

# Formazione continua nello screening cervicale



Livia Giordano

29 novembre 2017

## **Obiettivo dello screening:**

**diminuire la mortalità e/o  
l'incidenza di una neoplasia  
identificandola con un test in fase  
asintomatica e attivando percorsi  
diagnostico-terapeutici capaci di  
modificarne la storia naturale.**

Un programma di screening è un intervento organizzato di sanità pubblica e per questo deve avere alcuni requisiti essenziali:



- controllo della qualità
- interdisciplinarietà
- garanzia di equità
- bilancio tra effetti positivi e negativi
- stima dei costi
- informazione della popolazione bersaglio
- valutazione epidemiologica della prestazione sanitaria, della partecipazione e dell'impatto su incidenza e mortalità.

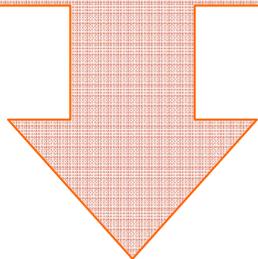
# La bilancia tra vantaggi e svantaggi dello screening ha un equilibrio delicato

Riduzione  
della mortalità  
(e talvolta incidenza)

Aumento della  
Sopravvivenza

Percorso Guidato

Qualità Controllata

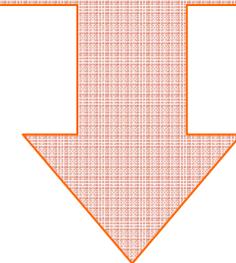


Ansia

Sovradiagnosi

Sovratrattamento

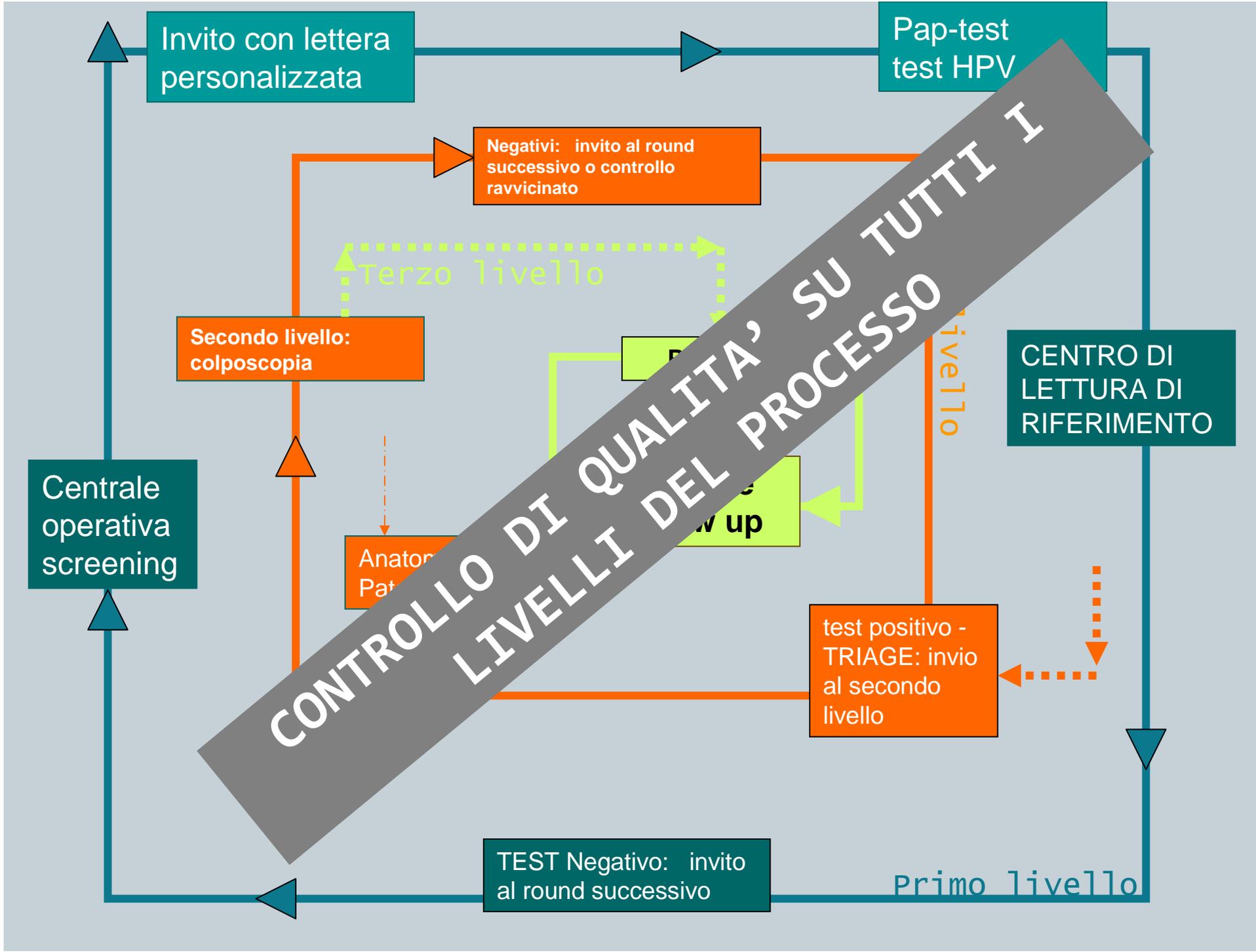
Cancri Intervallo



# Programmi organizzati di screening



- Invito attivo
- Protocollo di gestione delle positive
- “fail safe system” per approfondimento diagnostico e trattamento
- Monitoraggio e controllo di qualità di tutte le fasi





## Screening organizzato e opportunistico: Monitoraggio

### **Opportunistico:**

**Scarso o assente  
monitoraggio:  
VPP non ha senso in  
popolazione con prevalenza  
variabile;  
Difficile recuperare cancri  
intervallo;  
Possibile solo monitorare  
alcuni indicatori di processo**

### **Organizzato:**

**Monitoraggio del VPP, delle  
procedure invasive e dei  
cancri intervallo**

# Quality Control (WHO, 1982)



“L’insieme delle attività’ (programmazione, coordinamento, esecuzione) intese a mantenere o migliorare la qualità’ [...]. Applicata ad una procedura diagnostica, si intende il monitoraggio, la valutazione e il mantenimento a livelli ottimali di tutte le caratteristiche di performance che possono essere definite, misurate e controllate.

## Quality Assurance (WHO, 1982)



“tutte quelle iniziative pianificate e sistematiche miranti a garantire che una struttura, un sistema, o un loro componente offriranno una prestazione adeguata (ISO 6215-1980).

# Perché Valutare ?



- Per verificare se (e quanto) il risultato è stato raggiunto, rispetto all'atteso (indicatori di risultato)
- Per individuare punti critici nel processo organizzativo e diagnostico-terapeutico (e porvi rimedio).

# Perché Valutare ?

- Rendere maggiormente responsabili le strutture sanitarie e gli operatori
- Fornire indicazioni per scelte di costo/efficacia quando le risorse sono limitate
- Costituire fonti di informative per migliorare i programmi e le politiche sanitarie
- Generare quesiti scientifici che possono essere valutati in altri contesti
- Rispondere a necessità di finanziatori e decisori politici

## Due momenti:



- **Misurazione:** raccolta di informazioni, monitoraggio per l'analisi della
  - della *struttura*
  - del *processo* di assistenza
  - dei risultati in termini di salute: *esito*
- **Confronto**, tra *assistenza osservata* e quella considerata, nello specifico contesto storico, sociale ed economico, *ottimale*

# Criteria, Indicators and Standards

Dept of Health, Education and Welfare, Office of Professional Standards Review: PSRO Program Manual, 1974

- **Criteria:** *“I criteri dell’Assistenza Sanitaria sono elementi predeterminati con i quali gli aspetti della qualità dei servizi sanitari possono essere confrontati. Sono sviluppati da professionisti con riferimento ad esperienza e letteratura professionali.”*
- **Indicatori:** *“Gli indicatori sono misure numeriche o statistiche di performance usualmente osservate.”*
- **Standard:** *“Gli standard sono l’espressione, professionalmente sviluppata, del range di variabilità accettabile di un criterio o di un indicatore”.*

# Tipologia di indicatori



✓ Indicatori di tipo strutturale, logistico organizzativo

Possono essere suddivisi in

- *diretti* (adesione, copertura)

✓ Indicatori del diagnostico performance).

permettono un'analisi più dettagliata delle caratteristiche strumentali e di procedura nonché della qualità delle singole tappe del processo diagnostico/strumentale

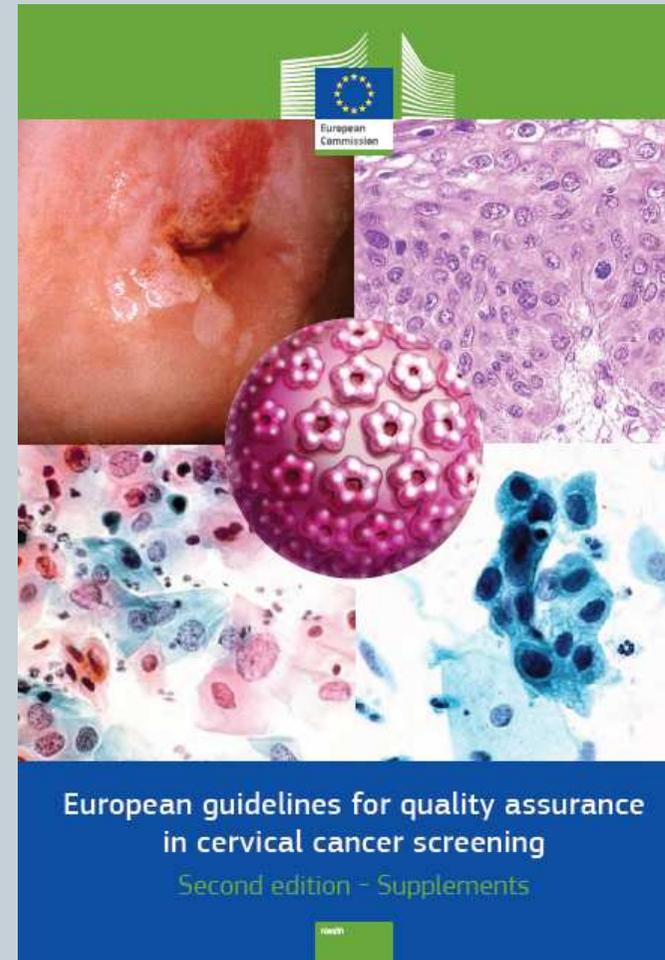
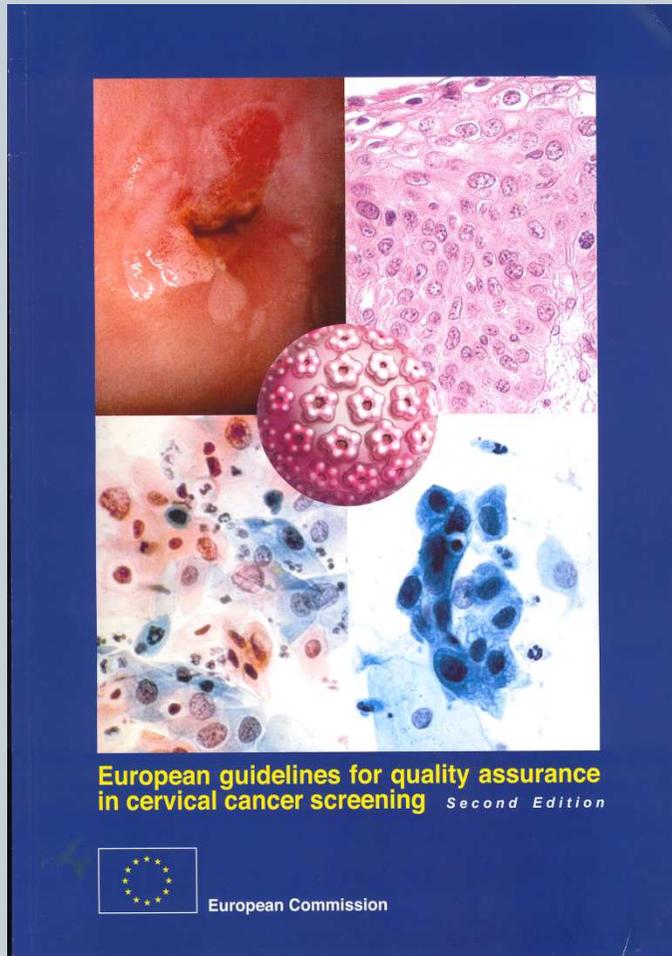
- *specificità* (tasso di richiami, VPP)

