

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE

DELLA

REGIONE LOMBARDIA

MILANO - VENERDÌ, 3 SETTEMBRE 1999

3° SUPPLEMENTO STRAORDINARIO AL N. 35

S O M M A R I O

DELIBERAZIONE CONSIGLIO REGIONALE 29 LUGLIO 1999 - N. VI/1294 [3.2.0]
Piano Oncologico regionale per il triennio 1999-2001 e istituzione dei dipartimenti oncologici in Lombardia **2**

[BUR1998031]

[3.2.0]

D.C.R. 29 LUGLIO 1999 - N. VI/I294**Piano Oncologico regionale per il triennio 1999-2001 e istituzione dei dipartimenti oncologici in Lombardia**

Presidenza del presidente Morandi

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Richiamati

– il d.lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 come modificato dal d.lgs. 7 dicembre 1993 n. 517, recante il riordino della disciplina in materia sanitaria, che prevede, in particolare all'art. 1, che gli obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione e le linee generali di indirizzo del Servizio Sanitario Nazionale, nonché i livelli di assistenza da assicurare in condizione di uniformità sul territorio nazionale, sono stabiliti con il Piano Sanitario Nazionale;

– il Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998/2000 che individua tra gli obiettivi da raggiungere quello di contrastare la patologia neoplastica, incrementando la prevenzione e le azioni di screening;

– le linee guida elaborate dalla Commissione Oncologica Nazionale in applicazione a quanto previsto dal P.S.N. 1994-1996, relativo all'azione programmata «Prevenzione e cura delle malattie oncologiche» concernenti l'organizzazione della prevenzione e dell'assistenza in oncologia pubblicate sulle G.U. 1° giugno 1996 n. 127 e 20 febbraio 1996 n. 42;

– il d.p.g.r. 2 aprile 1996 n. 1696 e il d.p.g.r. 7 agosto 1996 n. 4192 relativi alla costituzione della Commissione di Studio per la predisposizione di linee guida per il riordino dei servizi sanitari oncologici;

Considerata l'elevata incidenza e prevalenza delle malattie neoplastiche nella nostra Regione e la complessità della problematica, in quanto:

a) i tumori non sono un'unica malattia, ma un insieme di patologie molto diverse l'una dall'altra;

b) i mezzi terapeutici sono assai diversificati, chirurgici, radioterapici, medici e spesso devono esprimersi in modo coordinato;

c) le componenti professionali chiamate ad operare nel programma sono tra le più svariate ed oltre a medici, chirurghi, radioterapisti, patologi, biologi, tecnici, infermieri professionali, occorrono educatori, riabilitatori, psicologi;

d) per ottenere diagnosi precoci e terapie tempestive è necessaria una attiva partecipazione dei pazienti che devono essere adeguatamente informati ed educati;

e) una parte importante dei pazienti affetti dalla malattia devono essere reclutati in studi clinici controllati, in grado di far migliorare le conoscenze sui mezzi terapeutici innovativi, per cui si rende necessaria una corretta collocazione della ricerca clinica all'interno del complesso progetto assistenziale;

Rilevata l'esigenza di un riordino e di una razionalizzazione di tutti i servizi sanitari che concorrono al trattamento della patologia neoplastica, al fine di garantire equa possibilità di accesso ed uniforme efficacia delle prestazioni sanitarie a tutti i cittadini del territorio regionale;

Tenuto conto della necessità di determinare obiettivi specifici che coinvolgano i seguenti livelli:

- la prevenzione
- la diagnosi precoce
- i miglioramenti terapeutici ed assistenziali;

Ravvisata la necessità di procedere ad una riorganizzazione della capacità di offerta per le prestazioni correlate alla patologia neoplastica;

Dato atto che il Dipartimento Oncologico costituisce la modalità organizzativa che meglio consente di garantire un'efficace attività diagnostico-terapeutica integrata, impegnando appieno tutte le competenze professionali e le risorse tecnologiche disponibili, sia a livello di singola struttura, sia a livello di strutture aggregate;

Considerata la necessità che

– al Dipartimento Oncologico afferiscano in primo luogo le divisioni ed i servizi di oncologia medica, di radioterapia oncologica e di chirurgia generale ed i servizi di diagnosi e cura con particolare riferimento a quelli di ematologia, di diagnostica strumentale, di laboratorio, di anatomia patologica, di medicina nucleare, di anestesia e rianimazione, di terapia antalgica, di riabilitazione e di psicologia;

– le strutture di riferimento coinvolgano nella organizza-

zione dipartimentale i servizi e le divisioni che operano nell'ambito dell'assistenza ai malati oncologici, avvalendosi anche di altri presidi pubblici e privati di particolare livello e qualificazione, preferibilmente situati in zone limitrofe alle strutture di riferimento stesse, ai fini di assicurare un'articolazione di strutture e di prestazioni che comunque garantisca un'attività diagnostico terapeutica nei confronti del paziente neoplastico completa ed integrata;

– siano istituite Unità Operative di Oncologia Medica in strutture non di riferimento per la costituzione dei Dipartimenti Oncologici al fine di garantire l'erogazione di prestazioni di natura oncologica a livello decentrato;

Considerato, altresì, che, nella programmazione ed attuazione degli interventi di prevenzione e assistenza rivestono un ruolo fondamentale:

– l'ASL nell'assicurare l'integrazione funzionale fra i servizi del territorio e quelli ospedalieri;

– il medico di medicina generale nell'informazione ai pazienti e come referente, per il dipartimento oncologico e per l'ASL, nell'iter diagnostico, terapeutico e assistenziale, al fine di realizzare l'integrazione funzionale fra territorio e ambito specialistico;

Rilevato che la d.g.r. 39990 del 30 novembre 1998 «Atto di indirizzo e coordinamento per le cure palliative» determina i requisiti strutturali, impiantistici, tecnologici e organizzativi delle Unità Operative di Cure Palliative;

Tenuto conto che le Unità Operative di Cure Palliative, ove presenti, fanno parte integrante dei Dipartimenti Oncologici;

Vista la proposta della Giunta regionale di cui alla d.g.r. 39657 del 20 novembre 1998 che tiene conto del documento elaborato dalla Commissione Oncologica Regionale, quale primo contributo alla riorganizzazione complessiva delle attività oncologiche in Lombardia;

Sentita la relazione della III Commissione consiliare «Sicurezza sociale»

Con votazione palese, per alzata di mano:

DELIBERA

1. di approvare l'allegato Piano Oncologico Regionale (Allegato A), parte integrante della presente deliberazione;

2. di istituire i seguenti Dipartimenti Oncologici, con le relative strutture di riferimento:

Provincia	Dipartimento Oncologico	Struttura di riferimento
Milano	I	A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda
Milano	II	A.O. Fatebenefratelli
Milano	III	Istituto Nazionale Neurologico Carlo Besta
Milano	IV	Istituto Nazionale per Studio e la Cura dei Tumori
Milano	V	A.O. S. Paolo
Milano	VI	A.O. S. Carlo Borromeo
Milano	VII	IRCCS Ospedale Maggiore
Milano	VIII	A.O. L. Sacco
Milano	IX	A.O. S. Gerardo dei Tintori di Monza
Milano	X	A.O. Vimercate, Desio, Sesto S. Giovanni, Carate
Milano	XI	A.O. Legnano, Rho, Garbagnate
Milano	XII	A.O. Melegnano, Melzo, Gorgonzola, Cernusco sul Naviglio
Varese	XIII	A.O. Fondazione Macchi
Como	XIV	A.O. S. Anna
Sondrio	XV	Ospedale Civile
Lecco	XVI	A.O. Ospedale di Circolo
Bergamo	XVII	A.O. Ospedali Riuniti
Brescia	XVIII	A.O. Spedali Civili
Cremona	XIX	A.O. Istituti Ospitalieri
Mantova	XX	A.O. Istituti Ospitalieri C. Poma
Lodi	XXI	Ospedale Maggiore
Pavia	XXII	L'ASL provvederà ad istituire il dipartimento oncologico concordandone l'articolazione con l'IRCCS S. Matteo di Pavia

