

PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2005-2007

REGIONE LAZIO

**PROGETTO DI SCREENING MAMMOGRAFICO NELLE
ZONE DISAGIATE**

Introduzione: contesto Regionale

Nella Regione Lazio tutte le ASL hanno attivato dal 1999 al 2004 programmi di screening per il tumore della mammella.

Dai dati del Sistema Informativo risulta che nell'ambito di tali programmi mammografici sono state coinvolte complessivamente 665.783 donne (461.137 nel I passaggio, 204.646 nei passaggi successivi) dall'inizio di attivazione ad oggi, corrispondenti al **56.7%** della popolazione target.

L'adesione media regionale è del **35.4%** . (I passaggio)

I 12 programmi di screening mammografici aziendali presentano performance diverse (Tab. 1)

Tabella 1

Date di attivazione dei programmi mammografici ed indicatori di performance (I passaggio di screening)

Asl	Data inizio programmi	Copertura (%)	Adesione corretta (%)
ASL RM/A	01/05/1999	64,2	20,2
ASL RM/B	29/03/1999	66,4	43,0
ASL RM/C	01/01/2002	49,3	6,7
ASL RM/D	01/03/2002	54,0	27,8
ASL RM/E	29/04/1999	96,2	11,8
ASL RM/F	18/05/2004	15,7	65,5
ASL RM/G	07/06/2004	22,6	57,8
ASL RM/H	26/04/1999	100,0	64,3
ASL VT	21/10/2003	25,2	55,8
ASL RI	18/09/2000	57,6	59,5
ASL LT	15/11/2001	26,6	48,9
ASL FR	23/11/1999	37,6	54,7
TOTALE		56,7	35,4

L'attività di screening mammografico, ha mostrato negli ultimi anni un sostanziale trend di crescita (grafico 1) ; tale attività ha comportato l'esecuzione di **260.527** mammografie (**162.075** al

primo passaggio e **98.452** ai passaggi successivi); ciò pone evidenti problemi di archiviazione, che sono destinati ad aggravarsi proprio per gli obiettivi di copertura totale del programma di screening e per l'aumento del numero dei round col passare degli anni. Un altro aspetto tecnico di grande impatto è l'archiviazione delle mammografie che a regime dovrebbe essere di almeno 150.000 esami l'anno con problemi evidenti di spazio e di gestione.

I dati del Sistema Informativo Screening evidenziano, peraltro, di non avere ancora raggiunto la copertura dell'intera popolazione laziale avente diritto (donne 50-69 anni).

L'insufficiente copertura appare riguardare in particolare le zone a più bassa capacità di offerta, per lo più coincidenti con Comuni medio-piccoli e zone di estrema periferia metropolitana; infatti, l'analisi delle coperture stratificate (ove possibile) per territorio urbano/metropolitano vs provinciale evidenzia un gradiente di copertura a sfavore delle zone ad urbanizzazione medio-piccola. Va altresì notato che l'ASL RM H, che attua il proprio programma esclusivamente con mezzi mobili, ha ottenuto una copertura del 100% (Tab. 2).

Grafico 1: andamento del ritmo di coinvolgimento dei programmi di screening mammografico

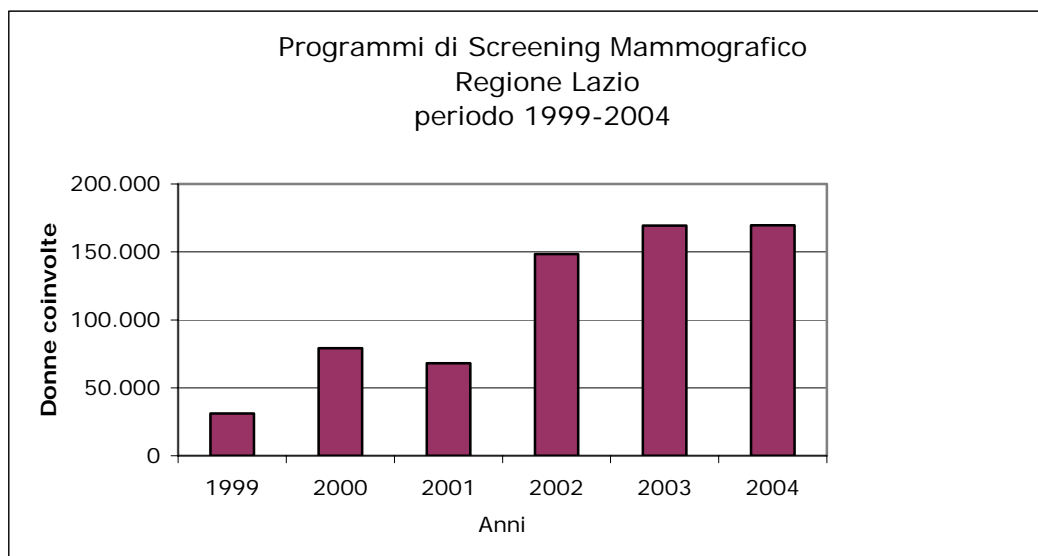


Tabella 2 Stratificazione della copertura per tipologia di urbanizzazione

Roma	copertura
comune	66,3
provincia	19,9
Rieti	
comune	63,1
provincia	52,4
Latina	
comune	47,9
provincia	21,8
Roma H	
tutto il territorio	100,0
Viterbo e Frosinone non hanno ancora coinvolto le donne residenti nel territorio comunale	

La procedura attuale (DGR 4736/97) prevede l'esecuzione del test di primo livello (mammografie bilaterale due proiezioni) presso sede fissa o mobile da parte del TSRM, adeguatamente e specificatamente formato, senza presenza di un medico radiologo. Non è stato sinora possibile per carenza di organici dedicati affiancare un medico radiologo ai TSRM, come pure spesso richiesto dalle destinatarie dell'intervento. Benchè il sistema garantisca il massimo della qualità complessiva (ad esempio con una lettura doppia da parte di 2 radiologi), in caso di errore tecnico sul mezzo mobile permane l'impossibilità di ripetere l'esame (fatto salvo la presenza di sviluppatrice a bordo).