✓ Indicatori precoci

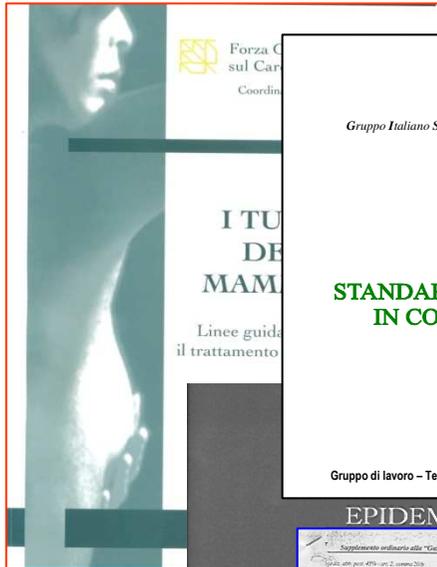
- *sensibilità* del programma (DR, DR dei sottotipi )

✓ Indicatori tardivi

# Le linee guida Internazionali...



# e nazionali...



Forza C  
sul Car  
Coordina  
  
I TU  
DE  
MAM  
  
Linee guida  
il trattamento

**GISCI**  
Gruppo Italiano Screening del Cervicocarcinoma

**STANDARD DI QUALITÀ  
IN COLPOSCOPIA**

Gruppo di lavoro – Terapia e Approfondimenti Diagnostici

Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale" n. 100 del 2 maggio 2001 - Serie generale

**GAZZETTA UFFICIALE**  
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Parte Prima Roma - Martedì, 2 maggio 2001

**CONFERENZA PERMANENTE  
PER I RAPPORTI TRA LO STATO  
LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME  
DI TRENTO E BOLZANO**

PROVVEDIMENTO 8 marzo 2001.

Accordo tra il Ministro della sanità e le regioni e province autonome di Trento e Bolzano sulle linee-guida concernenti la prevenzione, la diagnostica e l'assistenza in oncologia.

Supplemento a Epil Prev. 1999, 21 (S2)

Epidemiol Prev 2004; 28 (1) suppl. 1-16 supplemento

**epo**  
**Quaderni**

Raccomandazioni  
per il controllo  
in citologia  
cervico-vaginale

**GISCI**  
Gruppo Italiano Screening del Cervicocarcinoma

CONSIGLIO NAZIONALE RICERCHE

progetti finalizzati  
applicazione pratica della ricerca oncologica

**Consenso sugli Screening in oncologia:  
Indirizzo per la ricerca e raccomandazioni  
al Servizio Sanitario Nazionale**

1976 - 2006  
30 anni

**EPIDEMIOLOGIA  
& PREVENZIONE**

Nota dell'Associazione Italiana di Epidemiologia ANNO 30 (1) MARZO-APRILE 2006 SUPPLEMENTO 1

**OSSESSORIO NAZIONALE SCREENING**

**Indicatori e standard  
per la valutazione di processo  
dei programmi di screening  
del cancro della mammella**

Manuale operativo  
*Process indicators and standards  
for the evaluation of breast cancer  
screening programmes*

Operative report

A cura di: Livia Giordano, Daniela Giorgi, Alfonso Frigerio, Patrizia Brevetti, Eugenio Paci, Marco Pirelli, Antonio Parodi, Priscilla Sassioli de' Bianchi e il gruppo di lavoro sugli indicatori del GISMe

Prefazione Marco Zeppi ..... 5  
Riassunto ..... 6  
Introduzione ..... 7  
La struttura della scheda ..... 9  
Schema riassuntivo degli indicatori ..... 11  
Schede degli indicatori ..... 15  
Alcune definizioni operative ..... 31  
Copertura ..... 33  
Bibliografia ..... 35  
Allegato 1 - Popolazioni standard ..... 36  
Allegato 2 - European Screening Evaluation Database (SEED) ..... 37  
Allegato 3 - Classificazione TNM del cancro mammario (ICD-O C50) ..... 39  
Allegato 4 - Glossario dei termini ..... 43

**gis ma**  
GRUPPO ITALIANO SCREENING MAMMOGRAFICO

**Interviste**

**EPIDEMIOLOGIA  
& PREVENZIONE**

epidemiologia ANNO 31 (8) NOVEMBRE-DICEMBRE 2007 SUPPLEMENTO 1

**Indicatori di qualità  
per la valutazione  
dei programmi di screening  
dei tumori colorettali**

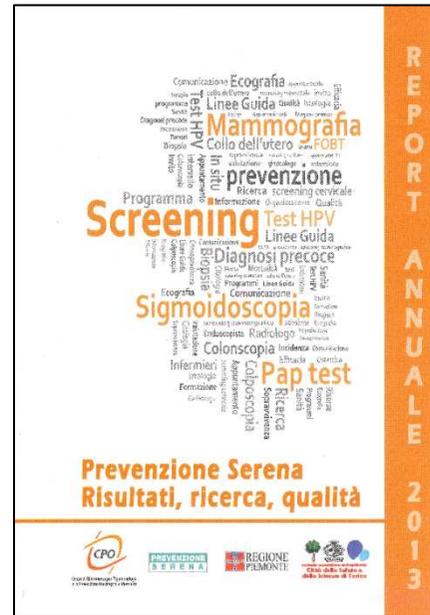
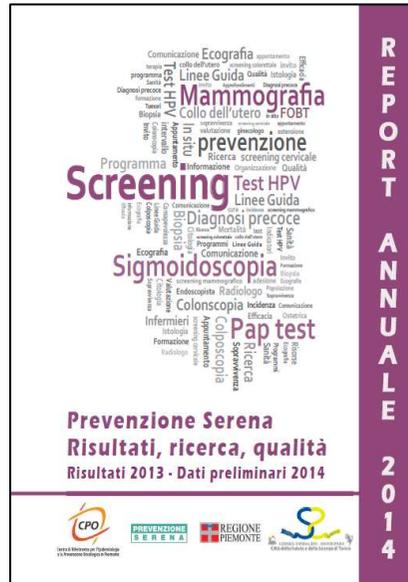
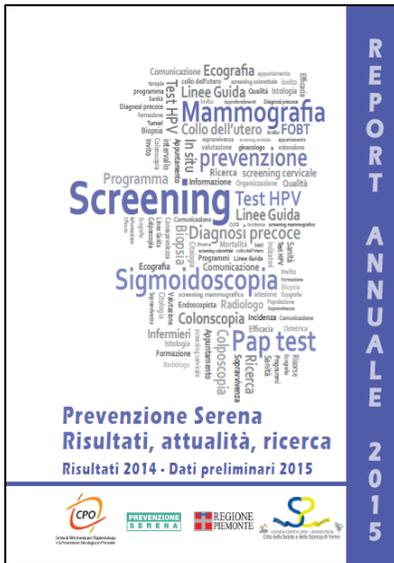
Manuale operativo  
*Quality indicators for the evaluation  
of colorectal cancer screening programmes*

Operative report

A cura di: Manuel Zorzi, Priscilla Sassioli de' Bianchi, Diana Giorgini, Carlo Senore e il gruppo di lavoro sugli indicatori del GISCoIT

Prefazione Marco Zeppi ..... 5  
Riassunto ..... 6  
Introduzione ..... 7  
La struttura della scheda ..... 11  
Schema riassuntivo degli indicatori ..... 13  
Schede degli indicatori ..... 20  
Alcune definizioni operative ..... 40  
Copertura ..... 42  
Il follow up degli adenomi ..... 48  
Il Data warehouse nazionale degli screening ..... 48  
Bibliografia ..... 47  
Allegato 1 - La classificazione TNM del cancro del colon retto ..... 48  
Allegato 2 - Glossario dei termini ..... 51

# ...i report locali



# Come migliorare la qualità...?



quali  
interventi  
correttivi  
mettere in  
campo ?

# Come migliorare la qualità?



- **Formazione**
- Interventi per migliorare la riproducibilità
- Audit e discussione collegiale dei casi
- Accordi interaziendali/delibere regionali
- Implementazione del sistema informativo nella sua componente valutativa
- Benchmarking

# Attività formativa in Piemonte



## DGR 85 – 22999 del 3 novembre 1997

Approvazione del programma formativo di screening dei tumori del collo dell'utero e della mammella della Regione Piemonte.