1. di affidare alle aziende ospedaliere, alle Aziende Sanitarie Locali ed agli IRCCS, coinvolti sulla base dell'elenco dei presidi sopraindicati, il compito di istituire, entro 90 giorni dalla data di pubblicazione della presente deliberazione, sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia, i Dipartimenti Oncologici, ai quali afferiscano i servizi e le divisioni che operano nell'ambito dell'assistenza ai malati oncologici ed in primo luogo le Unità Operative di Oncologia Medica, di Radioterapia Oncologica e di Chirurgia Generale, avvalendosi anche di altri presidi pubblici e privati accreditati di particolare livello e qualificazione, preferibilmente situati in zone limitrofe alle strutture di riferimento;

2. di impegnare gli stessi a comunicare il provvedimento istitutivo del Dipartimento Oncologico, accompagnato da una relazione sullo stato dei servizi e delle strutture oncologiche, alla Direzione generale Sanità, servizio pianificazione e sviluppo, per le valutazioni di competenza;

3. di demandare ai direttori generali delle aziende ospedaliere, delle Aziende Sanitarie Locali e ai legali rappresentanti di IRCCS, ospedali classificati, strutture private accreditate l'istituzione di Unità Operative di Oncologia Medica, nell'ambito dei posti letto disponibili, convertendo l'utilizzo degli stessi, integrandosi funzionalmente con i Dipartimenti Oncologici per la stesura e l'applicazione di protocolli terapeutico-assistenziali comuni.

Il presidente: Giancarlo Morandi

I consiglieri segretari:

Luciano Valaguzza – Corrado Tomassini

Il segretario del consiglio: Maria Emilia Paltrinieri

ALLEGATO A)

PIANO ONCOLOGICO ANNO 1999-2001

INDICE

PREMESSA

EPIDEMIOLOGIA

OFFERTA ATTUALE

OBIETTIVI

Prevenzione

Diagnosi precoce

Miglioramenti terapeutici e assistenziali

STRUMENTI

Dipartimenti Oncologici

U.O. di Oncologia Medica

Ruolo dell'ASL

Ruolo della Medicina Generale

Commissione Oncologica Regionale

RISORSE

PREMESSA

La Lombardia è tra le Regioni italiane quella che registra la più elevata mortalità per tumori, non solo in termini numerici assoluti (circa 30.000 decessi all'anno), ma anche in termini percentuali. Tra le varie cause di mortalità quella per neoplasie è giunta a superare il 32%, il che significa che un cittadino lombardo su tre muore per una malattia tumorale. Poiché fortunatamente molte persone pur colpite da tumore maligno ne guariscono completamente (almeno il 40-45% del totale) ne risulta che l'incidenza della malattia è assai superiore alla mortalità.

Questi gravissimi dati impongono alla Sanità lombarda di affrontare il problema con una serie di interventi strategici tesi a ridurre l'incidenza della malattia, ad anticipare la diagnosi dei casi al fine di migliorare il trattamento e le possibilità di guarigione. Si tratta di un programma molto complesso in quanto:

a) i tumori non sono un'unica malattia, ma un insieme di patologie molto diverse l'una dall'altra;

b) i mezzi terapeutici sono assai diversificati, chirurgici, radioterapici, medici, che spesso devono esprimersi in modo coordinato;

c) le componenti professionali chiamate ad operare nel programma sono tra le più svariate ed oltre a medici, chirurghi, radioterapisti, patologi, biologi, tecnici, infermieri professionali, occorrono educatori, riabilitatori, psicologi, ecc.;

d) per ottenere diagnosi precoci e terapie tempestive occorre una attiva partecipazione dei pazienti che devono essere adeguatamente informati ed educati;

e) una parte importante dei pazienti affetti dalla malattia devono essere reclutati in studi clinici controllati, in grado di far migliorare le nostre conoscenze sui mezzi terapeutici innovativi. Sarà quindi necessario trovare una corretta collocazione alla ricerca clinica all'interno del complesso progetto assistenziale.

La complessità della materia che riguarda il controllo della malattia tumorale richiede la formulazione di obiettivi di prevenzione, di diagnosi, di terapia, nonché la definizione degli strumenti operativi per il loro conseguimento attraverso una precisa organizzazione dell'intervento.

EPIDEMIOLOGIA

L'aspetto più peculiare nella distribuzione dei tumori in Italia è l'elevata differenza di incidenza tra nord e sud. In entrambi i sessi, per il complesso dei tumori e per la maggior parte delle singole localizzazioni il rischio di ammalarsi è circa doppio nel nord Italia rispetto al sud. Comunque l'incidenza del complesso dei tumori nel nord-est è molto elevata, fra i massimi in Europa e nel mondo.

Per quanto riguarda la variazione dell'incidenza negli ultimi anni si può notare come tra i tumori dell'apparato digerente diminuisce il tumore allo stomaco e aumenta quello del colon-retto. Aumentano anche quelli del fegato, della colecisti e del pancreas. Tra i tumori femminili aumenta quello della mammella e diminuisce quello del collo dell'utero, con una stabilità di quello del corpo dell'utero e dell'ovaio. Un piccolo aumento lo si denota anche per il tumore della prostata.

Le osservazioni sopra descritte sono contenute nell'ultimo documento stilato dall'Associazione Italiana Registri Tumori, relativamente allo studio degli anni compresi tra il 1988 e il 1992. Questi dati sono anche confermati da stime sull'incidenza e sulla mortalità dei tumori verso il 2000.

Dal Registro Tumori della Regione Lombardia sono desunti i dati presenti nell'allegato e descritti di seguito. Sono stati presi come riferimento i tumori maggiormente diffusi che rappresentano per il sesso maschile il 66% della casistica totale e il 56% per quello femminile. Per il sesso maschile il tumore con il tasso di incidenza più elevato è quello del polmone che si aggira sui valori di 110 casi per 100.000 persone. Il tasso di mortalità si aggira su 100 casi per 100.000 persone. I tumori del colon-retto insieme totalizzano un tasso di incidenza medio di 65 casi su 100.000 con un tasso di mortalità del 25 per 100.000. I tumori alla prostata e alla vescica presentano un tasso, rispettivamente, di 45-50 casi per 100.000 con una mortalità di 19-20 casi su 100.000.

Per il sesso femminile si riconfermano, di fatto, le tendenze sopra espresse per i tumori dello stomaco e del colon-retto. Il tumore della mammella ha un tasso di incidenza di 110 casi per 100.000 con un tasso di mortalità del 40 per 100.000.

In entrambi i sessi i tumori della pelle (esclusi i melanomi) presentano un elevato tasso di incidenza con però una mortalità bassa.

Le indicazioni sopra riportate dovranno essere approfondite mediante una valutazione epidemiologica basata sul confronto dei tassi standardizzati provinciali, regionali e nazionali per classe d'età e sesso. I tassi dovranno riguardare, per le classi di età maggiormente significative, le patologie neoplastiche più rilevanti quali il carcinoma polmonare, il carcinoma della mammella, il carcinoma del colon-retto e quello della prostata.

OFFERTA ATTUALE

Risulta particolarmente difficile effettuare un censimento reale delle strutture che operano nel campo oncologico in quanto, come detto in premessa, esiste una multidisciplinarietà nell'approccio sia diagnostico che terapeutico che vincola la reale conoscenza del fenomeno.

Le strutture ospedaliere con la specialità di «oncologia» totalizzavano al 31 dicembre 1997 771 posti letto ordinari e 194 in day Hospital con una degenza media di 8,5 giorni e un tasso di saturazione dell'80,5%. Le strutture che hanno la possibilità di ospitare pazienti in fase terminale, e censite dal sistema regionale in tal senso, sono poche unità e dispongono di circa 92 posti letto complessivamente. La disponibilità delle Divisioni di Radioterapia e Medicina Nucleare è limitata a 292 posti letto, con degenza media di 8,2 giorni e un tasso di saturazione del 66,5%.

Esiste pertanto una necessità di uniformare le procedure assistenziali, identificando le strutture che possono erogare assistenza al paziente oncologico in maniera integrata, costituendo degli organismi atti a coordinare tutti gli aspetti di tale problematica, di cui l'assistenza ospedaliera ne rappresenta solo una parte.

