanto riguarda il debito informativo verso il Ministero dell'Economia e delle Finanze, posto in essere dall'art. 50 della L. 326/2003 ed il processo di dematerializzazione della ricetta, di cui al DM 2 novembre 2011, si renderà necessario tracciare informaticamente non solo le prescrizioni specialistiche prenotate ed erogate tramite ricetta SSR, ma anche quelle senza ricetta SSR, incluse le prestazioni di screening. Anche questa funzione verrà svolta tramite l'applicativo software regionale "*Screening oncologici*", che quindi fungerà da unico punto di raccolta delle informazioni riguardanti sia la prenotazione (che vale anche come prescrizione) che l'erogazione delle prestazioni di screening ed alimenterà in modo esclusivo il flusso SPS per tutte le prestazioni erogate.

8. GOVERNO REGIONALE

Il D. Lgs. 124/1998 stabilisce che siano erogate senza oneri a carico dell'assistito le prestazioni incluse in programmi realizzati in attuazione del piano sanitario nazionale, dei piani sanitari regionali o comunque promossi o autorizzati con atti formali delle Regioni.

Pertanto eventuali progetti aziendali di estensione o modifica dei programmi di screening per qualsiasi ragione e di qualunque tipo, in termini di popolazione bersaglio, prestazioni di primo o di secondo livello, intervallo di screening, dovranno essere sottoposti per approvazione al Coordinamento Regionale Screening

Oncologici (CRSO), Settore Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità Pubblica, Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria della Regione Veneto.

La Regione Veneto, tramite il Coordinamento Regionale Screening Oncologici (CRSO), Settore Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità Pubblica, si riserva di considerare gli eventuali aggiornamenti scientifici ed integrazioni inerenti l'argomento di discussione del presente documento e di ampliare/modificare le direttive in esso contenute, in linea con le nuove evidenze scientifiche e direttive ministeriali. La materia trattata comporta alcuni sostanziali cambiamenti inerenti il tema dell'organizzazione della prevenzione dei carcinomi della mammella, della cervice uterina e del colon retto. A tal proposito, si rende necessario e opportuno monitorare tali cambiamenti in tutte le loro fasi, anche in termini di valutazione dei costi.

Il CRSO, avendo compiti di impostazione, organizzazione, monitoraggio, valutazione, formazione degli operatori, quality assurance, e di supporto metodologico alle Aziende per la pianificazione e l'attuazione dei programmi di screening oncologici, effettuerà il monitoraggio attraverso la rilevazione periodica dei dati di attività ed il calcolo di eventuali indicatori di processo e di risultato, avrà inoltre accesso alla documentazione clinica ed epidemiologica e alle informazioni relative all'attività dei programmi di screening aziendali.