Prelevatore – Citoscreener – Supervisore di citologia - Patologo – Ginecologo

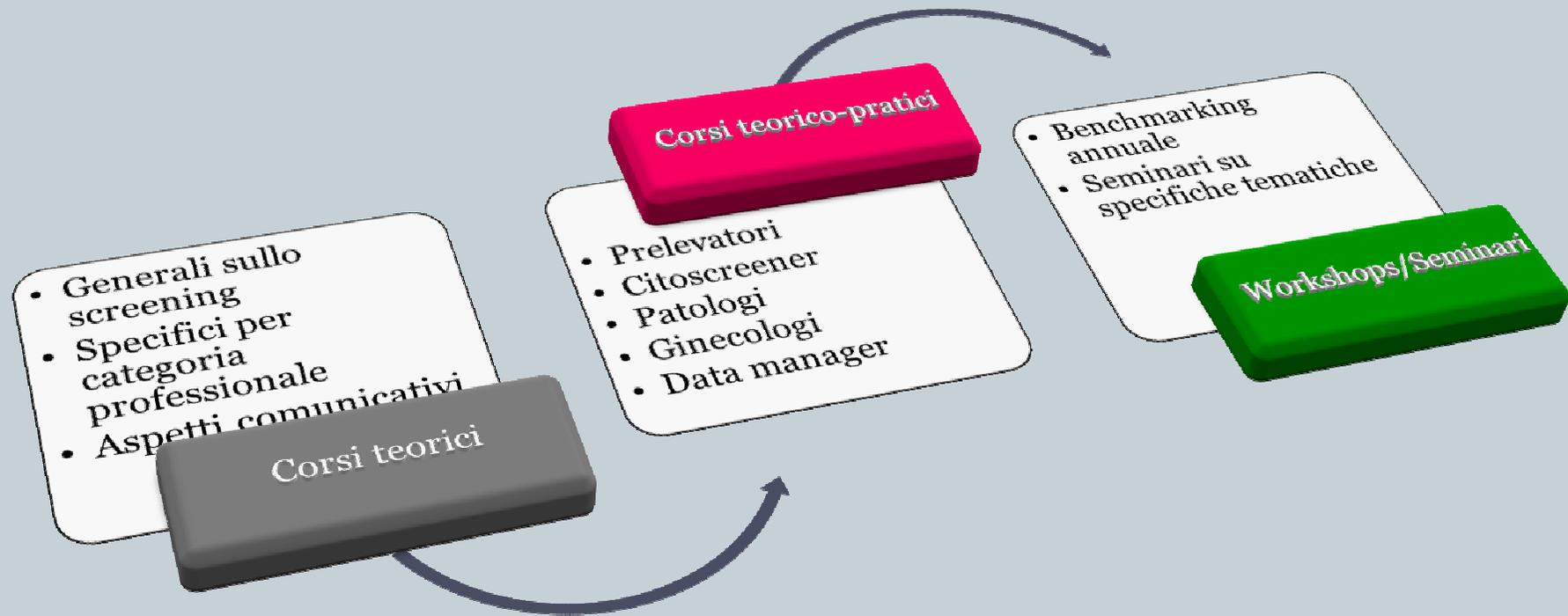
### **Chi deve essere:**

Cosa deve saper fare (prima del corso)

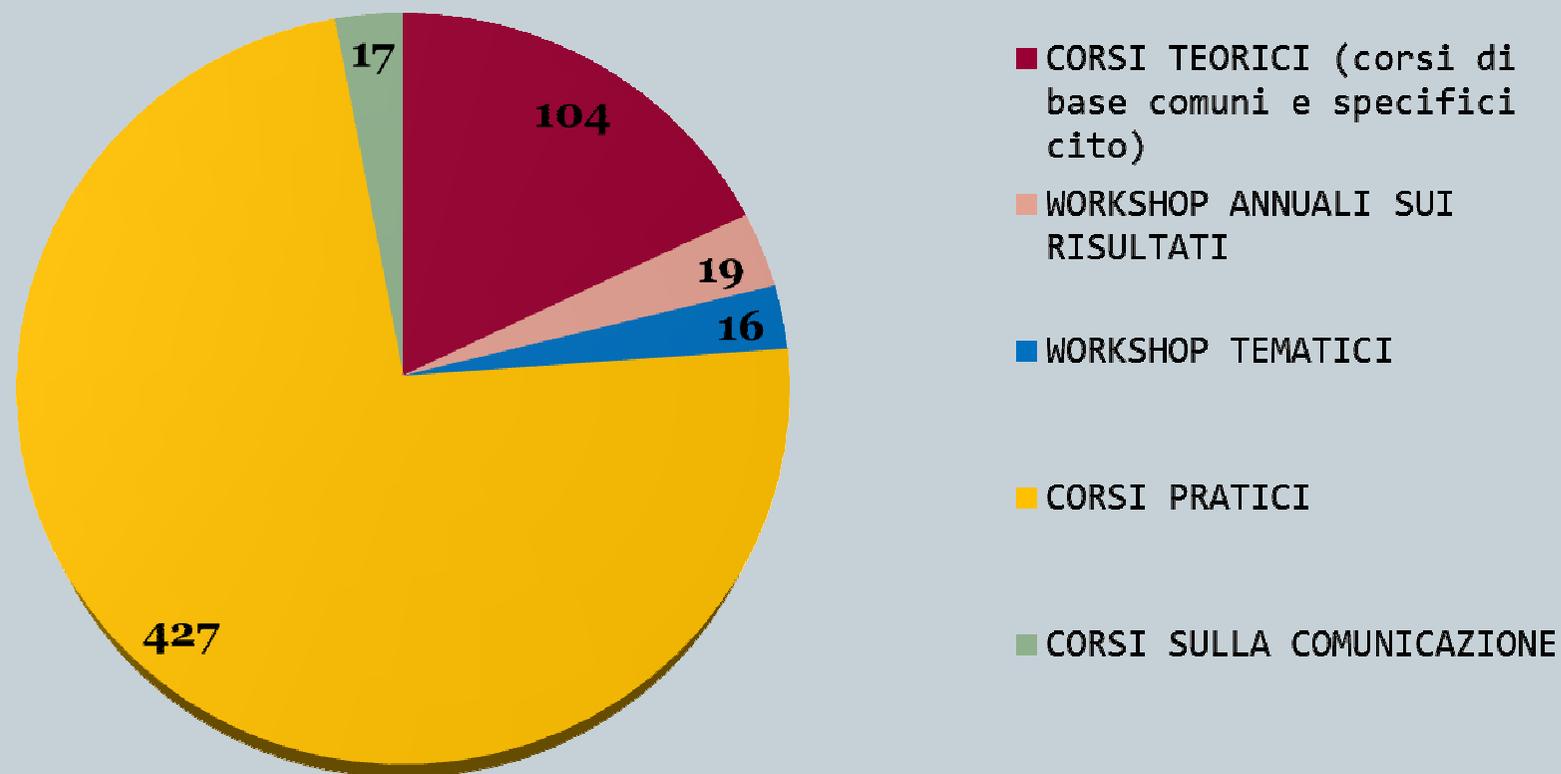
Cosa deve saper fare (dopo il corso)