Per quanto riguarda la disponibilità di tecnologie per l'effettuazione di radioterapia l'ultimo censimento effettuato dalla Regione, riferito all'anno 1997, dimostra la presenza di n. 34 acceleratori lineari, convenzionati e non, quasi tutti con una buona efficienza operativa. Anche per la prevenzione, se prendiamo in considerazione il tumore della mammella a titolo esemplificativo, è presente un numero di mammografi pari a 149 unità, la quasi totalità funzionanti e in buone condizioni.

Questi piccoli cenni sulla dotazione tecnologica presente nelle strutture della Regione Lombardia dimostrano che il problema da risolvere non è sicuramente, in prima istanza, quello di incrementare le apparecchiature disponibili ma di integrare le strutture che si interessano di oncologia per utilizzare al meglio le stesse.

L'iter assistenziale del paziente oncologico non si esaurisce nella diagnosi e terapia, ma coinvolge anche altri livelli, quali quello riabilitativo, psicologico, delle cure palliative, etc... Su quest'ultimo argomento un recente censimento della Società Italiana di cure palliative e la Lega Italiana per la lotta contro i tumori aveva evidenziato circa 50 strutture che se ne occupano a vari livelli, strutture pubbliche, non profit, associazioni di volontariato, fondazioni, etc... Anche su questo fronte l'offerta è presente in maniera significativa con una necessità di integrazione tra le strutture che erogano assistenza tera-

peutica e diagnostica e quelle che si occupano degli esiti della patologia.

Al fine di comprendere la reale capacità di offerta, pubblica e privata, presente per tale problematica si ritiene opportuno attivare un censimento mirato per rilevare le attività di prevenzione e di diagnosi precoce svolte da tutte le strutture sanitarie, riguardanti almeno il carcinoma della mammella e del colon-retto. Tale censimento sarà svolto a cura della Direzione Generale Sanità, tramite il Servizio Prevenzione, in collaborazione con i Dipartimenti Oncologici.

OBIETTIVI

Gli obiettivi generali da perseguire sono essenzialmente i seguenti:

1. riduzione della mortalità specifica
2. sviluppo della prevenzione attraverso interventi mirati
3. miglioramento dell'organizzazione con un'integrazione funzionale dei settori che si occupano di tale problematica
4. innalzamento della qualità complessiva delle cure
5. miglioramento dell'assistenza e della qualità di vita.

Gli obiettivi specifici sono quelli di seguito riportati e che coinvolgono i seguenti livelli:

- la prevenzione
- la diagnosi precoce
- i miglioramenti terapeutici e assistenziali

Prevenzione

Allargamento della popolazione sottoposta ad osservazione attraverso il Registro Tumori della Lombardia.

Quando il Registro Tumori della Lombardia fu creato quasi vent'anni fa, l'obiettivo previsto era l'osservazione epidemiologica-oncologica di tutta la popolazione regionale. Per ragioni diverse il Registro è rimasto limitato alla Provincia di Varese, nonostante molti inviti ad una sua estensione.

Ora appare fortemente raccomandabile che, accanto alla popolazione della provincia di Varese (808.962 abitanti), a forte connotazione industriale, le due province di Mantova (367.832 abitanti) e di Sondrio (177.452 abitanti) vengano ad aggiungersi come popolazione da osservare dal punto di vista epidemiologico. La prima per i suoi aspetti di provincia padana prevalentemente agricola e la seconda per le sue caratteristiche di provincia strettamente montana. Si potrebbero quindi analizzare le differenze di incidenza, certamente sensibili, per molti tipi di tumori in rapporto all'ambiente e allo stile di vita degli abitanti di queste tre aree assai diverse. Si conferma l'istituzione dell'Osservatorio Epidemiologico nell'ASL di Pavia per l'istruzione di un progetto per un programma di screening del tumore colon-retto, come stabilito dalla d.g.r. 7 aprile 1998 n. 35581, che dovrà tenere conto delle linee programmatiche presenti nel Piano Oncologico.

Il Registro Tumori esistente nell'ASL, di Brescia, che interessa una popolazione di circa 300.000 unità, continua la propria attività collaborando in maniera integrata con il Dipartimento Oncologico che si dovrà strutturare sul territorio.

Per quanto riguarda l'assetto organizzativo si ritiene indispensabile, in previsione dell'aumento delle competenze territoriali, prevedere un'integrazione tra le varie realtà esistenti in modo da uniformare le modalità di rilevazione e di elaborazione, al fine di ottenere dati epidemiologici confrontabili. Per garantire quanto sopra e per fornire un supporto necessario ai fini della programmazione regionale la Direzione Generale Sanità, tramite il Servizio Sistema Informativo e Controllo Qualità, coordinerà l'attività svolta dal Registro Regionale e dalle altre strutture, anche al fine di garantire le informazioni necessarie per l'attività svolta dai Dipartimenti Oncologici.

Programma contro il fumo di sigarette e per una corretta educazione alimentare

Non si può oggi immaginare un piano di prevenzione dei tumori senza considerare una profonda ed incisiva azione di dissuasione dei giovanissimi all'abitudine al fumo e di invito ai fumatori ad abbandonare le sigarette. Le azioni possono essere molte e diversificate (informative, educative, legislative). Una proposta interessante è quella di coinvolgere in modo particolare, attraverso una collaborazione tra le strutture oncologiche e l'ASL con i relativi Servizi di competenza, i medici della Lombardia nella campagna antifumo sul modello del grande studio inglese di Doll cercando di rispondere a due quesiti oggi di grande attualità, e cioè quello dell'entità reale del fenomeno «fumo» nella popolazione femminile e

quello dell'impatto eventuale delle cosiddette sigarette «leggere» a basso contenuto di catrame. I medici, tra i quali vi sono ancora molti fumatori, dovrebbero da un lato essere oggetto di un'indagine epidemiologica sui rischi delle sigarette, e dall'altro dovrebbero assumere il ruolo di educatori nei riguardi dei propri pazienti.

Per quanto riguarda l'alimentazione, visto l'importante ruolo che riveste nei riguardi delle cancerogenesi, si tratta di mettere in atto specifici corsi educazionali con la collaborazione delle strutture oncologiche e dell'ASL, con i relativi Servizi di competenza. Infatti, secondo dati dell'OMS, si può stimare che una percentuale significativa di tumori possano essere attribuiti all'alimentazione.

Su questi due argomenti la Giunta Regionale provvederà, con atti successivi, entro 120 giorni ad assumere progetti specifici in grado di sensibilizzare realmente le persone, pervenendo a risultati verificabili, tenendo in considerazione quanto già adottato in termini di progetti obiettivo da parte del Servizio di Prevenzione Sanitaria.

Per la programmazione e l'attuazione di tali progetti l'ASL e i relativi Servizi di competenza collaboreranno con i Dipartimenti Oncologici, istituiti con il presente Piano, e con le altre strutture pubbliche e private accreditate presenti sul territorio.

Controllo dell'inquinamento ambientale

I problemi dell'inquinamento atmosferico (e ambientale in genere) da parte di cancerogeni, non sono risolti. I temi della presenza nell'aria di asbesto, di benzene (nella benzina), di contaminanti cancerogeni provenienti dai fumi dalle centrali termoelettriche, come pure i temi dell'inquinamento del suolo e delle acque sono oggetto, da molti anni, di interesse e di sviluppo da parte del Servizio di prevenzione alla salute della Regione Lombardia che dovrà interagire con le strutture di diagnosi e cura. Su questo argomento la Giunta Regionale provvederà, con atti successivi, ad assumere progetti specifici. In particolare occorre mantenere e sviluppare il controllo dell'inquinamento atmosferico, dell'acqua ad uso potabile, del suolo, per quanto riguarda i micro inquinanti nonché dell'inquinamento «indoor» con particolare riferimento al rischio radon.

Inoltre si richiama il P.O. «Prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro in Regione Lombardia 1998/2000», sviluppando in particolare il progetto «prevenzione dei tumori professionali».