Infine, la necessità di conservare le mammografie per i round successivi, impone di non poter consegnare i radiogrammi originali alle donne che ne fanno richiesta; si provvede in genere con duplicati che pongono però problemi di qualità

Il progetto nasce dall'esigenza di recuperare al più presto il deficit di offerta di screening che si traduce nella mancata riduzione di mortalità per donne residenti in zone svantaggiate e, nel contempo, di sperimentare tecnologie innovative capaci tra l'altro di risolvere il problema dell'archiviazione fisica delle radiografie nonché di ovviare ad alcune criticità inerenti la percezione di qualità del programma da parte delle donne destinatarie. In definitiva i motivi di offerta inadeguata e non-equa, aggiuntivamente a carenze di processo specifiche per la tecnologia attualmente in uso, costituiscono le ragioni del presente progetto

Obiettivo del progetto

1. aumentare l'offerta di mammografie in zone disagiate
2. inserire nuove tecnologie digitali

PIANO OPERATIVO

Intervento 1 Aumentare l'offerta in zone senza strutture fisse di radiologia

Tale intervento si baserà sulla stipula di convenzioni con le ASL per estendere l'offerta di mammografie su mezzo mobile attraverso l'estensione del ricorso a contratti in out-sourcing.

Il progetto prevede:

- l'utilizzo del mezzo mobile con strumentazioni di ultima generazione e completamente attrezzato per la mammografia; sono previsti due mezzi mobili;
- attività di segreteria per la raccolta dati anagrafici, compilazione delle agende, accettazione dello spontaneo e dei cambi di appuntamento in stretta collaborazione con gli organi dell'ASP e dell'ASL.
- Spostamento del mezzo mobile secondo calendario ad concordare con le varie ASL interessate;
- Esecuzione degli esami in doppia proiezione secondo i protocolli e i criteri di qualità riconosciuti dalla DGR 1736/02.

Intervento 2 inserire nuove tecnologie digitali

L'innovazione tecnologica ha i seguenti obiettivi specifici:

- ✓ rendere disponibile "in-linea" un parere di medico radiologo remoto mediante la trasmissione satellitare di immagini digitali
- ✓ archiviare in spazi fisici il più ridotti possibile gli esami radiologici e renderli istantaneamente disponibili agli operatori dei programmi di screening, mediante l'utilizzo di mammografo digitale
- ✓ permettere molteplici copie di uguali caratteristiche dell'esame mammografico mediante l'utilizzo di mammografo digitale

L'intervento si basa sulla presenza a bordo di un mezzo mobile di cui all'intervento **1** di un mammografo digitale.

La mammografia digitale è una evoluzione tecnica del tradizionale metodo radiologico.

Nella mammografia tradizionale o analogica, acquisizione, visualizzazione, archiviazione e documentazione dell'immagine sono momenti concatenati che hanno come oggetto la pellicola o film. Nella mammografia digitale questi momenti sono separati permettendo una ottimizzazione dei risultati attraverso numerosi vantaggi tra i quali la rielaborazione successiva dell'immagine; l'oggetto potrà essere visualizzato in maniere diverse a seconda delle diverse necessità di ricerca.

Nella mammografia tradizionale ciò comporta la ripetizione della mammografia con ulteriore esposizione della donna e ripetizione completa dell'iter per visualizzare l'immagine (acquisizione, sviluppo, stampa)

Ai fini dello screening è stata giudicata idonea quindi per i seguenti vantaggi¹:

- maggiore versatilità: la rielaborazione delle immagini digitali permette una riduzione degli inadeguati tecnici con conseguente diminuzione di esposizioni aggiuntive e un incremento dell'accuratezza diagnostica.
- possibilità di utilizzo del CAD (Computer Aided Detection) ossia la diagnosi assistita da computer che permette di incrementare la sensibilità dell'esame mammografico aiutando il radiologo nella lettura dell'esame.
- nessun uso di solventi per sviluppo: la fase di documentazione delle immagini digitali si avvale di trasferimento elettronico di informazione.
- facilità di archiviazione e richiamo delle immagini per la ricostruzione del percorso storico di una donna sottoposta a screening
- riduzione dei tempi di esecuzione dell'esame con la possibilità di effettuare maggior numero di esami

In tabella 3 sono riportati gli elementi di costo comparativi tra soluzione analogica (tradizionale) e digitale (innovativa): tali dati evidenziano anche un vantaggio economico(almeno stimato) dell'uso della nuova tecnologia.

Per quanto attiene alla possibilità del consulto a distanza del medico radiologo è necessario utilizzare la tecnologia di trasmissione dei dati attraverso una connessione satellitare bidirezionale. Sarà quindi necessaria una fase di messa a punto e di sperimentazione iniziale per testare l'effettiva

¹ MECOSAN anno 2003, vol. 12, fasc. 48

efficienza delle tecniche di trasmissione satellitare attualmente disponibili; per tale motivo tale tipo di trasmissione sarà testata su uno solo dei mezzi mobili previsti dal progetto

Tabella 3: comparazione dei costi annui complessivi: modello digitale e modello analogico a confronto*

Voci di spesa	Costo annuo	
	Analogico	Digitale
Mammografo (ammortamento in 5 anni)	18.000,00	90.000,00
Diafanoscopio Rotante (ammortamento in 5 anni)	14.000,00	-
Loader	8.000,00	-
Sviluppatrice (ammortamento in 5 anni)	8.000,00	-
Connessione internet satellitare (su tre anni) ¹	-	18.800,00
Unità mobile	60.000,00	150.000,00
Totale Apparecchiature	108.000,00	258.800,00
assistenza annuale mammografo	7.200,00	36.000,00
assistenza annuale diafanoscopio rotante	5.600,00	-
assistenza loader	3.200,00	-
assistenza sviluppatrice	3.200,00	-
Totale Assistenza	19.200,00	36.000,00
Costo personale tecnico amministrativo	108.000,00	-
costo personale TSRM caricamento rotulux	10.000,00	-
Costi stampa esami su pellicole	230.000,00	31.200,00
Costi materiale chimico per sviluppatrice	45.600,00	-
Costo cassette mammografico	6.500,00	-
Costo buste per radiogrammi	12.000,00	-
Totale Materiale Consumo e Personale	412.100,00	31.200,00
Costo Totale	520.100,00	326.000,00

*I costi sono tarati su volumi di attività di screening di 24.000 mammografie annue realizzate in una situazione di buona performance con l'uso di mezzi mobili (come l'attività annuale dell'ASL RM H).