**Formazione teorica – pratica – aggiornamento periodico**

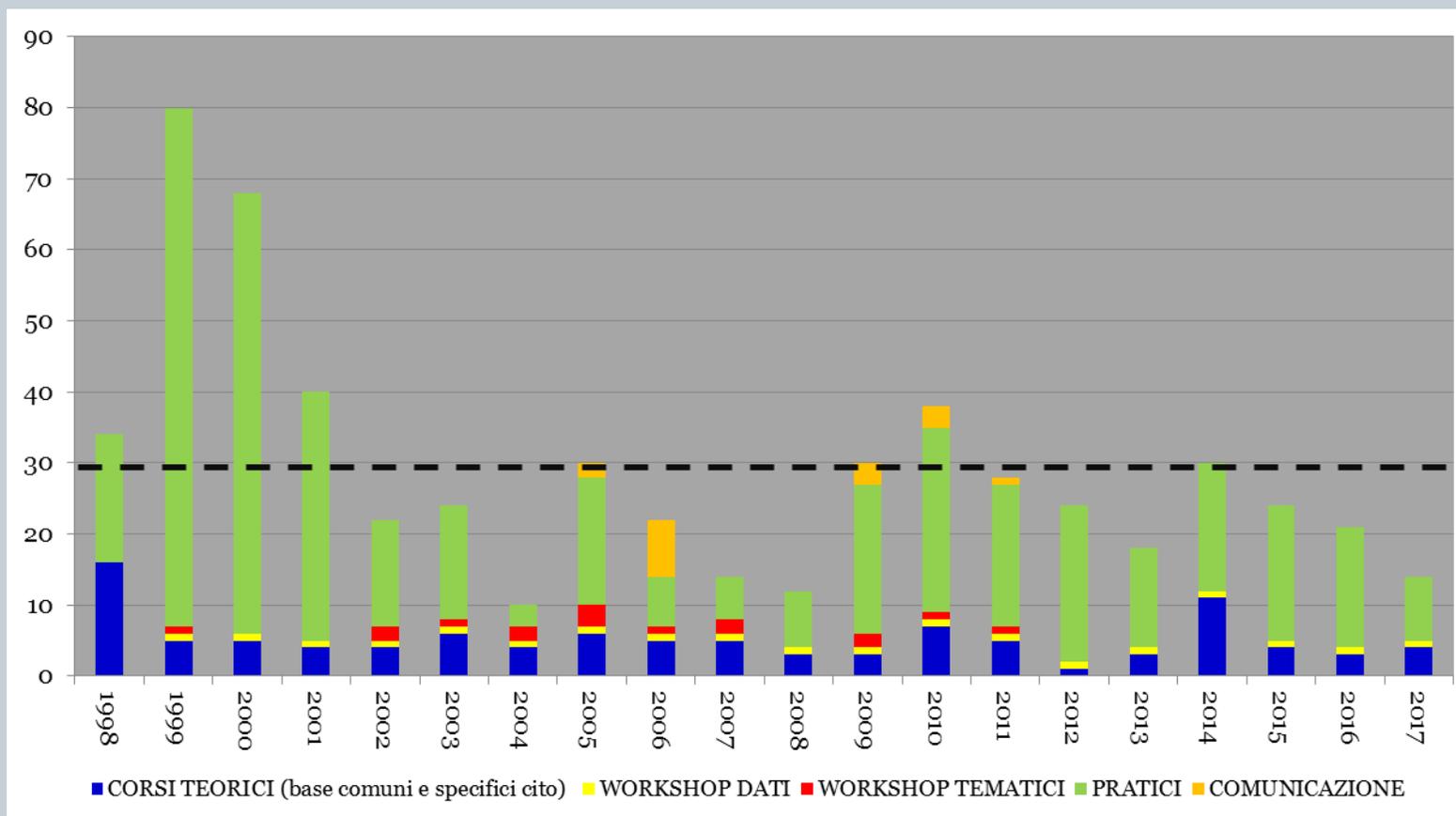
# Tipologia di offerta formativa



# IN 20 ANNI UN TOTALE DI 583 EVENTI



# Attività formativa in Piemonte (583 eventi)

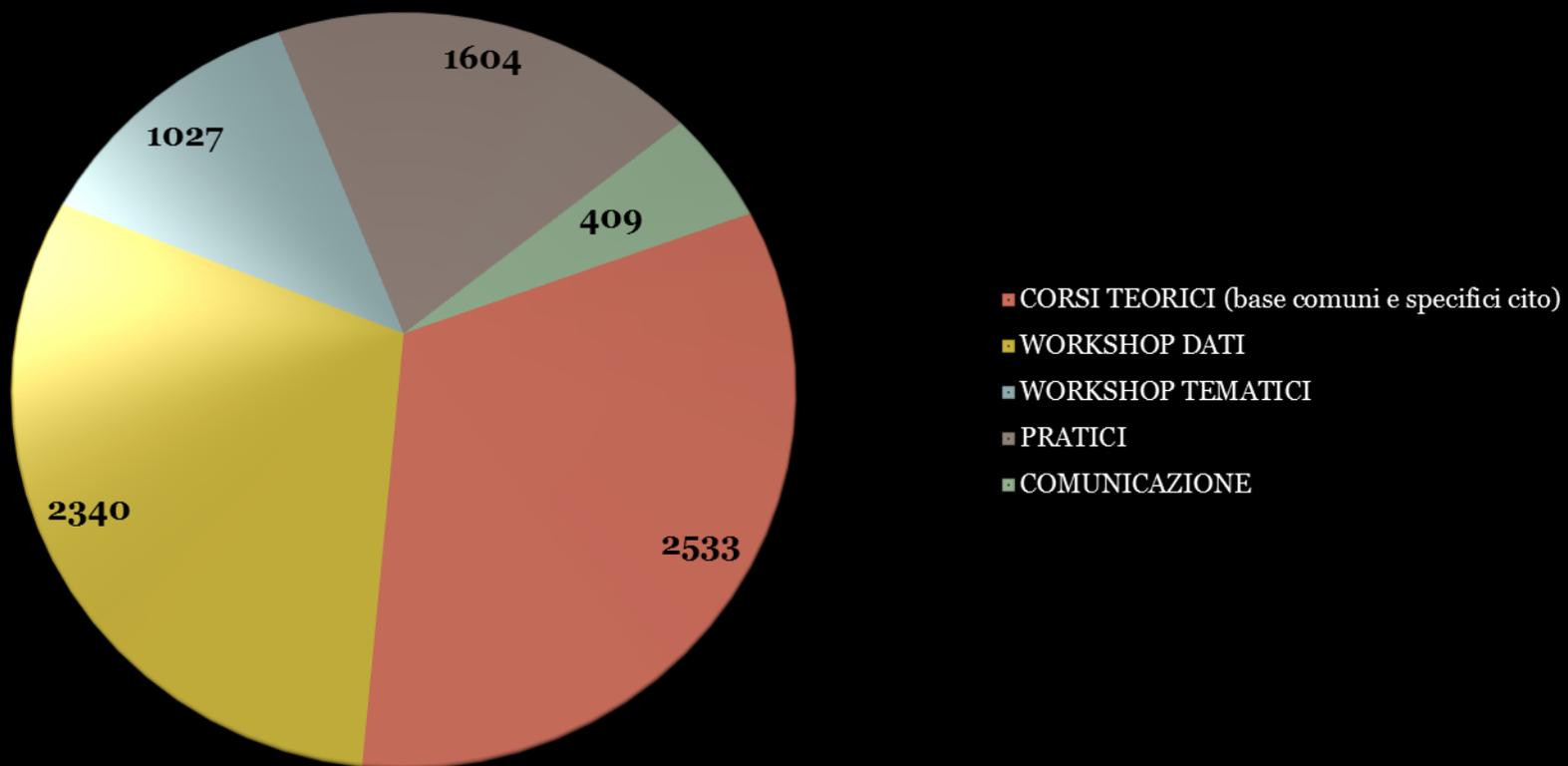


# I WORKSHOP MONOTEMATICI

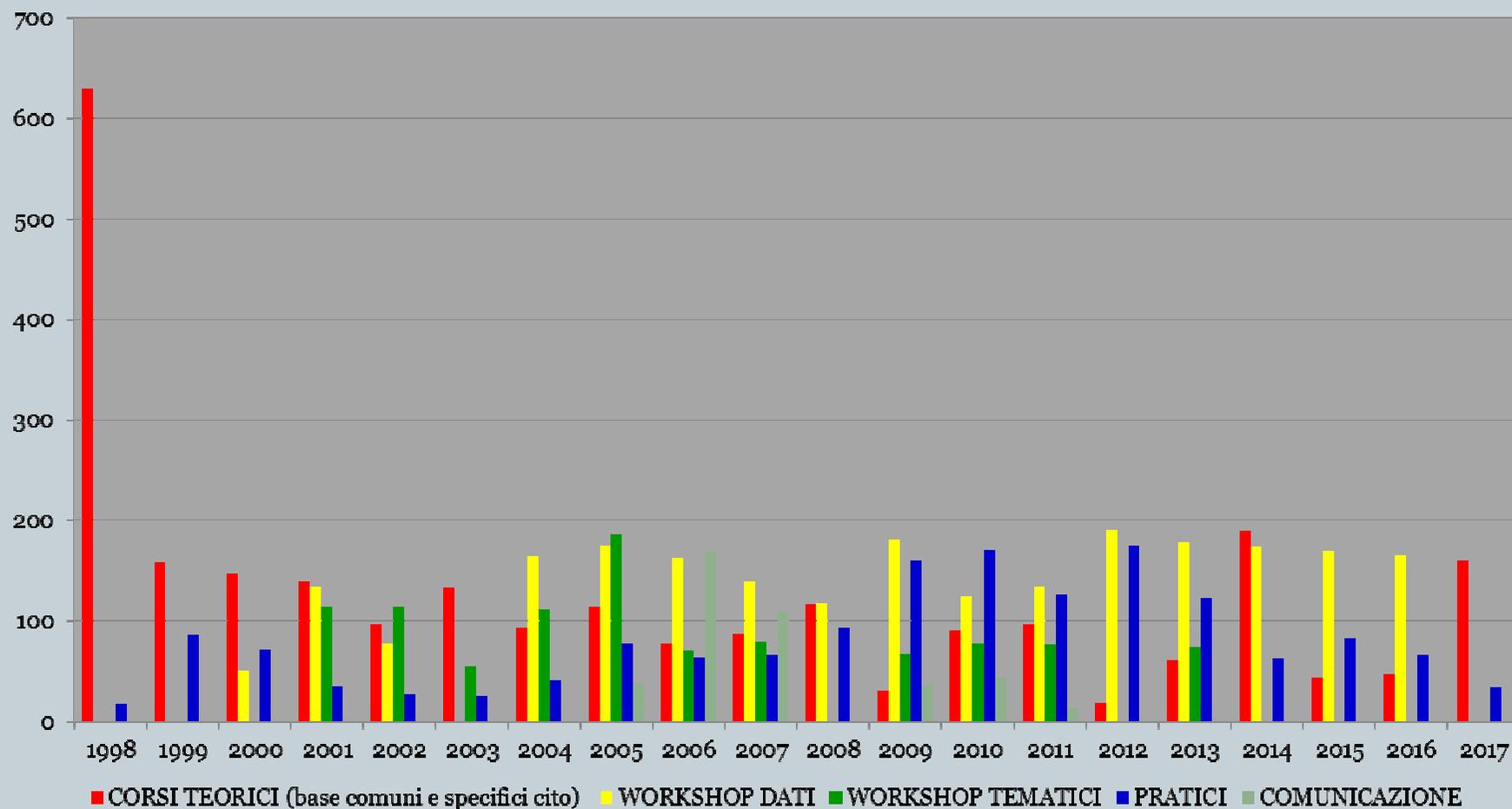


- LA COMUNICAZIONE E IL CONSENSO INFORMATO NEI PROGRAMMI DI SCREENING ONCOLOGICI FEMMINILI"
- IL CONTROLLO DI QUALITA' DELL'ATTIVITA' DEL II° LIVELLO DI SCREENING PER IL CERVICOCARCINOMA
- AGGIORNAMENTO PRELEVATORI E I° LETTORI DEL PROGRAMMA DI SCREENING PREVENZIONE SERENA
- PREVENZIONE SERENA:UNA ESPERIENZA DI CONTROLLO DI QUALITA' INTERLABORATORI IN CITOLOGIA CERVICO-VAGINALE - PRESENTAZIONE DEL SILLABUS
- CONTROLLO DI QUALITA' DELL'ATTIVITA' DEL II° LIVELLO SCREENING PER IL CERVICOCARCINOMA
- AGGIORNAMENTO PRELEVATORI, I° LETTORI DEL PROGRAMMA DI SCREENING PREVENZIONE SERENA
- CONTROLLO DI QUALITA' DELL'ATTIVITA' DEL II° LIVELLO SCREENING PER IL CERVICOCARCINOMA
- AUDIT II° LIVELLO SCREENING PER IL CERVICOCARCINOMA
- AGGIORNAMENTO AVANZATO PER PRELEVATORI E PRIMI LETTORI IN AMBITO DI SCREENING PREVENZIONE SERENA PER IL CERVICOCARCINOMA
- AUDIT II° LIVELLO SCREENING PER IL CERVICOCARCINOMA
- AUDIT II° LIVELLO SCREENING PER IL CERVICO-CARCINOMA
- AUDIT II LIVELLO SCREENING PER IL CERVICOCARCINOMA
- GRUPPI A RISCHIO E PROTOCOLLI DI SCREENING
- IL CARCINOMA DELLA CERVICE UTERINA NEI PAESI IN VIA DI SVILUPPO: QUALE PREVENZIONE QUANDO LE RISORSE SONO SCARSE?
- IMMIGRATI E SCREENING: NUOVE POPOLAZIONI, NUOVE SFIDE

# UN TOTALE DI 7913 ISCRIZIONI



# UN TOTALE DI 7913 ISCRIZIONI



# Come migliorare la qualità?



- Formazione
- Interventi per migliorare la riproducibilità
- Audit e discussione collegiale dei casi
- Accordi interaziendali/delibere regionali
- Implementazione del sistema informativo nella sua componente valutativa
- Benchmarking

# Accuratezza e Riproducibilità



- **Accuratezza.** *E' La capacità di un test di essere vicina al valore vero => pochi Falsi Negativi e pochi Falsi Positivi*
- **Riproducibilità.** *E' La capacità di riprodurre su casi morfologicamente simili le stesse interpretazioni:*
  - Stesso operatore a distanza di tempo (intraoperatore)
  - Operatori diversi dello stesso servizio (interoperatore-intralaboratorio)
  - Tra laboratori diversi (interlaboratorio)

Laboratory Guidelines and QA Practices for Cytology in :  
European Guidelines for Q.A. in Cervical Cancer Screening  
Second edition - 2008



**Q.A. Interna.** Sono le procedure introdotte dallo staff del laboratorio per monitorare i risultati ed assicurare che gli standard di qualità siano mantenuti a livelli elevati.

**Q.A. Esterna.** Sono i sistemi con cui si valutano obiettivamente i risultati del laboratorio da parte di agenzie esterne allo scopo di promuovere alti standard qualitativi di performance e per stabilire buona comparabilità tra laboratori.