Le ASL dovranno presentare alla Direzione Generale Sanità un rapporto annuale riguardante gli interventi in materia di tutela della salute e dell'ambiente nonché del P.O. «Prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro» in modo da consentire al Servizio Prevenzione della Regione di stilare un rapporto annuale sugli interventi citati, specie per quanto riguarda il rapporto «Salute e Ambiente».

Diagnosi precoce

Dall'interpretazione dei dati riportati nell'analisi epidemiologica si desume quali possano essere le patologie per le quali iniziative di diagnosi precoce hanno elevate possibilità di successo. Lo sforzo deve inoltre concentrarsi su pochi obiettivi, facilmente raggiungibili ed a costi «sopportabili».

I tre progetti che sono da perseguire in maniera prioritaria sono:

Screening mammografico a tutte le donne sopra i 50 anni

Ogni anno in Italia muoiono 11.000 donne di cancro mammario con alcune differenze sulla distribuzione geografica, con un rischio cumulativo percentuale maggiore nelle regioni settentrionali rispetto a quelle meridionali. Il rischio di carcinoma mammario aumenta rapidamente con l'età, raggiungendo un tasso annuo superiore ai 150 casi per 100.000 donne in epoca menopausale, per poi continuare a crescere, più lentamente, fino a tarda età. Altri fattori di rischio sono stati considerati correlati all'incidenza di tale neoplasia ma i dati a disposizione non permettono di individuare, nella popolazione femminile generale, un sottogruppo particolarmente a rischio. Pertanto il rischio individuale è da ritenersi soprattutto legato all'età.

L'allargamento dello screening mammografico nelle donne sopra i 50 anni dovrebbe permettere un aumento delle diagnosi precoci e di attuare conseguentemente procedure chirurgiche limitate e conservative. Lo screening interessa pertanto tutte le donne tra i 50 e i 69 anni, con l'esecuzione della mammografia a cadenza biennale.

Il beneficio atteso è quello di una riduzione della mortalità di circa il 10% nel primo anno con un obiettivo alla fine del triennio pari al 20%. Le metodologie e le procedure sono ormai note, collaudate e applicabili per cui l'attuazione dello screening mammografico deve seguire le linee guida pubblicate dalla Comunità Europea, in particolare per quanto riguarda i controlli di qualità e il monitoraggio di efficacia dei programmi. L'elevato numero di mammografie in Lombardia rende il programma verosimilmente fattibile.

Screening dei tumori intestinali

In Italia si ammalano ogni anno di tumore maligno del colon-retto dalle 20 alle 30 mila persone; circa la metà è destinata a morire a causa della malattia. La malattia colpisce uomini e donne con uguale frequenza anche se i tumori del retto mostrano una maggiore prevalenza nel sesso maschile. Esiste una correlazione, piuttosto bassa anche se statisticamente significativa, tra questo tipo di tumore e i fattori alimentari quali per esempio il consumo di grassi animali. E invece assodato che la grande maggioranza dei carcinomi colon rettali si sviluppa a partire da lesioni inizialmente benigne quali i polipi adenomatosi, anche se si ritiene che siano possibili sviluppi *ex novo*. Gli adenomi colon rettali sono frequenti nella popolazione generale e non è noto quanti e quali di questi adenomi siano destinati ad evolvere verso lesioni maligne e con che tempi questo si verifichi. Inoltre è confermata una sicura base genetica in almeno una parte di questi tumori. Un fattore di rischio, sia per gli adenomi che per i carcinomi, è l'invecchiamento.

In letteratura sono descritti numerosi metodi per effettuare lo screening del carcinoma del colon, dai meno invasivi quali la ricerca del sangue occulto nelle feci e il clisma opaco con doppio mezzo di contrasto ai più impegnativi quali la rettosigmoidoscopia e la colonscopia.

La determinazione del sangue occulto nelle feci si basa sulla tendenza al sanguinamento endoluminale delle neoplasie colonrettali che non è continuo e che risulta più frequente nei tumori invasivi rispetto alle lesioni paraneoplastiche. Tale esame è di semplice esecuzione e poco costoso, presenta una buona specificità ma una sensibilità che varia tra il 50 e il 70%, in particolare per quanto riguarda gli adenomi, con una conseguente parziale inefficacia nel prevenire l'insorgenza del carcinoma, interrompendo la sequenza adenoma-carcinoma. Inoltre è da rilevare una quota considerevole di pazienti che risultano falsi positivi. Dall'analisi di vari studi si desume che la *compliance* dimostrata dalla popolazione coinvolta varia dal 30 al 90%, con un netta diminuzione della stessa ad uno e due anni dall'inizio dell'iniziativa (20%). Visto che l'efficacia della determinazione in oggetto è direttamente proporzionale alla ripetizione della stessa, la diminuzione progressiva della *compliance* rappresenta un problema rilevante rispetto alla sua applicazione.

Un altro metodo utilizzato a livello internazionale è la rettosigmoidoscopia che presenta numerosi vantaggi quali:

1. permette la visualizzazione diretta della lesione
2. permette, in caso di lesione, di effettuare una biopsia
3. presenta un'elevata sensibilità e specificità
4. ha una breve durata, stimata, per l'operatore esperto, mediamente pari a 8 minuti
5. comporta un basso rischio di complicanze.

Tali caratteristiche distinguono sostanzialmente la rettosigmoidoscopia dalla colonscopia che, nonostante permetta un'indagine più completa, presenta una maggiore invasività e un più alto rischio di complicanze.

La rettosigmoidoscopia evidenzia, nel tratto indagato, tutti i polipi maggiori di 1 cm e l'85% di quelli più piccoli. Studi scientifici dimostrano che tale metodica permette la visualizzazione diretta del 50% dei tumori e tale percentuale aumenta di fatto se si considera l'alta percentuale di casi in cui i polipi sono multipli e l'elevata associazione tra poliposi e tumore.

La complessità della problematica e le diverse caratteristiche delle varie indagini di screening possibili comporta di fatto la necessità di proporre nuove iniziative che, applicate sulla popolazione non a rischio che manifesta i 3/4 dei carcinomi colon rettali, permettano di verificare i reali vantaggi in termini di vite salvate, tenendo conto l'accettabilità da parte degli utenti e i costi relativi.

Si ritiene comunque che, in prima istanza, lo screening possa essere effettuato, utilizzando l'indagine colonscopia, centrando l'attenzione su un gruppo di popolazione più limi-

tato, ad alto rischio, rappresentato dai famigliari di primo grado dei soggetti che hanno presentato la patologia tumorale. Infatti si stima che tale popolazione abbia un rischio di insorgenza del carcinoma colon-rettale aumentato di circa tre volte rispetto alla popolazione generale. Così facendo si dovrebbe raggiungere una grossa partecipazione alla campagna di prevenzione da parte dei soggetti coinvolti, in modo da testare il protocollo prescelto e l'assetto organizzativo relativo, ottenendo nel contempo una sensibilizzazione diffusa sulla tematica in oggetto.

In seconda istanza, si ritiene che per lo screening della popolazione generale si possa procedere utilizzando la determinazione del sangue occulto nelle feci con test di dimostrata validità clinica e la rettosigmoidoscopia con le seguenti modalità indicative:

- per la fascia di popolazione superiore ai 50 anni la determinazione del sangue occulto nelle feci a cadenza preferibilmente annuale;
- al di sopra dei 60 anni prevedere l'offerta della rettosigmoidoscopia.

Al fine di assicurare una buona *compliance* delle azioni previste si ritiene indispensabile che il medico di medicina generale contribuisca direttamente all'informazione dei pazienti e al loro reclutamento.

La Regione Lombardia, tramite la Direzione Generale Sanità, avvalendosi delle competenze necessarie, in collaborazione con le ASL, i Dipartimenti Oncologici e i medici di medicina generale (MMG) effettuerà un monitoraggio per valutare l'andamento delle iniziative di screening e dei risultati relativi.