Tempi e responsabilità

Il progetto sarà affidato alla responsabilità della UOC screening dell'ASP che è titolare delle attività di coordinamento regionale e gestisce i sistemi informativi degli screening. L'attività sanitaria sarà sotto la responsabilità delle ASL coinvolte (coordinamenti screening).

Il progetto sarà attuato in un anno dalla data di avvio; l'ASP produrrà un rapporto in itinere a sei mesi e un rapporto finale da inviare all'Assessorato alla Salute.

Monitoraggio del progetto

L'ASP valuterà attraverso il calcolo degli indicatori di performance e di processo l'andamento dei Programmi di Screening effettuando un monitoraggio e un confronto tra le metodiche

Budget

Voci di spesa	Numero	Ciosto unitario	Totali
Apparecchiature			790.000
Mammografo (ammortamento in 5 anni)	2	550.000	1.100.000
Connessione internet satellitare (su un anno)	1	90.000	90.000
Unità mobile	2	150.000	300.000
Sistema CAD (acquisto/formazione/implementazione)	1	100.000	100.000
Organizzazione			
Consulenza modulo trasmissione	1	60.000	60.000
assistenza informatica (trasmissione satellitare): un anno	1	50.000	50.000
Organizzazione: spese generali	1	10.000	10.000
assistenza annuale mammografo	2	36.000	72.000
costo personale TSRM	4	30.000	120.000
Costo radiologi: doppia lettura di un esame	45000	10	450.000
Costi stampa esami su pellicole (a richiesta)	45000	2	90.000
valutazione economica e d'impatto (CTApH)	1	30.000	30.000
Costo Totale			3.262.000

PROGETTO n° 1

TITOLO	Obiettivi di riferimento lg 138 (euro)		
	Obiettivo conso- lidamento	Obiettivo rie- quilibrio	Totale
Consolidamento dei programmi di screening mam- mografico mediante la messa a punto di un sistema gestionale web, la messa a disposizione gratuita per le ASL con squilibri organizzativi e il recupero dei dati delle ASL	115.630	37.274	152.904

BACKGROUND E CRITICITÀ

Dopo la DGR 42236/97 che istituiva i programmi di screening del cancro della mammella e delle cervice uterina, ogni ASL ha provveduto alla individuazione e alcune volte, alla realizzazione in proprio, di un sw gestionale. Ognuno di questi sw era obbligato a produrre un flusso di dati trimestrali basato su tracciato record standard che riguardava il percorso dello screening sino alla eventuale indicazione operativa, non comprendendo, quindi, tutte le informazioni necessarie a seguire la paziente durante le fasi della terapia chirurgica e medica) e ostacolando notevolmente la valutazione di esito dello screening.

Il flusso trimestrale viene sottoposto a un'onerosa attività di valutazione della qualità del dato con ri-inviì molteplici tra ASL e ASP.

L'ASP ha compiuto site-visit (vedi analisi criticità) presso tutte le ASL al fine di analizzare il modello organizzativo e di valutare le performance dei sistemi gestionali-informativi; ha prodotto dei report con i suggerimenti del caso, riscontrando tuttavia il permanere sostanziale delle difficoltà sopra elencate soprattutto per la incapacità delle ASL di affrontare in modo radicale, efficiente ed efficace le criticità del sistema gestionale.

Tali criticità hanno pesanti conseguenze

1. per l'incompletezza dei dati con ricadute:
 - a. gestionali
 - b. di finanziamento (flusso regionale per il finanziamento)
 - c. di salute (impossibilità troppo frequente di seguire e valutare il risultato di salute)
2. per la scarsa qualità dei dati e incapacità di una puntuale verifica del rispetto dei criteri di Buona Pratica

Le lezioni dal passato

Le principali criticità del sistema informativo dei programmi di screening , evidenziate in 6 anni di attività sono, quindi:

- S.I. (tracciato record) progettato sino alla “indicazione terapeutica” e non sul risultato dello screening
- Software gestionali diversi (linguaggi, performance, gestibilità) con gravi squilibri di performance tra le ASL
- differenti setting aziendali, al riguardo di disponibilità effettiva di informatici, assistenza, manutenzione nonché competenze e architetture organizzative diverse dei sistemi informatici;

- Diseconomie aziendali nella gestione e manutenzione (Hw, personale ecc)
- Scarsa qualità dei dati
- Tempistica dei flussi non rispettata

In base alle criticità elencate bisogna riconsiderare gli obiettivi del sistema gestionale.

Obiettivi sistema gestionale

Assicurare il “profilo assistenziale”

- Il programma di screening non si esaurisce nella somministrazione del test di primo livello
- L'efficacia e la qualità dell'intero programma sono possibili solo attraverso l'integrazione operativa di tutti gli operatori e le strutture coinvolti

Flessibilità e penetrazione territoriale

- il sistema gestionale deve essere flessibile rispetto alle scelte organizzative,
- deve assicurare le seguenti funzioni:
 - funzioni operative e/o
 - supervisione e/o
 - controllo
- il sistema gestionale deve permettere significative modificazioni organizzative nel tempo

Fornire informazioni di governo:

- il sistema gestionale deve alimentare il sistema informativo,
- le funzioni informative da alimentare sono:
 - epidemiologiche
 - di impatto
 - di assorbimento delle risorse

Sicurezza

- protocollo sicuro e chiavi di criptazione
- separazione dei dati anagrafici con i dati sensibili sia nella fase di archiviazione dati nel database centrale che nelle modalità di interfaccia utente per la gestione dati

Economie di scala

- centralizzazione di alcune funzioni
 - Spedizione postale degli inviti e delle comunicazioni (Postel)
 - Manutenzione e aggiornamento sw
- riduzione delle diseconomie ed inefficienze derivanti dai diversi contesti organizzativi aziendali.