## Quality assurance INTERNA

- ✓ *Monitoraggio statistico delle diagnosi*
- ✓ *Predittività classi diagnostiche*
- ✓ *Revisione dei Falsi Negativi*
- ✓ *Correlazione cito/istologica*
- ✓ *Inserimento casi a diagnosi nota (casi “sentinella”)*
- ✓ *Lettura collegiale*



## **TIPOLOGIE DI CDQ INTERNO**

- ✓ *Rescreening “at random” del 10% dei casi negativi*
- ✓ *Rescreening mirato*
- ✓ *Rescreening globale*
- ✓ *Rescreening rapido*
- ✓ *Rescreening parziale*
- ✓ *Rescreening con sistemi automatici*



## Quality Assurance Esterna

- Circolazione di selezioni di vetrini tra laboratori.

*Diagnosi confrontate con:*

- Diagnosi di maggioranza
- Giudizio di esperti

*Buon utilizzo didattico e formativo*

- Proficiency testing

(test individuali per medici e tecnici - es. 10 strisci in 2 ore da refertare e valutati da un comitato di anatomopatologi e citotecnici)

- Accreditemento del Centro di Lettura

# Il gruppo per il controllo di qualità in citologia cervico-vaginale di screening

- ❑ riunito per la prima volta all'inizio del 1999.
- ❑ utilizzo di un microscopio a testata multipla che permette la formulazione di una diagnosi di maggioranza
- ❑ Controlli di Qualità sono stati estesi alla Regione Piemonte dal 2004.
- ❑ Durante i suddescritti incontri, il gruppo revisiona indistintamente e mediante la stessa metodologia sia preparati di strisci citologici tradizionali, che in strato sottile.
- ❑ Nell'ipotesi in cui il caso da revisionare sia un caso di follow-up, vengono proposti al gruppo sia l'esame citologico di I° livello, che l'istologico, e la diagnosi colposcopica di II° livello.
- ❑ Nelle ultime edizioni, i partecipanti sono stati/saranno invitati a portare 10 citologici negativi a testa, in modo da poter eseguire delle rapid review su casi negativi

## La revisione collegiale dei pap test ha:

- ➡ ridotto i richiami in citologia
- ➡ ridotto gli invii al II livello colposcopico
- ➡ migliorata la riproducibilità interlaboratorio
  
- ➡ formato nuovi lettori, nonché prodotto formazione continua
- ➡ espresso, con il consenso di tutti i partecipanti, alcuni “paletti” limitativi di alcune diagnosi (es: MCR, ASC)
- ➡ prodotto una scheda citologica, approvata dalla SIAPEC regionale
- ➡ prodotto un *syllabus* utile ad ogni citoscreener nell'elaborazione diagnostica





**G. Accinelli,  
C. Aiello,  
G. Alfonso,  
E. Allia,  
S. Arnaud,  
M.T. Benenti,  
D. Biscaro,  
V. Buratti,  
P. Burlo,  
F. Carlone,  
C. Cozzani,  
A. Coccia,  
L. Di Marco,  
C. Fiorito,  
I. Frittella,  
B. Gandolfo,  
B. Ghiringhello,  
A. Giglio Tos,  
P. Luparia,  
L. Macrì,  
F. Maletta,  
D. Maso,  
G. Montanari,  
L. Porcu,  
S. Privitera,  
A. Sapino,  
M. Verga  
L. Viberti**

# Come migliorare la qualità?



- Formazione
- Interventi per migliorare la riproducibilità
- Audit e discussione collegiale dei casi
- Accordi interaziendali/delibere regionali
- Implementazione del sistema informativo nella sua componente valutativa
- Benchmarking

# Circolare regionale: modalità applicative DGR 111-3632 del 02-08-2006 in tema di prescrizioni



Direzione Sanità  
direzioni20@regione.piemonte.it

Il Dirigente  
Data 22 FEB. 2010  
Protocollo 6368 /DA2005

Ai Signori Diretori Generali  
delle Aziende Sanitarie regionali

Ai Signori Diretori Dipartimenti  
Di Prevenzione Secondaria dei  
Tumori

Ai Signori Diretori di Distretto

Loro Sedi

Oggetto: Modalità applicative DGR 111-3632 del 2006 in tema di prescrizioni.

La D.G.R. 111-3632 del 2.8.2006 introduce profonde innovazioni sull'attività di prevenzione secondaria dei tumori, tra cui l'assorbimento dello screening spontaneo nel programma regionale "Prevenzione Serena" ed il superamento del doppio regime di erogazione delle prestazioni, al fine di incrementare la copertura e la qualità degli screening oncologici.

A tal fine secondo quanto previsto dalla deliberazione citata, le AS hanno presentato un piano di riconversione delle modalità di erogazione dei test di screening all'interno del programma organizzato, affinché gli esami preventivi per i carcinomi della mammella, della cervice uterina e del colon-retto che vengono erogati attraverso i canali della clinica ambulatoriale, siano ricondotti ai percorsi dello screening organizzato, con i criteri e la periodicità previsti.

Al fine di consentire ai Dipartimenti di Prevenzione Secondaria dei Tumori (di seguito DPST) 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
- Assistenza territoriale
- Distretti
- Servizi di Radiologia
- Servizi di Anatomia Patologica
- Assistenza di base e Medici di medicina generale (MMG)
- CUP
- Consulenti Familiari
- Specialisti Ambulatoriali

Le strutture private accreditate non devono effettuare esami per i carcinomi della mammella, della cervice uterina e del colon-retto per finalità di prevenzione, o comunque con modalità non coerenti alle indicazioni sotto indicate.

Infine, si rammenta che devono essere promosse all'interno di ogni Azienda sanitaria e DPST iniziative di informazione a favore di tutti gli operatori coinvolti, compresi i MMG e gli specialisti ambulatoriali.

Ad ogni buon conto, si allegano, di seguito, il dettaglio delle modalità di prescrizione delle prestazioni di screening ed il relativo diagramma di flusso.

Certo di un fattivo riscontro, porgo cordiali saluti.

Vittorio Demicheli

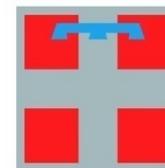
Abolizione del doppio canale  
Ambulatoriale/Prevenzione  
Serena

Strutture private  
accreditate

FORMAZIONE



Centro di Riferimento per l'Epidemiologia  
e la Prevenzione Oncologica in Piemonte