Campagna di diagnosi precoce dei tumori della prostata

L'incidenza del carcinoma prostatico è in costante aumento nei Paesi della Comunità Europea e tale fatto può essere correlato a diversi fattori tra cui l'aumento dell'età media della popolazione maschile e il miglioramento delle tecniche diagnostiche. L'eziologia di questo tumore è multifattoriale, implicando fattori genetici, ambientali, l'età e lo stato ormonale dei soggetti a rischio. Il 32% degli uomini americani con una neoplasia è affetto da tumore prostatico, che risulta essere responsabile del 14% delle morti causate da neoplasie. Il 60% degli uomini con diagnosi di carcinoma prostatico hanno un tumore localizzato e pertanto possono essere trattati con la prostatectomia radicale.

La scoperta e la diffusione dell'Antigene Prostatico Specifico (PSA) come marker ha portato ad una netta variazione dello stadio della malattia al momento della diagnosi, nel senso che oggi molti tumori vengono diagnosticati grazie al PSA ad uno stadio clinico meno avanzato e quindi curabile con maggiori percentuali di successo. Infatti l'utilizzo della sola esplorazione rettale nello screening permette di evidenziare un tumore localizzato al solo organo in un terzo dei casi. Lo screening con PSA permette di scoprire un maggior numero di tumori rispetto alla sola esplorazione rettale, mentre la combinazione delle due modalità porta ad una più elevata predittività. Infatti studi clinici recenti hanno dimostrato come l'utilizzo combinato dell'esplorazione rettale e del dosaggio del PSA porta a scoprire nel 98% dei casi un carcinoma localizzato.

L'Associazione Americana di Urologia e l'Associazione Americana contro il Cancro consigliano di sottoporre tutti i soggetti di sesso maschile al di sopra dei 50 anni, almeno 1 volta all'anno, al dosaggio dei livelli ematici del PSA. A questo proposito è in corso una discussione a livello scientifico sull'opportunità di effettuare uno screening così diffuso, per i costi da sostenere e per il reale impatto dello stesso sull'aumento delle aspettative di vita. Sicuramente il rischio per il carcinoma prostatico aumenta dopo i 50 anni di vita anche se solo una minima percentuale si presenta tra i 50 e i 60 anni. Pertanto, in attesa degli esiti degli studi clinici in corso, si ritiene che il dosaggio del PSA sia un valido strumento per lo specialista nell'ambito della valutazione generale del paziente sintomatico, utilizzando anche la diagnostica ecografica che in questi ultimi anni ha permesso di migliorare la capacità diagnostica. Un programma di screening mirato, selezionando i pazienti maschi con un'età uguale o maggiore a 60 anni, che contempli la valutazione specialistica urologica e la determinazione della PSA nei casi sospetti possa ridurre del 50% la mortalità per tale tipo di tumore, obiettivo da perseguire alla fine del triennio.

L'attuazione dell'intervento di screening deve essere pro-

grammato, in maniera congiunta, dall'ASL, dai Dipartimenti Oncologici e dalle altre strutture pubbliche e private accreditate presenti sul territorio che provvedono anche alla relativa applicazione.

L'ASL, i Dipartimenti Oncologici e le altre strutture pubbliche e private accreditate presenti sul territorio possono prevedere altre azioni di screening, oltre quelle proposte nel presente documento, in base ad indagini epidemiologiche specifiche e a studi costo-opportunità che dimostrino i benefici ottenibili dalle stesse.

L'attività di screening tramite l'effettuazione del PAP Test per la diagnosi precoce del carcinoma della cervice uterina è una realtà molto diffusa e radicata e ha permesso di raggiungere notevoli risultati in termini di riduzione della mortalità per tale patologia; pertanto è necessario, anche in attuazione di quanto previsto dal Piano Sanitario Nazionale che tutte le donne in età fertile possano effettuare tale test.

Miglioramenti terapeutici e assistenziali

Il punto cardine per migliorare il livello terapeutico e assistenziale del paziente oncologico è la definizione del suo percorso attraverso l'istituzione di organismi che si attivino per seguire il paziente durante tutta la malattia. In tal senso solo l'integrazione di tutte le strutture presenti sul territorio, pubbliche e private, può permettere di avere a disposizione gli strumenti, organizzativi e tecnologici, per affrontare tale problema nella sua complessità. Sono obiettivi prioritari da perseguire la definizione di programmi terapeutici moderni e ad alta qualità, la loro applicazione e l'individuazione del percorso assistenziale.

Gli organismi previsti nel paragrafo successivo possono aiutare a definire un assetto efficiente dal punto di vista funzionale, con un coordinamento ben definito e strutturato. Inoltre un'azione inderogabile è quella diretta a stabilire un continuo rapporto con l'ASL, e i relativi Servizi di competenza e con i medici di medicina generale per individuare i ruoli rispettivi della struttura Ospedaliera e del medico di famiglia nelle varie fasi della malattia (diagnosi, trattamento, terapia post-chirurgica, riabilitazione, controlli periodici) secondo precisi programmi.

Infatti dal paziente oncologico è molto sentita la necessità della «continuità terapeutica assistenziale», ed è quindi importante assicurare allo stesso la presenza costante della struttura di riferimento alla quale poter rivolgersi in caso di necessità. Inoltre è importante tendere ad una «personalizzazione» del percorso diagnostico-terapeutico con una chiara definizione dello stesso e con la «presa in carico» del paziente da parte dell'équipe, prevedendo la possibilità di usufruire di assistenza psicologica. L'assetto organizzativo delle strutture deputate alla diagnosi e alla cura del paziente oncologico deve tenere conto di questa esigenza con l'obiettivo di trattare in maniera corretta sia la patologia, sia la persona malata.

STRUMENTI

Il Dipartimento Oncologico

Il Dipartimento Oncologico, che viene istituito con il presente piano, costituisce la modalità organizzativa che meglio consente di garantire un'efficace attività relativamente agli obiettivi di diagnosi, cura e riabilitazione dei tumori, impegnando appieno tutte le competenze professionali e le risorse tecnologiche disponibili sia a livello di singolo Presidio Ospedaliero pubblico o privato accreditato o di Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico, sia a livello di più Presidi Ospedalieri o Istituti scientifici tra loro collegati.

Il nucleo operativo del Dipartimento Oncologico è costituito, in prima istanza, dalle unità operative di Oncologia Medica, Radioterapia, Chirurgia Generale impegnata nel campo oncologico, con il supporto dei seguenti servizi: Ematologia, Anatomia Patologica, Diagnostica per immagini, Medicina nucleare, Laboratorio (con possibilità di dosaggio dei markers tumorali), Endoscopia (respiratoria, digestiva, urinaria, ginecologica), specialità d'organo (per es.: ORL, Urologia, Ginecologia, Neurochirurgia, ecc.), servizio di riabilitazione, Unità di terapia del Dolore e/o di Cure Palliative (se esistenti) delle strutture pubbliche e private accreditate che ne fanno parte.

Per ogni Dipartimento Oncologico è prevista una struttura di riferimento che ha il compito di coinvolgere nell'organizzazione dipartimentale i servizi e le divisioni che operano nell'ambito dell'assistenza dei malati oncologici, collaborando attivamente con le altre strutture pubbliche, gli Istituti di Ri-

covero e Cura a Carattere scientifico, le strutture private e private accreditate, di particolare livello e qualificazione, preferibilmente situate in zone limitrofe alle strutture di riferimento, al fine di assicurare un'attività diagnostico-terapeutico-riabilitativa del paziente neoplastico completa e integrata. La collaborazione con le strutture sopracitate si concretizza con la stipula di appositi accordi o convenzioni dove sia ben specificata l'attività svolta dalle stesse, in termini di quantità di prestazioni, di tempistica e di tariffe. In caso di mancato accordo o convenzione tra le strutture sanitarie interessate, la Regione, tramite la Direzione Generale Sanità, si attiverà per la valutazione delle problematiche insorte e per la loro risoluzione.

I Dipartimenti Oncologici strutturati secondo le modalità sopradette possono anche prevedere la possibilità di identificare in via sperimentale «Unità Chirurgiche dedicate» in senso oncologico stante la realtà della nostra Regione (con le sole eccezioni dell'Istituto Nazionale per la ricerca dei Tumori e l'Istituto Oncologico Europeo) che mette in evidenza come generalmente l'attività chirurgica di pertinenza oncologica venga espletata da Divisioni di Chirurgia Generale o specialistica.