In ragione di questi obiettivi di un sistema gestionale avanzato e adeguato alla risoluzione delle criticità (intese come debolezze organizzative e squilibri) evidenziate, si individua la soluzione in un sistema gestionale via web.

I vantaggi di un' applicazione Web-Based possono essere sintetizzati in:

- ❖ accesso istantaneo alle informazioni, da parte di qualsiasi utente collegato ad Internet;
- ❖ nessun bisogno di aggiornare il Client (nessun cd, nessun file da scaricare, nessuna installazione da fare);
- ❖ pochi requisiti per quanto riguarda l'hardware dell'utente;
- ❖ presenza centralizzata delle informazioni (unico database)
- ❖ possibilità di dare in gestione ad un ente esterno l'intera piattaforma informatica (housing)

Caratteristiche del Sistema Informativo via WEB

Il software gestionale web based consente la ottimizzazione delle diverse fasi del processo di screening:

- gestione dell'anagrafica
- gestione dell'agenda e spedizione degli inviti (attraverso il portale Printel)
- gestione accettazione dei soggetti coinvolti
- espletamento e refertazione del test I livello
- gestione degli approfondimenti diagnostici e del trattamento chirurgico
- produzione di elaborazioni statistiche, report, export dati, ecc
- calcolo e monitoraggio degli indicatori di performance.

L'applicazione web based permette l'accesso istantaneo alle informazioni da parte di qualsiasi utente autorizzato (centro di coordinamento, servizi di radiologia, anatomia patologica, chirurgia), e la visualizzazione in tempo reale dell'andamento del programma di screening.

Inoltre si basa su un'architettura centralizzata appoggiata sulla rete internet avente un browser come software di interfaccia per l'utenza.

Quindi, alla luce degli obiettivi della legge 138, si definiscono i seguenti obiettivi del progetto:

Obiettivi del progetto

1. Realizzare un sistema informativo web con un unico database regionale per lo screening mammografico, integrato con il sw SQTm
2. Offrire alle varie ASL il prodotto gratuito e il recupero gratuito dei dati già immagazzinati nei rispettivi sw gestionali, realizzando il recupero degli squilibri determinati dalle carenze organizzative

Risultati attesi

1. L'ASP produrrà in partenariato con una softer-house esperta un sistema gestionale unico regionale, utilizzando l'esperienza maturata per lo screening del cancro del colon e ottimizzando alcune soluzioni già realizzate quali:
 - anagrafica unica regionale via web,
 - produzione dei file di indirizzi per spedizione lettere (invito, refertazione) attraverso il portale Printel,
 - modulo per l'acquisizione via internet dei dati di alcune ASL.
2. il prodotto sarà concepito in modo tale da rispettare le autonomie gestionali aziendali e le specificità locali
3. il prodotto sarà offerto gratuitamente alle ASL insieme a recupero gratuito dei dati già disponibili negli archivi delle ASL e il loro adattamento al diverso software
4. saranno centralizzate le funzioni di manutenzione ed adeguamento del sw.

Indicatori di valutazione del progetto

1. realizzazione del sw gestionale secondo le specifiche di cui sopra
2. proporzione delle ASL che adotteranno il sw
3. proporzione delle ASL per le quali sarà compiuto il recupero dei dati
4. tasso dei record incompleti rilevati trimestralmente

Tempi

La fase di analisi e di predisposizione del sistema sarà terminata entro il 30 dicembre 2005

La fase di recupero dati nelle ASL che accederanno al servizio sarà compiuta entro il dicembre 2006

Budget

Integrazione sw esistenti e avvio sistema	105.000
Attività di analisi e avvio presso sede ASP per un totale di 15 accessi (costo singolo accesso € 1.103,00 + IVA)	10000
Recupero dati	10000
Contratto 1 anno informatico junior (50%)	15.000
Trasferte	904
Organizzazione	7.000
Formazione	5.000
	152.904

PROGETTO n° 2

TITOLO	Obiettivi di riferimento lg 138 (euro)		
	Obiettivo conso- lidamento	Obiettivo rie- quilibrio	Totale
Consolidamento dei programmi di screening citologico mediante la messa a punto di un sistema gestionale web, la messa a disposizione gratuita per le ASL con squilibri organizzativi e il recupero dei dati delle ASL	94.830	53.342	148.171

BACKGROUND E CRITICITÀ

A seguito della DGR 42236/97 che istituiva i programmi di screening del cancro della mammella e delle cervice uterina, ogni ASL ha provveduto alla individuazione e alcune volte, alla realizzazione in proprio, di un sw gestionale. Ognuno di questi sw era obbligato a produrre un flusso di dati trimestrali basato su tracciato record standard che riguardava il percorso dello screening sino alla eventuale indicazione operativa, non comprendendo, quindi, tutte le informazioni necessarie a seguire la paziente durante le fasi della terapia chirurgica e medica) e ostacolando notevolmente la valutazione di esito dello screening.

Il flusso trimestrale viene sottoposto a un'onerosa attività di valutazione della qualità del dato con ri-invii molteplici tra ASL e ASP.

L'ASP ha compiuto site-visit (vedi analisi criticità) presso tutte le ASL al fine di analizzare il modello organizzativo e di valutare le performance dei sistemi gestionali-informativi; ha prodotto dei report con i suggerimenti del caso, riscontrando tuttavia il permanere sostanziale delle difficoltà sopra elencate soprattutto per la incapacità delle ASL di affrontare in modo radicale, efficiente ed efficace le criticità del sistema gestionale.