REGIONE  
PIEMONTE



# CRR

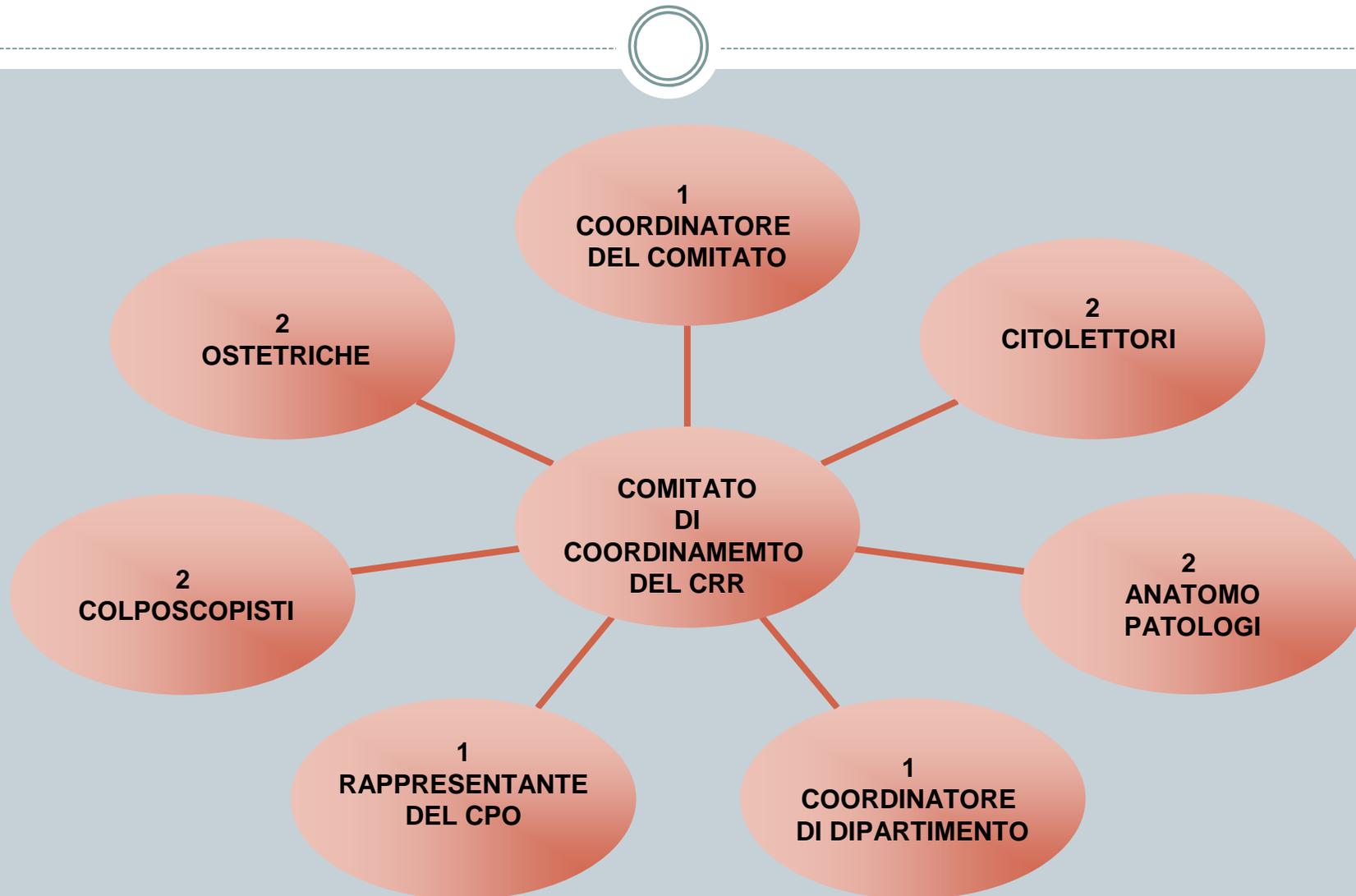
## Centro Riferimento Regionale

# STORIA

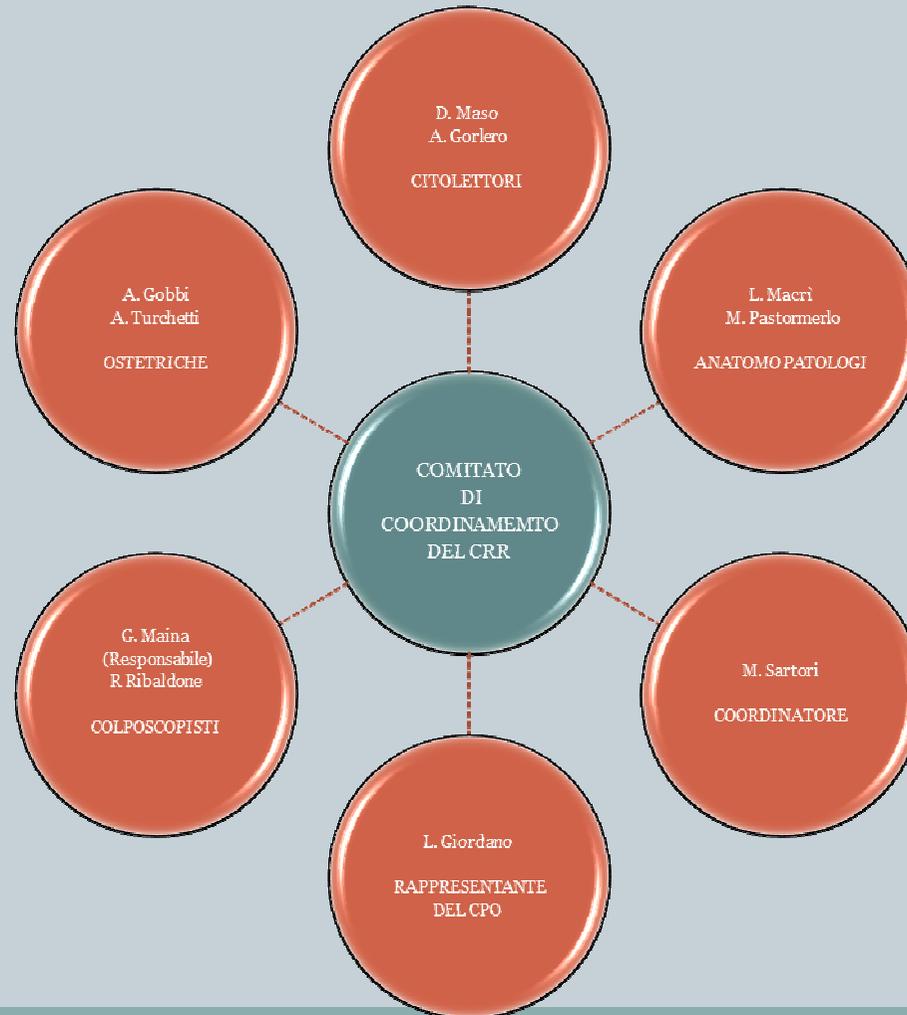


- **D.G.R. N. 111-3632 del 02.08.2006** prevede l'istituzione, per ciascuno dei tre screening inseriti nel Programma Prevenzione Serena, di Centri di Riferimento Regionale
- **D.G.R. N. 12-7042 del 27/1/2014** individua i Centri regionali di riferimento
  - Screening Mammografico: SS Senologia di Screening dell'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino;
  - Screening della Cervice Uterina: SC Anatomia ed Istocitopatologia Diagnostica e di Screening U dell'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino;
  - Screening del colonretto: centro di screening unificato della città di Torino, nell'ospedale San Giovanni Antica Sede (AOU Città della Salute e della Scienza di Torino).
- **Determinazione N. 263 DB2000 del 07.04.2014** approvava i regolamenti dei Centri di Riferimento Regionali

# COME È COSTITUITO IL GRUPPO CERVICOVAGINALE



# CHI SONO .....



# ATTIVITA' DEL CRR



- **FORMAZIONE DEGLI OPERATORI:**
  - pianifica
  - coordina
  - promuove
- **MONITORAGGIO E CONTROLLO DELLA QUALITA' DEL PERCORSO DI SCREENING**
  - verifica la qualità nelle diverse fasi
  - istituisce gruppi di revisione e valutazione degli indicatori di performance

# FORMAZIONE DEGLI OPERATORI DI SCREENING STATO DELL'ARTE



- **OSTETRICHE:** corso di introduzione agli screening per personale sanitario, corso teorico specifico, tirocinio pratico, corso sulla comunicazione con l'utenza, corsi di aggiornamento HPV, formazione trasversale workshop; la gestione del test in gravidanza
- **GINECOLOGI:** corso di introduzione agli screening per personale medico, corso teorico specifico, tirocinio pratico, corso sulla comunicazione con l'utenza corsi di aggiornamento HPV, formazione trasversale workshop
- **CITOLETTORI:** corso di introduzione agli screening per personale sanitario, corsi di lettura collegiale e controllo di qualità periodici, formazione trasversale workshop
- **ANATOMO PATOLOGICI:** corso di introduzione agli screening per personale medico, corsi di lettura collegiale e controllo di qualità istologico, formazione trasversale workshop

# CONTROLLI DI QUALITA'



- **CITOLETTORI:** controllo di qualità periodici (interni ed esterni),
- **ANATOMO PATOLOGI:** controllo di qualità istologico

# Come migliorare la qualità?



- Formazione
- Interventi per migliorare la riproducibilità
- Audit e discussione collegiale dei casi
- Accordi interaziendali/delibere regionali
- Implementazione del sistema informativo nella sua componente valutativa
- Benchmarking

# Come migliorare la qualità?



- Formazione
- Interventi per migliorare la riproducibilità
- Audit e discussione collegiale dei casi
- Accordi interaziendali/delibere regionali
- Implementazione del sistema informativo nella sua componente valutativa
- Benchmarking

# Benchmarking



qualsiasi attività di confronto sistematico tra performances o processi tra organizzazioni finalizzata al miglioramento.

benchmarking è lo strumento per aumentare la qualità e l'efficienza dei servizi erogati puntando sugli standard dei soggetti simili considerati migliori.

**Survey nazionali Gisci, Rapporti ONS**

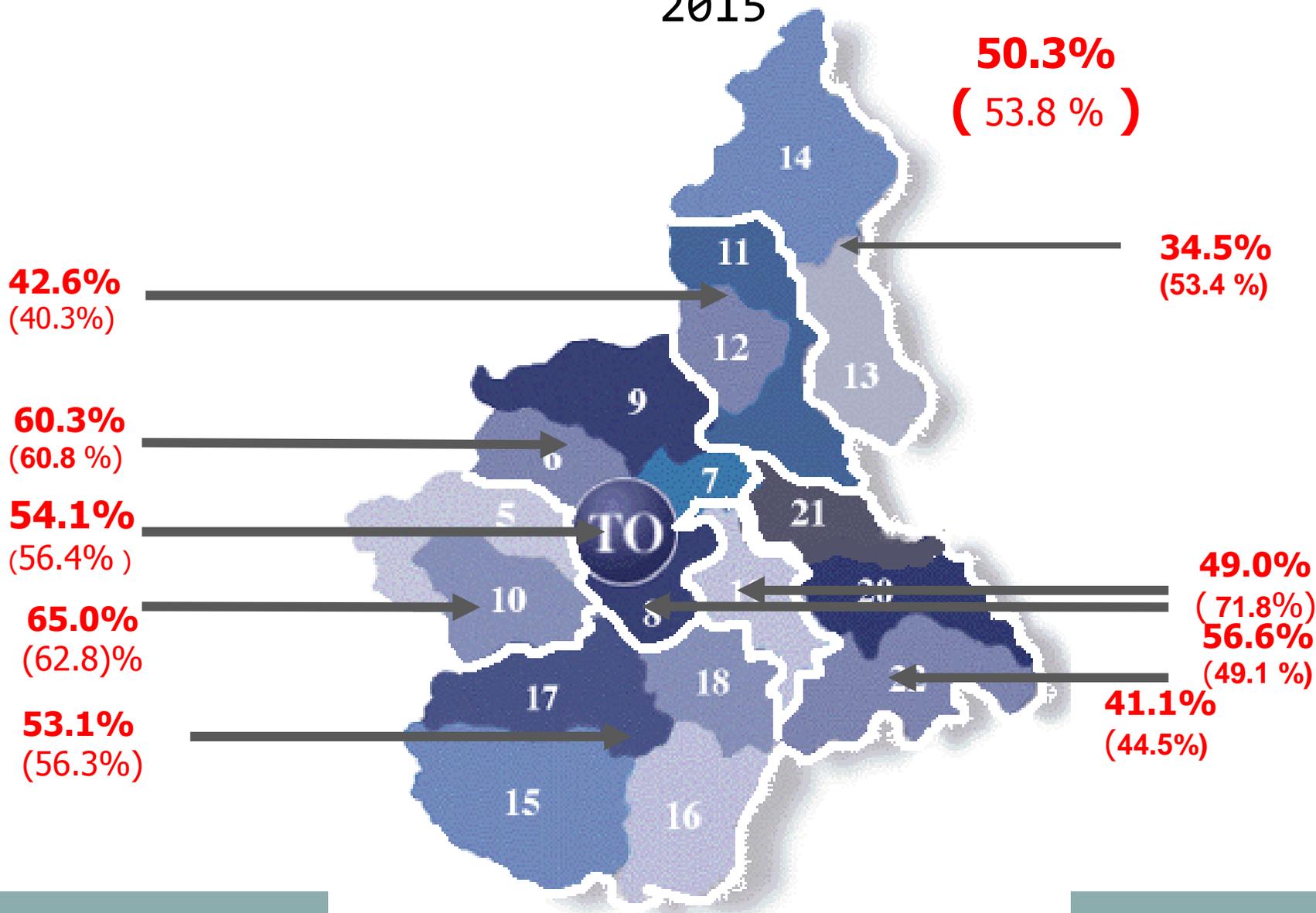
**Screening Report – Commissione Europea**



## Indicatori: alcuni esempi..



# Partecipazione all'invito tra le donne 25-64 anni invitate nel 2014 e nel 2015



# Partecipazione



- bassi tassi di partecipazione possono rendere inefficace il sistema
- ad incrementare la partecipazione concorre:
  - la professionalità e formazione degli operatori (communication skills)
  - la buona tenuta organizzativa
  - il coinvolgimento di tutti gli stakeholder e della comunità degli utenti
  - il monitoraggio costante
  - la conoscenza del setting (... anche dell'attività opportunistica)

## Inadeguatezza dei prelievi all'interno dei programmi di screening citologici

---



I prelievi vengono registrati in accordo con quelli che sono i protocolli locali, nazionali e internazionali (Bethesda System standards) i quali usualmente classificano i test come