Fondamentale è anche il coordinamento, in collaborazione con l'ASL, e i relativi Servizi di competenza, con le attività extra-ospedaliere al fine di integrare i servizi dipartimentali ospedalieri con quelli del territorio, con i Distretti, i medici e i pediatri di base, ai quali spetta il compito di rappresentare il punto di riferimento per l'assistito per un'adeguata immissione nel circuito ospedaliero e nella continuità assistenziale dopo la dimissione, collaborando alla definizione del piano di dimissione del paziente e la sua gestione domiciliare.

L'ASL di riferimento, in collaborazione con il Dipartimento Oncologico e con le altre strutture pubbliche e private accreditate presenti sul territorio, si attiva per garantire che vengano assicurate la raccolta dei dati epidemiologici e le iniziative di diagnosi precoce. Inoltre il Dipartimento Oncologico, per quanto di competenza, per le strutture facenti parte dello stesso, provvede alla stesura di protocolli diagnostici terapeutici per le diverse neoplasie curandone l'applicazione, all'attivazione dell'ospedalizzazione domiciliare, alla ricerca clinica e all'aggiornamento del personale medico e infermieristico.

L'organizzazione, funzionale del Dipartimento Oncologico dovrà prevedere la presenza di un Coordinatore nominato dal Direttore Generale dell'Azienda fra i responsabili (Dirigenti di II livello) di tutte le UU.OO. delle strutture che costituiscono il Dipartimento e verrà definita da un regolamento approvato da tutte le strutture facenti parte del Dipartimento stesso.

Sono compiti del Coordinatore del Dipartimento:

- Sviluppare le possibilità di collaborazione interdisciplinare fra le diverse componenti del Dipartimento Oncologico anche mediante la sperimentazione di particolari modelli organizzativi (per es.: ambulatori comuni, consulenze continuative nei diversi reparti, disponibilità di ambienti di consulenza multidisciplinare anche nei confronti di esterni con facile accesso alle procedure diagnostiche o terapeutiche, ecc.)

- Curare l'organizzazione, a cadenza periodica e ravvicinata, di incontri di aggiornamento, discussione clinica, valutazione delle iniziative in corso.

Per l'organizzazione del Dipartimento è da tenere come riferimento quanto delineato nella d.g.r. n. 6/34726 del 20 febbraio 1998, avente come oggetto: Approvazione delle linee guida per l'organizzazione delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere.

È anche da prevedere l'esistenza di un Comitato del Dipartimento composto dai responsabili delle Unità Operative coinvolte nelle attività dipartimentali. È un organismo consultivo, convocato su richiesta del Coordinatore di Dipartimento, con funzioni di supporto tecnico per la definizione dei programmi e dei piani di lavoro.

Il Dipartimento Oncologico dovrà disporre di idonei strumenti di comunicazione, informazione e archiviazione; particolare attenzione andrà riservata alla possibilità di sviluppo di collegamenti telematici e alla disponibilità di ambienti per riunioni organizzative ed informative tra gli operatori.

Il Dipartimento Oncologico collaborerà, per il perseguimento dei compiti e degli obiettivi che gli competono, con i competenti Dipartimenti dell'ASL di riferimento e i medici di medicina generale (MMG) e i pediatri di libera scelta (PLS) al fine di promuovere operativamente un'integrazione con il territorio.

Sono di seguito identificati i Dipartimenti Oncologici con le relative strutture di riferimento:

Provincia	Dipartimento Oncologico	Struttura di riferimento
Milano	I	Az. Osp. «Ospedale Niguarda Ca' Granda»
Milano	II	Az. Osp. «Fatebenefratelli»
Milano	III	Istituto Nazionale Neurologico Carlo Besta
Milano	IV	Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori
Milano	V	Az. Osp. «S. Paolo»
Milano	VI	Az. Osp. «S. Carlo Borromeo»
Milano	VII	IRCCS Osp. Maggiore
Milano	VIII	Az. Osp. «L. Sacco»
Milano	IX	Az. Osp. «S. Gerardo dei Tintori» di Monza
Milano	X	A.O. Vimercate, Desio, Sesto S. Giovanni, Carate
Milano	XI	A.O. Legnano, Rho, Carabgnate
Milano	XII	A.O. Melegnano, Melzo, Gorgonzola, Cernusco sul Naviglio
Varese	XIII	Az. Osp. «Fondazione Macchi»
Como	XIV	Az. Osp. «S. Anna»
Sondrio	XV	Ospedale Civile
Lecco	XVI	Az. Osp. «Ospedale di Circolo»
Bergamo	XVII	Az. Osp. «Ospedali Riuniti»
Brescia	XVIII	Az. Osp. «Spedali Civili»
Cremona	XIX	Az. Osp. «Istituti Ospitalieri»
Mantova	XX	Az. Osp. «Istituti Ospitalieri C. Poma»
Lodi	XXI	Ospedale Maggiore
Pavia	XXII	L'ASL provvederà ad istituire lo stesso, concordandone l'articolazione con l'IRCCS S. Matteo di Pavia

Le Unità operative di cure palliative situate in strutture pubbliche o private accreditate, che decidano di aderire al Dipartimento Oncologico, fanno parte integrante dello stesso. Infatti la necessità è quella di utilizzare l'esperienza di queste strutture accumulata in molti anni di attività con un'integrazione funzionale con i Dipartimenti Oncologici. Le U.O.C.P. devono collaborare con i MMG e PLS.

È opportuno che le U.O.C.P. vengano attivate presso strutture in grado di articolare una continuità terapeutica garantendo l'integrazione dei vari livelli di assistenza quali:

1. assistenza specialistica ambulatoriale
2. assistenza ospedaliera a ciclo diurno
3. assistenza ospedaliera in regime di degenza
4. assistenza domiciliare

Fondamentale è la collaborazione che le U.O.C.P. avvieranno con le ASL per favorire gli interventi di assistenza domiciliare nei programmi diretti ai pazienti oncologici ed in particolare il coordinamento tra le cure domiciliari erogate dalle stesse U.O.C.P. secondo la d.g.r. 30 novembre 1998, n. 39990 e l'assistenza domiciliare integrata erogata dalle ASL.

Potranno essere istituite anche piccole comunità per pazienti terminali presso strutture residenziali pubbliche e private accreditate.

Le strutture di ricovero e residenziali presso le quali sono in esercizio unità funzionali per malati terminali dovranno adeguare la loro attività secondo gli indirizzi assistenziali sopra espressi.

Si rimanda alla d.g.r. 30 novembre 1998 n. 39990 per gli aspetti logistici e organizzativi specifici.

Le strutture private accreditate possono anch'esse costituire al loro interno Dipartimenti Oncologici.

Unità operative di Oncologia Medica

L'esigenza di attivare Unità operative di Oncologia Medica sul territorio regionale discende dalle seguenti considerazioni:

a) La necessità di poter disporre, in strutture ospedaliere non di riferimento per la costituzione dei dipartimenti oncologici, della possibilità di erogare prestazioni di terapia medi-

ca, oncologica ormai ampiamente richieste dall'utenza (es. chemioterapia adiuvante) che non possono essere più a lungo accentrate nei Dipartimenti se non con grave disagio dei pazienti con difficoltà di accesso geografico e non senza un sovraccollamento con conseguenti liste di attesa delle strutture di Oncologia Medica Dipartimentali.

b) L'esigenza di identificare sul territorio regionale quelle attività di Oncologia Medica, non ancora formalmente riconosciute, ma che assolvono, per le ragioni sopra evidenziate, compiti clinico-assistenziali essenziali.

c) La forte raccomandazione contenuta nelle Linee Guida del Ministero della Sanità (G.U. n. 42 del 20 febbraio 1996) a dotare di attività di unità di Oncologia medica bacini di utenza pari a 250.000 abitanti. Ciò al fine di garantire l'integrazione della attività preventive ed assistenziali di interesse oncologico.