Tali criticità hanno pesanti conseguenze

1. per l'incompletezza dei dati con ricadute:
 - a. gestionali
 - b. di finanziamento (flusso regionale per il finanziamento)
 - c. di salute (impossibilità troppo frequente di seguire e valutare il risultato di salute)
2. per la scarsa qualità dei dati e incapacità di una puntuale verifica del rispetto dei criteri di Buona Pratica

Le lezioni dal passato

Le principali criticità del sistema informativo dei programmi di screening , evidenziate in 6 anni di attività sono, quindi:

- S.I. (tracciato record) progettato sino alla “indicazione terapeutica” e non sul risultato dello screening
- Software gestionali diversi (linguaggi, performance, gestibilità) con gravi squilibri di performance tra le ASL
- differenti setting aziendali, al riguardo di disponibilità effettiva di informatici, assistenza, manutenzione nonché competenze e architetture organizzative diverse dei sistemi informatici;
- Diseconomie aziendali nella gestione e manutenzione (Hw, personale ecc)
- Scarsa qualità dei dati

- Tempistica dei flussi non rispettata

In base alle criticità elencate bisogna riconsiderare gli obiettivi del sistema gestionale.

Obiettivi sistema gestionale

Assicurare il “profilo assistenziale”

- Il programma di screening non si esaurisce nella somministrazione del test di primo livello
- L'efficacia e la qualità dell'intero programma sono possibili solo attraverso l'integrazione operativa di tutti gli operatori e le strutture coinvolti

Flessibilità e penetrazione territoriale

- il sistema gestionale deve essere flessibile rispetto alle scelte organizzative,
- deve assicurare le seguenti funzioni:
 - funzioni operative e/o
 - supervisione e/o
 - controllo
- il sistema gestionale deve permettere significative modificazioni organizzative nel tempo

Fornire informazioni di governo:

- il sistema gestionale deve alimentare il sistema informativo,
- le funzioni informative da alimentare sono:
 - epidemiologiche
 - di impatto
 - di assorbimento delle risorse

Sicurezza

- protocollo sicuro e chiavi di criptazione
- separazione dei dati anagrafici con i dati sensibili sia nella fase di archiviazione dati nel database centrale che nelle modalità di interfaccia utente per la gestione dati

Economie di scala

- centralizzazione di alcune funzioni
 - Spedizione postale degli inviti e delle comunicazioni (Postel)
 - Manutenzione e aggiornamento sw
- riduzione delle diseconomie ed inefficienze derivanti dai diversi contesti organizzativi aziendali.

In ragione di questi obiettivi di un sistema gestionale avanzato e adeguato alla risoluzione delle criticità (intese come debolezze organizzative e squilibri) evidenziate, si individua la soluzione in un sistema gestionale via web.

I vantaggi di un' applicazione Web-Based possono essere sintetizzati in:

- ❖ accesso istantaneo alle informazioni, da parte di qualsiasi utente collegato ad Internet;
- ❖ nessun bisogno di aggiornare il Client (nessun cd, nessun file da scaricare, nessuna installazione da fare);
- ❖ pochi requisiti per quanto riguarda l'hardware dell'utente;
- ❖ presenza centralizzata delle informazioni (unico database)
- ❖ possibilità di dare in gestione ad un ente esterno l'intera piattaforma informatica (housing)

Caratteristiche del Sistema Informativo via WEB

Il software gestionale web based consente la ottimizzazione delle diverse fasi del processo di screening:

- gestione dell'anagrafica
- gestione dell'agenda e spedizione degli inviti (attraverso il portale Printel)
- gestione accettazione dei soggetti coinvolti
- espletamento e refertazione del test I livello
- gestione degli approfondimenti diagnostici e del trattamento chirurgico
- produzione di elaborazioni statistiche, report, export dati, ecc
- calcolo e monitoraggio degli indicatori di performance.

L'applicazione web based permette l'accesso istantaneo alle informazioni da parte di qualsiasi utente autorizzato (centro di coordinamento, centri prelievo, consultori, servizi di anatomia patologica, chirurgia), e la visualizzazione in tempo reale dell'andamento del programma di screening.

Inoltre si basa su un'architettura centralizzata appoggiata sulla rete internet avente un browser come software di interfaccia per l'utenza.

Quindi, alla luce degli obiettivi della legge 138, si definiscono i seguenti obiettivi del progetto:

Obiettivi del progetto

1. Realizzare un sistema informativo web con un unico database regionale per lo screening citologico, realizzando un sistema gestionale più solido ed economico
2. Offrire alle varie ASL il prodotto gratuito e il recupero gratuito dei dati già immagazzinati nei rispettivi sw gestionali, realizzando il recupero degli squilibri determinati dalle carenze organizzative

Risultati attesi

1. L'ASP produrrà in partenariato con una softer-house esperta un sistema gestionale unico regionale, utilizzando l'esperienza maturata per lo screening del cancro del colon e ottimizzando alcune soluzioni già realizzate quali:
 - anagrafica unica regionale via web,
 - produzione dei file di indirizzi per spedizione lettere (invito, refertazione) attraverso il portale Printel,
 - modulo per l'acquisizione via Internet dei dati di alcune ASL.
2. il prodotto sarà concepito in modo tale da rispettare le autonomie gestionali aziendali e le specificità locali
3. il prodotto sarà offerto gratuitamente alle ASL insieme a recupero gratuito dei dati già disponibili negli archivi delle ASL e il loro adattamento al diverso software
4. saranno centralizzate le funzioni di manutenzione ed adeguamento del sw.

Indicatori di valutazione del progetto

1. realizzazione del sw gestionale secondo le specifiche di cui sopra
2. proporzione delle ASL che adotteranno il sw

3. proporzione delle ASL per le quali sarà compiuto il recupero dei dati
4. tasso dei record incompleti rilevati trimestralmente

Tempi

La fase di analisi e di predisposizione del sistema sarà terminata entro il 30 dicembre 2005

La fase di recupero dati nelle ASL che accederanno al servizio sarà compiuta entro il dicembre 2006

Budget

Integrazione sw esistenti e avvio sistema	105.000
Attività di analisi e avvio presso sede ASP per un totale di 15 accessi (costo singolo accesso € 1.103,00 + IVA)	10000
Recupero dati	10000
Contratto 1 anno informatico junior (50%)	15.000
Trasferte	871
Organizzazione	2.300
Formazione	5.000
	148.171

Progetto n 3

Titolo						Totale
				Obiettivo consolidamento	Obiettivo riequilibrio	
Consolidamento e riequilibrio dei programmi di screening mediante un programma di formazione/sensibilizzazione dei professionisti e della società civile (formazione di formatori MMG, re-training degli specialisti; empowerment e partnership con le associazioni;)				52.615	29.291	81.906

Premessa

Il Programma di screening (PS) è stato definito come un “programma organizzato in cui tutta la popolazione in età giudicata a rischio è sistematicamente invitata dalla struttura sanitaria ad eseguire un test di primo livello; i soggetti invitati aderiscono volontariamente. E’ la struttura sanitaria che inizia il contatto e prende in carico il destinatario dell’intervento, assicurando il *disease management*. La qualità del programma è sistematicamente promossa e valutata” (Sackett 75, modificato).