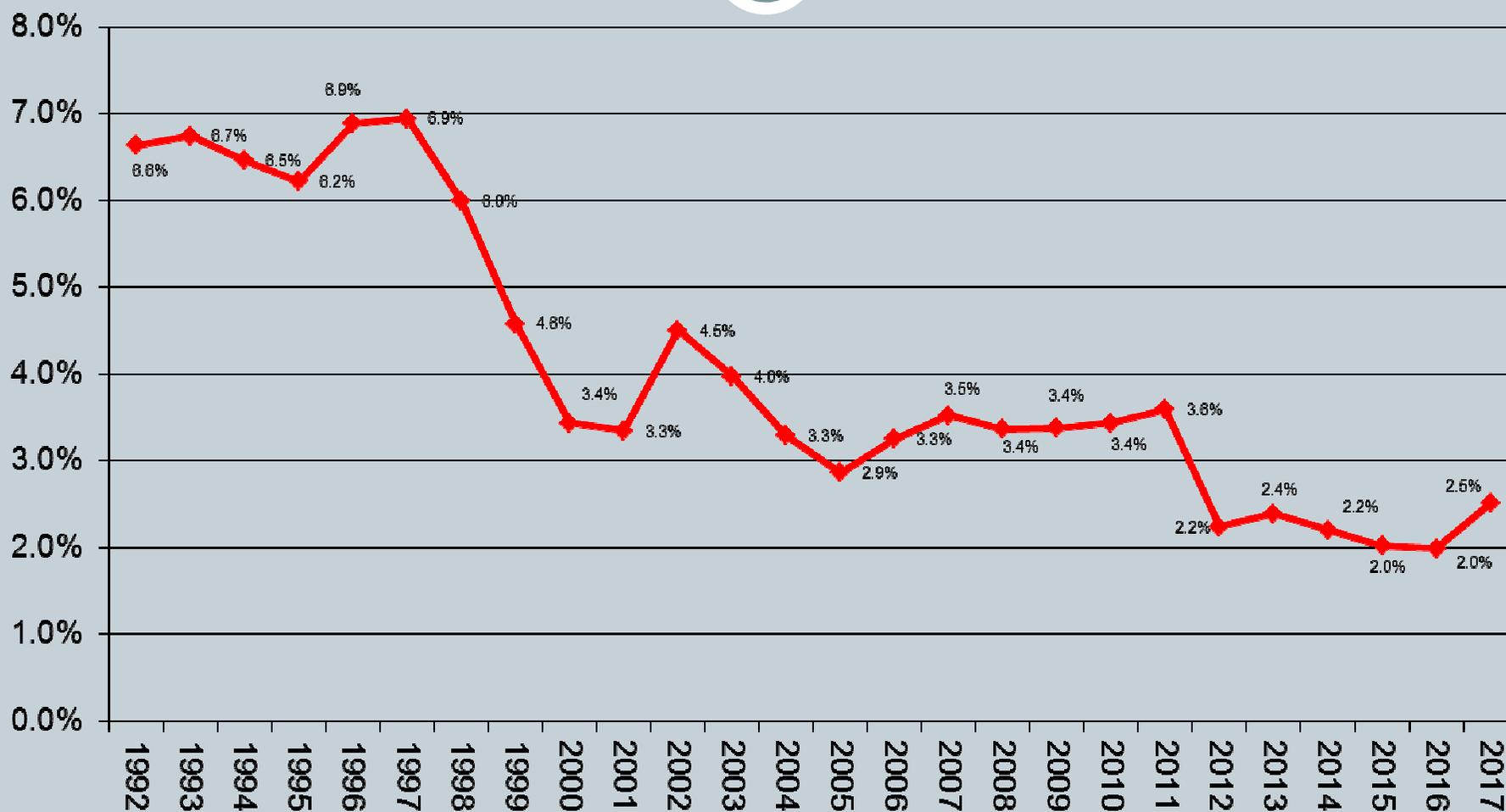
- **Adeguito**
- **Inadeguato**

# Un prelievo inadeguato può :

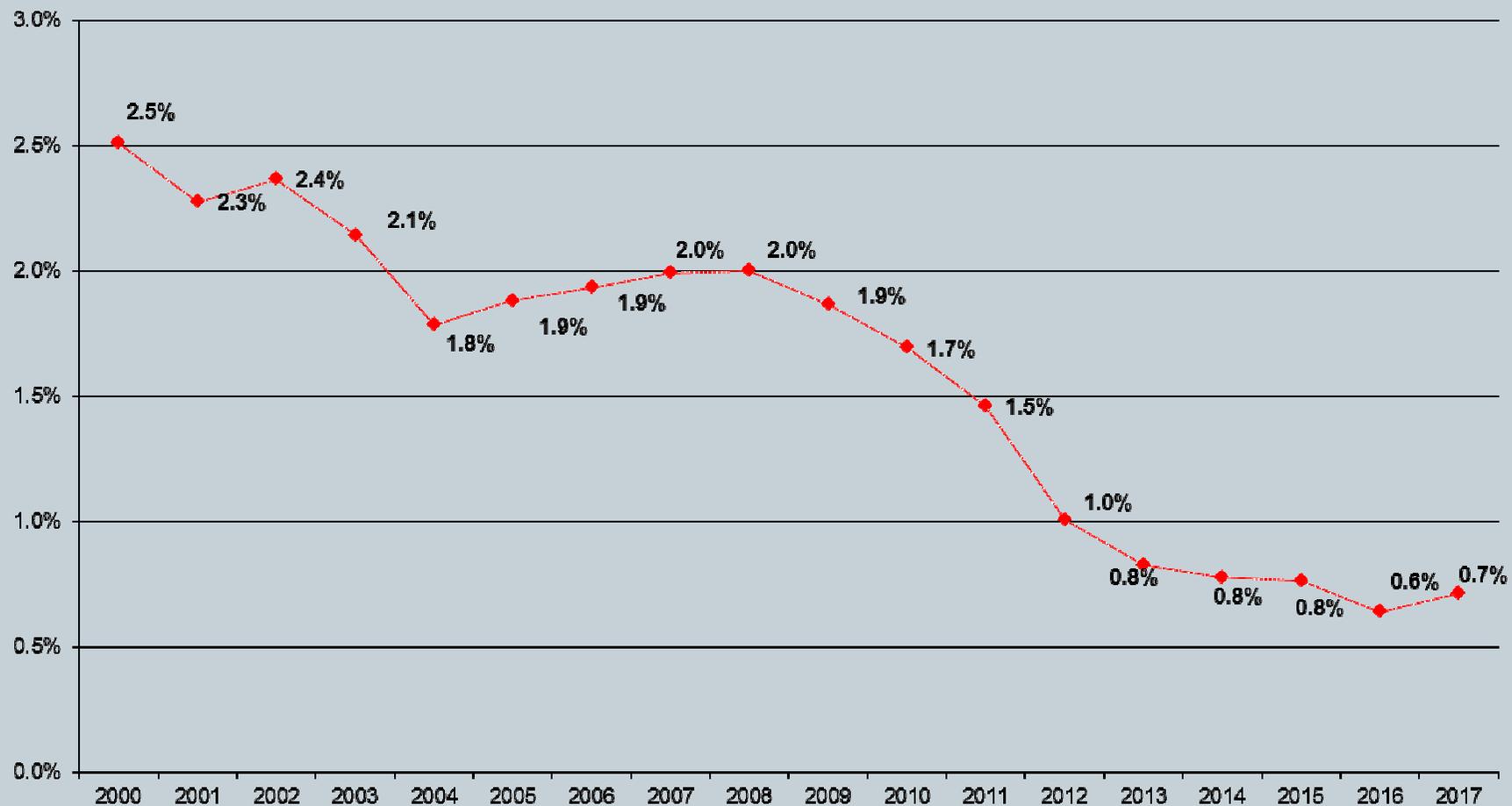


- ◆ Aumentare in generale i costi legati alla necessità di ripetere le procedure.
- ◆ Aumentare in specifico i costi ed i tempi dei laboratori di citologia legati alla necessità di prevedere attività aggiuntive di processione dei vetrini, lettura e archiviazione.
- ◆ Aumentare le responsabilità medico-legali determinate da una diagnosi mancata o ritardata in seguito ad un'inadeguatezza dello striscio.
- ◆ Aumentare l'ansia, il disagio ed i costi (soprattutto in termini di tempo) per le donne che devono ripetere la procedura.

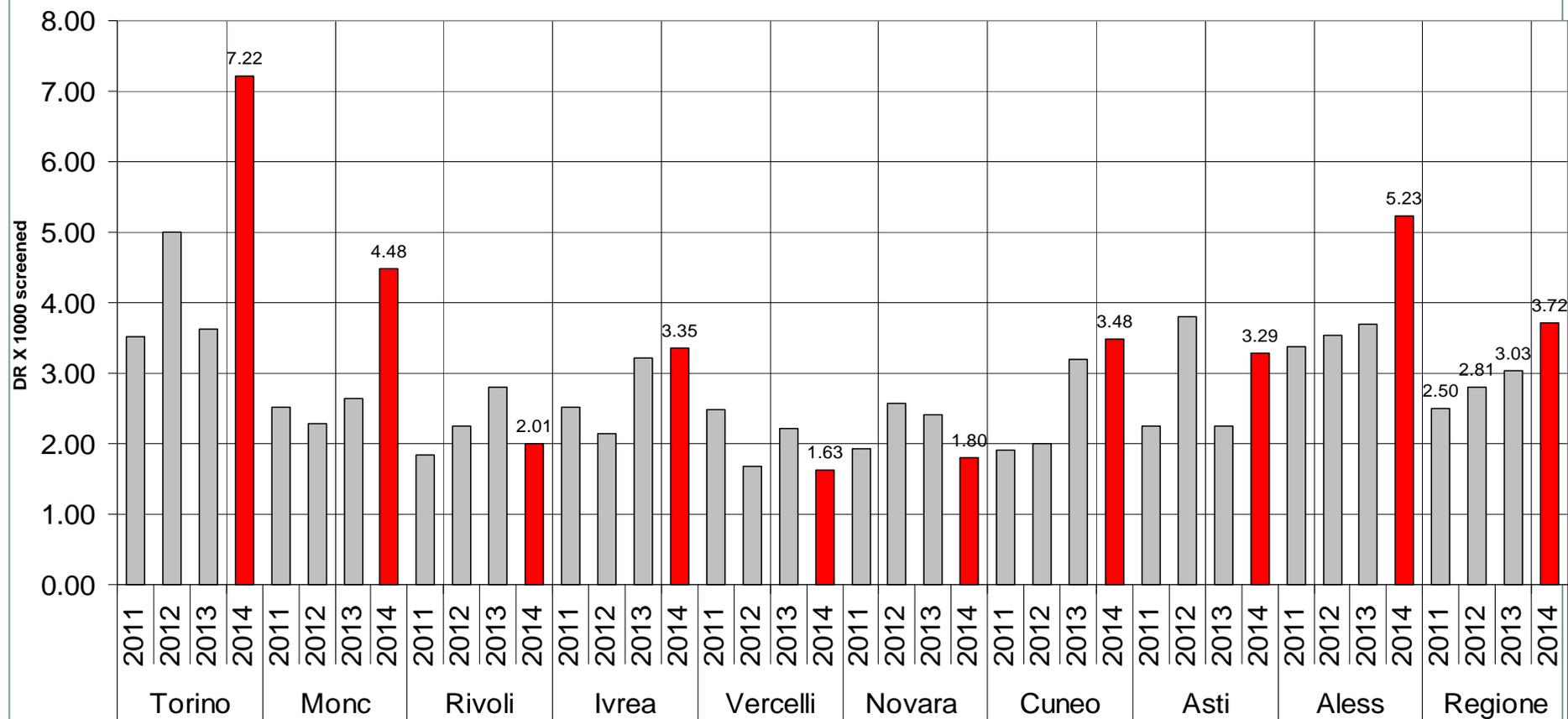
# Prelievi insoddisfacenti - Piemonte



# Inadeguati tecnici - Piemonte



## *Detection Rate CIN2+ per dipartimento (2011-2014)*



*Dati 2014 non ancora definitivi*

# Tempi di attesa



Indicatore del **livello organizzativo** raggiunto e della qualità del servizio erogato.