Le Unità Operative potranno essere dotate di posti letto specifici e svolgere la propria attività in regime di ricovero ordinario, di day hospital e di attività ambulatoriale.

I Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende Sanitarie Locali e i Rappresentanti Legali delle strutture private accreditate potranno attivare Unità operative di Oncologia medica nell'ambito della disponibilità dei posti letto attuali, convertendo l'utilizzo degli stessi. Per quanto riguarda le Aziende sanitarie pubbliche la proposta di istituzione di tali unità dovrà essere contenuta nel Piano Strategico Triennale e nei relativi aggiornamenti che i Direttori Generali elaborano e che sono approvati dalla Giunta Regionale. Sono confermate le procedure autorizzative e di accreditamento attualmente vigenti.

Le Unità Operative di Oncologia dovranno collaborare ed integrarsi con i Dipartimenti Oncologici per quanto riguarda il perseguimento degli obiettivi generali e specifici di questo Piano. Particolare attenzione deve essere posta per la stesura di protocolli terapeutico-assistenziali comuni al fine di uniformare le procedure.

Ruolo dell'ASL

Come è noto la Regione Lombardia, con la legge n. 31 dell'11 luglio 1997, ha privilegiato un modello gestionale che affida alle Aziende Sanitarie Locali il compito prevalente di programmare e finanziare le prestazioni sanitarie di diagnosi e cura e di controllarne quantità e qualità e alle Aziende Ospedaliere quello di erogare le suddette prestazioni. La norma suddetta ha inoltre definito l'assetto organizzativo dell'ASL che si sviluppa sostanzialmente nei dipartimenti relativi all'area della prevenzione, dei servizi sanitari di base e dell'integrazione socio-sanitaria. Come si è potuto notare nei capitoli precedenti l'ASL, con tutte le sue componenti, svolge un ruolo importante per la definizione e la messa in atto di quanto previsto in questo Piano. Infatti essa interviene, nell'ambito delle competenze previste dalla l.r. 31/97, nelle varie fasi collaborando attivamente con il Dipartimento Oncologico, che ingloba in sé tutte le competenze specialistiche in materia. In particolare l'ASL, dovrà permettere l'integrazione funzionale tra il territorio e l'ambito ospedaliero, facilitando l'iter diagnostico, terapeutico e assistenziale del paziente, al quale dovrà essere assicurata una presenza costante degli organismi competenti. Nelle iniziative di prevenzione primaria i Dipartimenti Oncologici e le altre strutture pubbliche e private accreditate presenti sul territorio svolgono una funzione di supporto all'ASL, che, in accordo e in collaborazione con gli stessi, è direttamente interessata a tale argomento. Tale collaborazione deve comunque essere assicurata anche nella programmazione e nello svolgimento degli screening che operativamente saranno svolti dai Dipartimenti Oncologici e dalle altre strutture pubbliche e private accreditate.

Ruolo della Medicina Generale

Il Medico di Medicina Generale, e più limitatamente, per numerosità di casi, il Pediatra di Libera Scelta, nell'ambito della specifica attività prevista dagli accordi collettivi nazionali e regionali, deve interagire a vari livelli con le strutture che svolgono attività in campo oncologico.

In particolare si ritiene che il medico di medicina generale possa svolgere un ruolo determinante per la sensibilizzazione dei pazienti nei confronti delle iniziative di prevenzione individuate da questo Piano, rappresentando un punto di riferimento al quale chiedere informazioni, chiarimenti e consigli, in virtù del rapporto fiduciario presente. In tale ambito il Dipartimento Oncologico e i Dipartimenti competenti dell'ASL,

dovranno collaborare fattivamente con il medico di medicina generale, al quale compete di:

- informare i pazienti sulle modalità di attuazione dello screening e sulle finalità dello stesso;
- monitorare lo stato di salute del paziente durante tutte le fasi del programma di screening, interagendo funzionalmente con il Dipartimento Oncologico di riferimento e con i Dipartimenti competenti dell'ASL;
- ricevere con cadenza annuale dalle ASL un report sugli screening effettuati sui suoi pazienti.

Inoltre il medico di medicina generale collabora con i professionisti del Dipartimento Oncologico per la definizione delle liste dei pazienti da sottoporre a screening, in base alla loro situazione clinica generale.

Il Medico di Medicina Generale è coinvolto dal Dipartimento Oncologico per assicurare l'iter diagnostico, terapeutico e assistenziale del paziente quale referente che si deve integrare con i professionisti che operano sull'argomento.

Nell'ambito dell'Assistenza Domiciliare Integrata, fondamentale per l'assistenza del malato oncologico, il Medico di Medicina Generale svolge un ruolo importante per permettere l'integrazione funzionale tra il territorio e l'ambito specialistico.

Commissione Oncologica Regionale

In coerenza con quanto stabilito nel presente piano viene istituita, presso la Direzione Generale Sanità, la Commissione Oncologica Regionale, della quale fanno parte tecnici esperti del settore e rappresentanti delle strutture pubbliche e private accreditate, includendo almeno un rappresentante per ogni dipartimento oncologico. La Commissione fornisce il supporto tecnico per la valorizzazione del ruolo dei Dipartimenti Oncologici e per la diffusione di protocolli diagnostico terapeutici omogenei, monitorando l'attuazione di quanto previsto nel presente Piano e valutando l'assetto organizzativo proposto dalle varie strutture dipartimentali ai fini di garantire la «continuità terapeutica assistenziale».

RISORSE

Le risorse da investire per l'attuazione del Piano possono essere stimate in riferimento agli interventi proposti e alla popolazione interessata dagli stessi. Per quanto riguarda gli interventi relativi alla prevenzione è da incrementare la quota di finanziamento stabilita per il Registro Regionale dei Tumori, da stabilirsi in dettaglio con il documento per il finanziamento delle Aziende Sanitarie per il 1999.

Per gli altri interventi di educazione sanitaria si rimanda a provvedimenti specifici in tal senso, già allo stato di elaborazione da parte della Direzione Generale Sanità.

Per gli interventi di diagnosi precoce è da definire, in prima istanza, un'ipotesi della spesa presunta per ogni ASL, per i tre progetti specifici indicati dal Piano.

Per lo screening mammografico da attuarsi a tutte le donne nella fascia di età 50-70 anni è da ipotizzare un onere economico annuale come di seguito specificato:

ASL	N. pop.	Lire
BERGAMO	110.930	9.429.050.000
BRESCIA	131.513	11.178.605.000
COMO	66.059	5.615.015.000
CREMONA	44.306	3.766.010.000
LECCO	37.504	3.187.840.000
LODI	25.465	2.164.525.000
MANTOVA	48.863	4.153.355.000
MILANO CITTÀ	207.294	17.619.990.000
MILANO 1	109.123	9.275.455.000
MILANO 2	60.887	5.175.395.000
MILANO 3	129.360	10.995.600.000
PAVIA	69.325	5.892.625.000
SONDRIO	20.531	1.745.135.000
VARESE	103.686	8.813.310.000
TOTALI		99.011.910.000

Per lo screening relativo alla diagnosi precoce dei tumori del colon è opportuno prevedere le varie iniziative ipotizzate nel presente piano: per quanto riguarda lo screening dei pa-

renti di 1° grado dei pazienti che hanno presentato il carcinoma, attuato con l'esecuzione di una colonscopia, si può stimare, per anno, quanto segue:

ASL	N. pop.	Lire
BERGAMO	873	111.744.000
BRESCIA	991	126.848.000
COMO	495	63.360.000
CREMONA	307	39.296.000
LECCO	281	35.968.000
LODI	183	23.424.000
MANTOVA	341	43.648.000
MILANO CITTÀ	1.233	157.824.000
MILANO 1	824	105.472.000
MILANO 2	465	59.520.000
MILANO 3	923	118.144.000
PAVIA	456	58.368.000
SONDRIO	165	21.120.000
VARESE	751	96.128.000
TOTALI		1.060.864.000