Il PS riguarda patologie di grande rilevanza¹, si basa su sicure evidenze di efficacia^{2,3} ed è realizzato secondo linee guida validate⁴; è necessario inoltre una programmazione di tutte le tappe del percorso “assistenziale”: dall’invito di un soggetto asintomatico individuato come “a rischio” sino al trattamento delle lesioni eventualmente diagnosticate.

Il programma di screening realizza in modo estensivo e compiuto la definizione di disease management^{5,6}; infatti, integra tutte le strutture, le professionalità e le competenze in un percorso orientato al cittadino, che conduce ad un guadagno di salute. Arricchisce, anzi, tale definizione in quanto è finalizzato alla prevenzione partendo da un bisogno di salute generalmente inespresso e non da una domanda di prestazioni. Esso prevede la definizione “a priori” dei seguenti elementi: la popolazione target; le strutture ove eseguire il test di primo livello, gli approfondimenti e la terapia; le modalità ed i tempi di accesso secondo linee preferenziali; gli atti tecnico-professionali appro-

¹ Morrison AS Screening in Chronic disease 1992 Oxford University Press New York-Oxford
² Humphrey LL, Helfand M, Chan BKS, Woolf SH. Breast cancer screening: summary of the evidence. *Ann Intern Med* 2002;137:344-6
³ Miettinen OS, Henschke CI, Pasmantier MW, Smith JP, Libby DM, Yankelevitz DF. Mammographic screening: no reliable supporting evidence? *Lancet*. 2002 Feb 2;359(9304):404-5.
⁴ European Commission European guidelines for quality assurance in mammography screening 3rd Ed. Office for Official Publications of the European Communities Luxembourg 2001
⁵ Disease Management Association of America 2000 <http://www.dmaa.org/definition.html>
⁶ Wagner EH Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract*. 1998 Aug-Sep;1(1):2-4.

priati; l'integrazione delle professionalità e delle discipline; il monitoraggio e la valutazione di qualità.

Nel Lazio, il PS mammografico è rivolto a 700.000 donne, di età compresa tra i 50 e i 69 anni inviate mediante lettera personale. Le donne che rispondono all'invito vengono sottoposte ad una mammografia bilaterale in 2 proiezioni (test di I livello) eseguita da un tecnico radiologo, il cui esito determina il richiamo della donna dopo due anni (round di screening), oppure l'invito della donna a sottoporsi ad esami di approfondimento diagnostico interdisciplinare (test di II livello). Le donne che necessitano di intervento chirurgico sono inviate presso un centro di riferimento. Il programma è assicurato in tutta la Regione da circa 180 operatori di profili professionali diversi afferenti alle discipline: Organizzazione, Radiologia, Chirurgia, Anatomopatologia, Oncologia, Oncologia-radioterapia, Psiconcologia; con una certa frequenza sono esternalizzati i servizi di call-center e/o accettazione.

Il PS citologico è rivolto a circa 1.600.000 donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni coinvolte mediante una lettera di invito. Le donne che rispondono all'invito sono sottoposte ad un pap-test di screening (test di I livello), il cui esito determina il richiamo della donna dopo tre/quattro anni (round di screening) oppure l'invito della donna a sottoporsi ad esami di approfondimento diagnostico (test di II livello).

Le donne che necessitano di intervento chirurgico sono inviate presso un centro di riferimento. Il programma è assicurato dal concorso di operatori di profili professionali afferenti alle discipline: Organizzazione, Ostetricia-ginecologia, Chirurgia, Anatomopatologia, Oncologia, Oncologia-radioterapia, Psiconcologia.

Il PS del cancro del colon retto, in via di implementazione, è rivolto a 1.500.000 donne e uomini di 50-74 anni (popolazione a rischio generico), coinvolte mediante lettera d'invito. Le persone che rispondono all'invito eseguono una ricerca del sangue occulto fecale (test di I livello), il cui esito determina il richiamo dopo due anni (round di screening) oppure l'invito a sottoporsi ad esami di approfondimento diagnostico (colonscopia di II livello).

Le persone che necessitano di intervento chirurgico sono inviate presso un centro di riferimento. Il programma è assicurato dal concorso di operatori di profili professionali afferenti alle discipline: Organizzazione, Medici di Medicina Generale (MMG), Gastroenterologia-endoscopia, Chirurgia, Anatomopatologia, Oncologia, Oncologia-radioterapia, Psiconcologia.

Analisi del contesto di riferimento

Il problema di organizzare, assicurare, garantire e valutare processi di cura efficaci e di buona qualità è un problema che riguarda tutto il sistema sanitario (nazionale e regionale) ma diventa particolarmente pregnante per i programmi di screening in quanto livello essenziale di assistenza e, quindi, profilo assistenziale di dimensione regionale.

Un'azione di governo tesa a questo fine deve caratterizzarsi come rispettosa della partecipazione degli operatori, valorizzandone gli specifici apporti professionali (“clinici”) e favorendo, sistematizzandola, l'interazione multiprofessionale e multidisciplinare subordinata ad un chiaro obiettivo di salute.