E' importante essere tempestivi per minimizzare l'ansia delle utenti

- Tempo tra il test di screening e registrazione dei referti/ risposta all'utenza
- Tempo tra il test di screening e la sessione di approfondimento
- Tempo tra il test di screening e il trattamento

# intervallo (in giorni) tra data di prelievo e data delle refertazione



## **STANDARD DI RIFERIMENTO:**

### **Regionali:**

**ACCETTABILE:** 80% entro 30 giorni di calendario dalla data di ricezione dello striscio; 100% entro 45 giorni

**DESIDERABILE:** 80% entro 21 giorni di calendario dalla data di ricezione dello striscio; 100% entro 30 giorni

### **GISCi:**

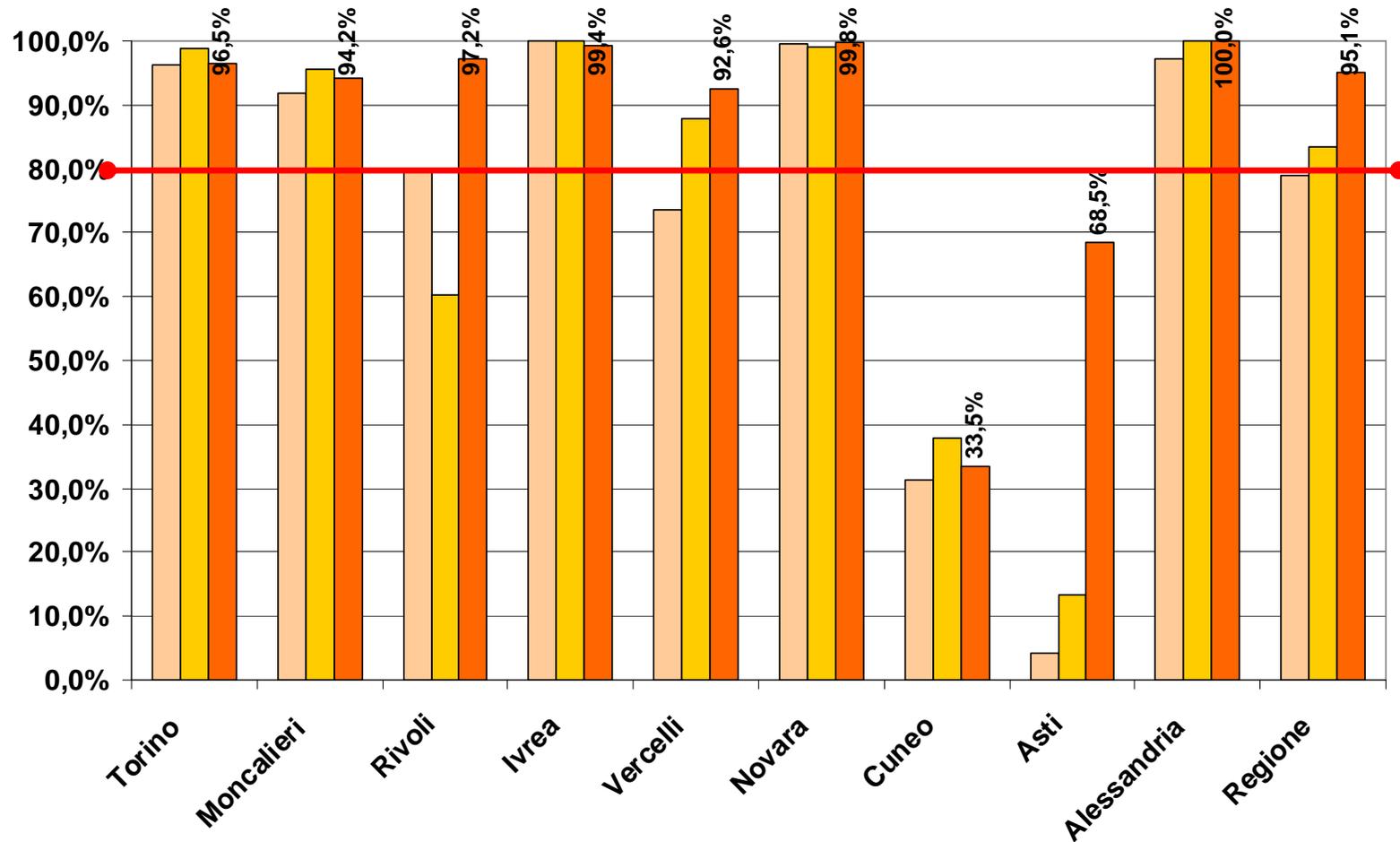
**ACCETTABILE:** >80% entro 4 settimane;

**DESIDERABILE:** 100% entro 6 settimane;

### **Linee Guida Europee:**

entro 3 settimane;

# Anno 2015: proporzione di vetrini refertati a **30** gg per anno e dipartimento

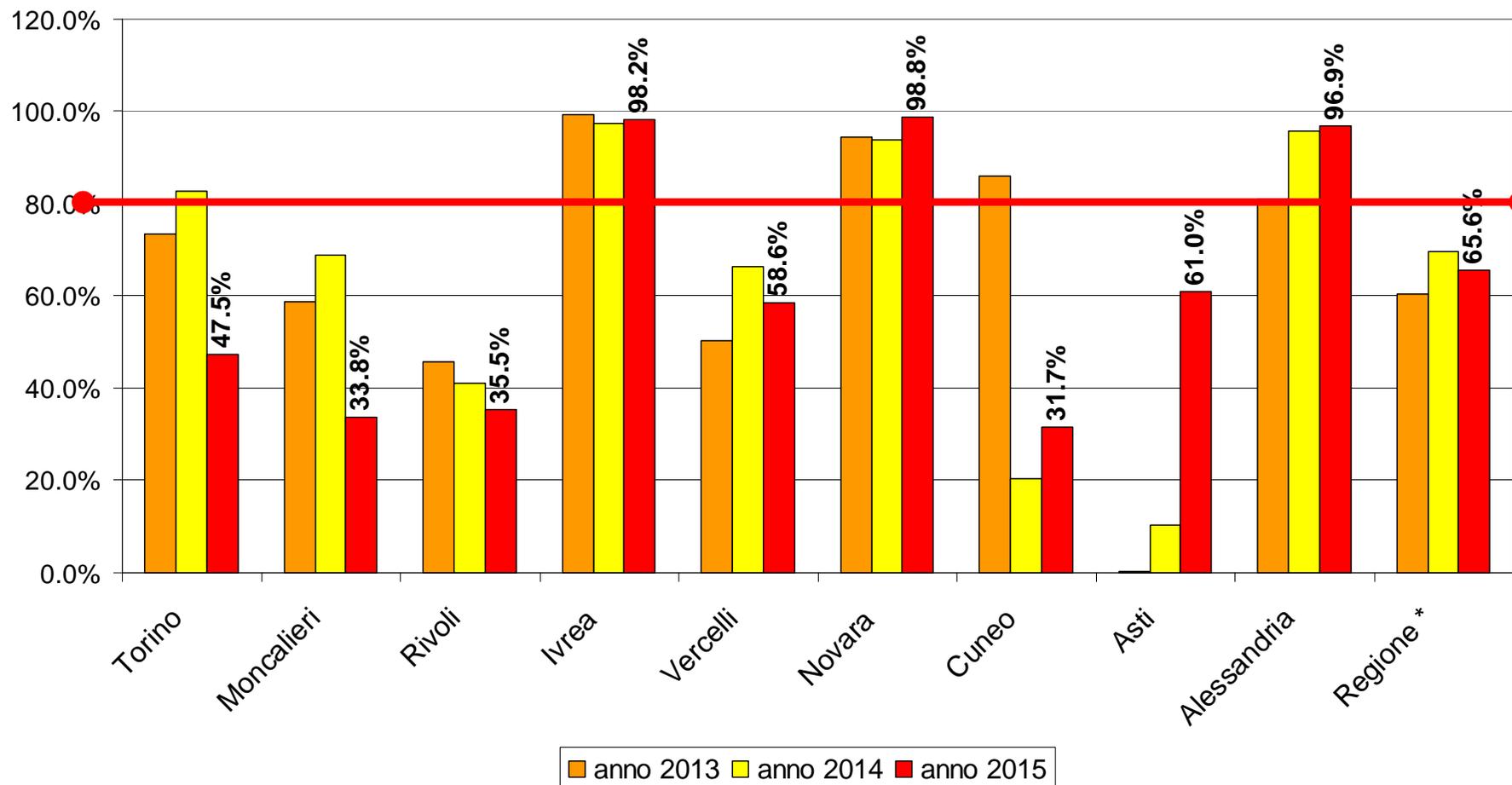


■ anno 2013 ■ anno 2014 ■ anno 2015

NB:  
Il dato regionale non tiene conto del Dip. Di Cuneo esse  
Il dato stato fornito solo in forma aggregata.

Attività di screening con la citologia come test primario

## Proporzione di vetrini refertati a **21** gg per anno e dipartimento



NB:

Il dato regionale non tiene conto del Dip. Di Cuneo essendo  
Il dato stato fornito solo in forma aggregata.

Attività di screening con la citologia come test primario

# Conclusioni



I controlli di qualità e la formazione sono un elemento indispensabile nel processo di screening



Rimarcare la necessità del debito informativo/formativo

Far entrare il CQ nell'attività routinaria  
(rimodellando il sistema organizzativo e le risorse)

Coinvolgere gli stakeholders

Programmi di screening identificati dal 2011 come “Livelli Essenziali di Assistenza”

# Conclusioni

## **importante:**

- aumentare le capacità tecniche e mantenerle elevate (ed aggiornate)
- creare consapevolezza

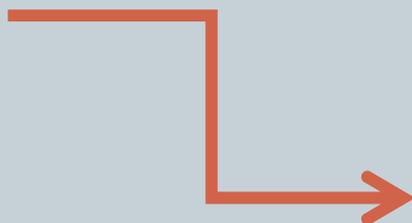


# Conclusioni

## Panorama Europeo



**Tra i Paesi membri dell'Unione Europea, l'Italia si è dimostrata capace non solo di buone performance, ma anche di essere leader in Europa con i propri esperti di screening, sia sul versante della produzione di linee guida, sia sul piano della ricerca, sia in quello della definizione di policy.**



la formazione e l'aggiornamento continuo sono fondamentali

**..ma soprattutto..**



**Valutazione non come controllo**

**...ma come momento di confronto  
e crescita professionale**



# un grazie dovuto...



a tutti i professionisti che si sono  
impegnati a vari livelli nei percorsi  
formativi

Matilde Ceresa

Francesca Garena

Ufficio Formazione CPO

**un grazie dovuto..**





**Grazie**