Per quanto riguarda lo screening della popolazione generale si devono prevedere le tre ipotesi previste dal presente piano, stimando a priori un tasso di «compliance» dei pazienti: per la prima, relativa all'esecuzione del sangue occulto nelle feci per la fascia di età compresa tra 50 e 60 anni, si può stimare un onere annuale come di seguito specificato:

ASL	N. pop.	Lire
BERGAMO	47.112	376.899.200
BRESCIA	55.580	444.643.200
COMO	27.422	219.379.200
CREMONA	17.522	140.179.200
LECCO	15.771	126.166.400
LODI	10.423	83.382.400
MANTOVA	19.130	153.043.200
MILANO CITTÀ	79.319	634.550.400
MILANO 1	48.334	386.672.000
MILANO 2	28.495	227.961.600
MILANO 3	55.658	445.264.000
PAVIA	26.079	208.630.400
SONDRIO	8.524	68.195.200
VARESE	43.533	348.262.400
TOTALI		L. 3.863.228.800

Per la seconda ipotesi, relativa all'esecuzione del sangue occulto delle feci nella popolazione superiore ai 60 anni, si può stimare un carico annuale così definito:

ASL	N. pop.	Lire
BERGAMO	46.460	371.678.400
BRESCIA	56.291	450.326.400
COMO	28.489	227.911.200
CREMONA	20.771	166.164.000
LECCO	16.115	128.916.000
LODI	11.230	89.836.800
MANTOVA	23.720	189.758.400
MILANO CITTÀ	89.896	719.167.200
MILANO 1	43.097	344.772.000
MILANO 2	22.186	177.487.200
MILANO 3	51.040	408.319.200
PAVIA	33.203	265.624.800
SONDRIO	9.289	74.313.600
VARESE	43.816	350.527.200
TOTALI		3.964.802.400

Per la terza ipotesi, relativa all'esecuzione della rettosis-

gmo-scopia nella popolazione superiore ai 60 anni, si può stimare un carico annuale così definito:

ASL	N. pop.	Lire
BERGAMO	30.973	2.384.936.400
BRESCIA	37.527	2.889.594.400
COMO	18.993	1.462.430.200
CREMONA	13.847	1.066.219.000
LECCO	10.743	827.211.000
LODI	7.486	576.452.800
MANTOVA	15.813	1.217.616.400
MILANO CITTÀ	59.931	4.614.656.200
MILANO 1	28.731	2.212.287.000
MILANO 2	14.791	1.138.876.200
MILANO 3	34.027	2.620.048.200
PAVIA	22.135	1.704.425.800
SONDRIO	6.193	476.845.600
VARESE	29.211	2.249.216.200
TOTALI		25.440.815.400

La seconda e la terza ipotesi sono state effettuate prevedendo in maniera esclusiva l'esecuzione della determinazione del sangue occulto nelle feci o la rettosisgmo-scopia. Le iniziative di screening per la prevenzione del carcinoma del colon potranno anche prevedere l'esecuzione di entrambe le indagini, in base ai protocolli prescelti, selezionando un campione che viene sottoposto al sangue occulto ed un altro che esegue la rettosisgmo-scopia: in tal caso i costi variano in base all'impostazione specifica del protocollo e saranno stimati dalle ASL.

Per lo screening del tumore alla prostata, prevedendo per la popolazione maschile sintomatica, uguale o maggiore di 60 anni, l'esecuzione di una visita specialistica e il dosaggio dell'antigene prostatico specifico, si può ipotizzare quanto segue:

ASL	N. pop.	Lire
BERGAMO	43.428	2.301.673.400
BRESCIA	51.914	2.751.452.600
COMO	26.894	1.425.368.750
CREMONA	19.276	1.021.614.750
LECCO	14.974	793.624.650
LODI	10.605	562.086.200
MANTOVA	22.408	1.187.629.300
MILANO CITTÀ	81.331	4.310.556.250
MILANO 1	41.729	2.211.655.550
MILANO 2	22.046	1.168.440.650
MILANO 3	48.911	2.592.293.600
PAVIA	30.839	1.634.480.250
SONDRIO	8.755	464.007.050
VARESE	41.206	2.183.923.300
TOTALI	464.317	24.608.806.300

Pertanto nel triennio 1999-2001 si potrebbe stimare la spesa seguente:

ASL	TOTALE 1999-2001
BERGAMO	L. 21.495.005.400
BRESCIA	L. 25.489.206.600
COMO	L. 12.845.478.750
CREMONA	L. 8.671.522.750
LECCO	L. 7.277.208.650
LODI	L. 4.961.408.200
MANTOVA	L. 9.625.283.300
MILANO CITTÀ	L. 40.024.008.250
MILANO 1	L. 21.078.981.550
MILANO 2	L. 11.697.790.650
MILANO 3	L. 24.937.925.600

ASL	TOTALE 1999-2001
PAVIA	L. 13.594.834.250
SONDRIO	L. 4.017.637.050
VARESE	L. 20.098.927.300
TOTALI	L. 225.815.218.300

La stima del triennio è stata formulata tenendo in considerazione le azioni di screening selezionate con le cadenze di seguito evidenziate, avendo come riferimento le tariffe attualmente vigenti:

- *Screening tumore mammella*: popolazione femminile con età compresa tra 50 e 70 anni a cadenza biennale, con esecuzione di un'indagine mammografica

- *Screening tumori colon-retto*: l'esecuzione di una colonoscopia ai parenti di 1° grado dei pazienti che hanno presentato il carcinoma

- *Screening tumore prostata*: popolazione maschile sintomatica con età uguale o maggiore di 60 anni con esecuzione di valutazione specialistica urologica e determinazione PSA.

Le ASL, in collaborazione con i Dipartimenti Oncologici e con le altre strutture presenti sul territorio, potranno valutare le modalità e la tempistica per effettuare le iniziative di screening proposte, graduando gli interventi in riferimento alla disponibilità di risorse.

Tenuto conto dei compiti assegnati da questo piano al medico di medicina generale per quanto riguarda le azioni di screening proposte e il suo coinvolgimento, per le aree di competenza, nell'attività del Dipartimento Oncologico, le ASL dovranno prevedere incentivazioni mirate nella contrattazione decentrata.

Come previsto dall'art. 5 del d.m. 1° febbraio 1991, ribadito dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, le prestazioni specialistiche effettuate nell'ambito di interventi e campagne di prevenzione collettiva sono da considerarsi esenti dal pagamento delle quote di partecipazione alla spesa sanitaria e pertanto l'onere per l'effettuazione delle azioni di screening previste dal presente Piano è a carico dell'Azienda Sanitaria Locale, nell'ambito della quota capitaria stabilita.

REGISTRO TUMORI 1988-1992

FEMMINE

	INCIDENZA					MORTALITÀ	
	tasso grezzo	tasso standard	tasso tronc. 35-64	rischio cum. 0-64	rischio cum. 0-74	tasso grezzo	tasso stand.
STOMACO	30,9	25,3	14,7	0,5	1,3	24,5	19,8
COLON	40,1	34	30,1	1	2	16,1	13
RETTO	17,6	14,9	12,7	0,4	0,9	6,5	5,4
PELLE	55,5	46,3	37,9	1,3	2,6	0,8	0,7
MAMMELLA	121,5	109,4	166,9	5,1	8	44,1	38,1
TOTALE	475	411,6	449,3	14	23,8	224,5	188,2

MASCHI

	INCIDENZA					MORTALITÀ	
	tasso grezzo	tasso standard	tasso tronc. 35-64	rischio cum. 0-64	rischio cum. 0-74	tasso grezzo	tasso stand.
STOMACO	41,1	38,7	29,8	1	3	32	29,8
COLON	42	38,9	35,9	1,2	3	16,5	15,2
RETTO	24,3	23,1	23,3	0,8	2	10	9,3
POLMONE	115,2	108,4	120,5	4,2	9,6	102,7	96,4
PELLE	67,8	64,2	58,3	2	5,3	3,2	0,5
PROSTATA	46,3	43,7	16,9	0,6	3,1	20,7	19,1
VESCICA	52,6	49,9	44,1	1,6	4,3	15,7	14,6
TOTALE	591,4	557,1	541,4	18	37,9	332,1	310,2