Un'altra esigenza è quella di ridefinire i rapporti tra cittadini e strutture in modo tale che la capacità di questi ultimi di offrire un servizio di buona qualità rappresenti esplicitamente l'aspetto centrale dei termini della loro *accountability*, vale a dire della loro responsabilizzazione nei confronti di cittadini e pazienti⁷. Ciò ha portato all'adozione di un modello teorico di riferimento definito come *clinical governance*.

La *clinical governance* è il complesso dei mezzi attraverso i quali il sistema sanitario assicura la disponibilità di cure cliniche di qualità, rendendo gli operatori responsabili dello stabilire, mantenere e monitorare standard di rendimento⁸. L'essenza della responsabilità è l'identificazione e l'accettazione del ruolo e dei compiti di ogni clinico o manager. In particolare, “ogni clinico è responsabile di fornire ad ogni paziente cure di alta qualità e di essere in grado di dimostrare ciò definendo e monitorando standard accettabili. L'istituzione ha una responsabilità analoga e, inoltre, di assicurare che i propri clinici dipendenti rispondano esaurientemente alle rispettive responsabilità”^{9,10}.

Il successo, in termini di efficacia pratica e di efficienza, dei programmi di screening è condizionato perciò dallo sviluppo di una *partnership* tra i professionisti protagonisti dei programmi, siano essi clinici o manager, e tra essi e la cittadinanza.

Alla base di ogni *partnership* vi sono soggetti che decidono di lavorare insieme condividendo obiettivi, risorse, processi e modelli organizzativi - sull'implicito presupposto che lavorando insieme si lavora meglio. Il successo di ogni *partnership* si basa oltre che su una chiara definizione delle re-

⁷ Grilli R. Governo clinico. CARE 2003 luglio agosto (n. 4), 18-19

⁸ Grilli R. Governo clinico. CARE 2003 luglio agosto (n. 4), 18-19

⁹ National health Service Clinical governance: Quality in the new NHS Department of Health 1999 <http://www.doh.gov.uk>

¹⁰ A First Class Service - Quality in the new NHS-1997 <http://www.doh.gov.uk>

sponsabilità e dei compiti anche sul clima di fiducia che viene ad instaurarsi tra le parti, sulla base della *trasparenza* e dell'*accountability* che viene data alle rispettive azioni.

Il perseguimento della trasparenza e accountability dei PS va di pari passo con la garanzia dell'eticità, della sicurezza e della qualità della comunicazione tra PS e i destinatari.

La *garanzia etica* viene perseguita attraverso attività di ricerca e iniziative specifiche; fra queste la principale è la costituzione di un Comitato etico per gli screening, prima esperienza in Italia, all'avanguardia sul tema del rapporto tra etica e Sanità Pubblica e sul ruolo dei comitati etici.

La *garanzia di sicurezza* è perseguita mediante un programma di gestione del rischio clinico. Il programma, che affronta il problema degli incidenti in un'ottica sistemica, ha come cardine il coinvolgimento di tutti gli operatori di tutte le ASL del Lazio che condividono ogni tappa del percorso.

La *qualità della comunicazione* con i destinatari è oggetto di analisi formali degli strumenti di comunicazione; di focus group con pazienti/utenti; di ricerche sperimentali basate su interviste campionarie.

I *professionisti* comprendono gli operatori appartenenti a varie discipline e specializzazioni coinvolti in tutte le fasi del profilo assistenziale. Un ruolo cruciale è esercitato dai MMG.

I MMG esercitano un ruolo nel favorire l'accesso dei cittadini-utenti al servizio sanitario regionale, nell'integrazione tra ospedale e territorio nonché nelle attività di prevenzione e promozione della salute individuale e collettiva.

Un'indagine effettuata presso le Aziende sanitarie della Regione Lazio ha rivelato come i MMG siano coinvolti sporadicamente e certamente non in modo sistematico ed uniforme sul territorio; il loro coinvolgimento avviene occasionalmente tramite l'invio di materiale informativo, report, riunioni, corsi di aggiornamento e in pochi casi attraverso l'offerta diretta di servizi. Un'ulteriore indagine finalizzata a rivelare le attitudini, conoscenze e pratiche cliniche relativamente allo screening del colon-retto dei MMG di 13 dei 50 distretti della regione Lazio ha evidenziato uno scarso interesse dei MMG per lo screening. Inoltre, lo studio ha dimostrato come la conoscenza dello screening e l'utilizzo di linee guida come fonte di informazione scientifica sono importanti fattori per migliorare le loro attitudini riguardo allo screening, ma un'ampia percentuale di MMG seppur informati non raccomandano lo screening del colon-retto ai loro assistiti.

L'analisi conferma che ci sono ampi margini per un miglioramento nella collaborazione con i MMG attraverso un loro più strutturato coinvolgimento sia in forma diretta, quali attori dei percorsi diagnostico-terapeutici, sia in forma indiretta, attraverso l'opera di informazione e promozione dei PS.

La formazione costituisce lo strumento privilegiato per il raggiungimento di questo obiettivo. Una delle linee strategiche individuate in base alle risultanze della sperimentazione (DGR 2039/01) è stata quella di favorire la maggiore integrazione possibile fra MMG coinvolti e centri di endoscopia. Il criterio principale di individuazione dei MMG cui richiedere di aderire è quello della distanza “ambulatorio MMG-Ospedale”.

Secondo il modello organizzativo, l'individuazione dei MMG aderenti (e, conseguentemente, dei loro iscritti) è prioritaria rispetto alla identificazione dei soggetti da invitare da parte dell'ASL.

In letteratura sono riportate numerose evidenze sulla *variabilità* dei comportamenti nella pratica clinica dei professionisti e dell'efficacia pratica (*efficacy*) di alcuni test. Si possono citare ad esempio le notevoli discrepanze nell'ambito dei tassi di successo riportati nell'esecuzione di una colonscopia: endoscopisti esperti ottengono la visualizzazione dell'intero colon – fino al cieco - in oltre il 90% dei casi ma endoscopisti “self-trained” possono avere percentuali di successo anche di solo il 54%^{11, 12}.

Nel programmare uno screening di popolazione bisogna considerare inoltre, insieme ai benefici, anche le altre conseguenze dello screening¹³; oltre i principali elementi dell'analisi costo-efficacia (costi e morti prevenute) si deve tener conto che ogni esame, sia esso una mammografia o un esame endoscopico non è scevro da complicazioni o effetti collaterali¹⁴. Ad esempio le complicazioni e gli effetti avversi della colonscopia (che includono perforazioni con eventuale intervento chirurgico, emorragie, complicazioni cardio-respiratorie, aritmia, ecc)^{15, 16, 17} possono essere sia precoci sia tardive¹⁸. I tassi delle complicazioni tendono ad essere sottostimati perché non esiste un reporting condiviso e formalizzato e i dati pubblicati derivano in genere da centri di eccellenza¹⁹. La riduzione delle complicazioni favorisce la compliance degli utenti/pazienti.

Da queste considerazioni nasce l'esigenza di affrontare il problema del training / re-training dei professionisti.

¹¹ National Health and Medical Research Council Guidelines for the prevention early detection and management of colorectal cancer. Australia 1999

¹² American Society for gastrointestinal Endoscopy. Quality and outcomes assessment in gastrointestinal endoscopy Gastrointest Endosc 2000 Dec; 52(6):827-830

¹³ Rhodes JM. Colorectal cancer screening in the UK: Joint Position Statement by the British Society of Gastroenterology, The Royal College of Physicians, and The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland. Gut. 2000 Jun;46(6):746-8

¹⁴ American Gastroenterological Association Colorectal cancer screening: clinical guidelines and rationale gastroenterology1997; 112:594-642

¹⁵ National Health and Medical Research Council Guidelines for the prevention, early detection and management of Colorectal Cancer Australia 1999

¹⁶ Ontario Expert Panel Colorectal cancer screening 1999

¹⁷ Fleischer DE, Van de Mierop F, Eisen GM, al-Kawas FH, Benjamin SB, Lewis JH, Nguyen CC, Avigan M, Tio TL, Kidwell JA. A new system for defining endoscopic complications emphasizing the measure of importance. Gastrointest Endosc. 1997 Feb;45(2):128-33

¹⁸ Froehlich F, Gonvers JJ, Vader JP, Dubois RW, Burnand B. for The European Panel on Appropriateness of Gastrointestinal Endoscopy Appropriateness of gastrointestinal endoscopy: risk of complications. Endoscopy. 1999 Oct;31(8):684-6

¹⁹ Zubarik R, Fleischer DE, Mastropietro C, Lopez J, Carroll J, Benjamin S, Eisen G. Prospective analysis of complications 30 days after outpatient colonoscopy. Gastrointest Endosc. 1999 Sep;50(3):322-8

Il concetto di cittadinanza trova la sua esplicitazione nelle molteplici espressioni che la *società civile* assume a partire dai movimenti fino alle varie forme di associazionismo.

In particolare l’Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, nell’ambito dei Programmi di screening, ha già attivato convezioni con alcune associazioni quali Andos - Associazione Nazionale Donne Operate al Seno, Komen Italia Onlus, A.M.D. - Associazione Movimento Donna, Europa Donna e CRI - Croce Rossa Italiana. Inoltre è in corso una collaborazione con i Comitati Pari Opportunità di vari enti (FS, INAIL, ISS, ACI, ENAV, INFN) che ha portato alla realizzazione del progetto “Opportunità Salute” che costituisce un’iniziativa di informazione oncologica destinata ai lavoratori e lavoratrici (realizzata con la collaborazione della CRI).

Insieme a questi molteplici soggetti, ed ad altri che si verranno ad identificare nel tempo, si intende realizzare un’alleanza sociale che ha lo scopo di promuovere e sostenere i programmi di screening.

La partecipazione ed il coinvolgimento dei cittadini/utenti/pazienti, nelle varie forme ed espressioni, è stata finora occasionale, limitata ad alcuni casi sporadici.

Razionale

Nell’ambito dei PS, così come in altri ambiti della prevenzione, i tassi di adesione e di copertura della popolazione costituiscono fattori critici e condizionanti il successo dei programmi stessi.

Il tasso corretto di partecipazione (o adesione) è il rapporto tra gli esami eseguiti e le persone invitate (al denominatore vengono tolte le persone che hanno risposto alla lettera di invito segnalando di avere già eseguito il test da pochi mesi al di fuori del programma) .

I tassi di adesione corretta della popolazione target nella Regione Lazio relativi al PS Mammografico sono messi in evidenza di seguito²⁰.

Tabella 1 : Adesione corretta della popolazione invitata allo Screening Mammografico – Anno 2002²¹

Regione	Adesione corretta (%)	Accettabile (%)	Desiderabile (%)
Lazio	41,3	≥60	≥75
Emilia- Romagna	68,4	≥60	≥75

20 Osservatorio Nazionale per la Prevenzione dei Tumori Femminili Terzo Rapporto

21 Osservatorio Nazionale per la Prevenzione dei Tumori Femminili Terzo Rapporto

Italia	60,8	≥60	≥75
--------	------	-----	-----

Dai dati di attività disponibili dal sistema informativo si osserva che i programmi di screening citologico attivi hanno raggiunto dall'inizio di attivazione ad oggi 658.837 donne corrispondenti al 51.0% circa della popolazione target. L'adesione media regionale è del 24.0% circa (I passaggio di screening).

La percentuale di adesione è influenzata da fattori quali lo stato socio-economico, il grado di scolarità, l'età ed il luogo di nascita, etc.

Data l'influenza di fattori legati al contesto culturale e socio-economico, non è possibile identificare una stretta relazione di causa-effetto tra informazione/comunicazione e adesione, dai dati del Lazio e dalla comparazione di essi con quelli di altre realtà regionali si evince la necessità di un forte un processo di consolidamento dei programmi di screening che comporti un aumento significativo dell'adesione.

Si tratta, quindi, di sviluppare alleanze e partnership con gli operatori e con i movimenti e le associazioni della società civile al fine di promuovere una adesione informata e consapevole ai programmi di prevenzione oncologica.

Vi è la necessità quindi di dotarsi di nuovi strumenti per promuovere una forte spinta culturale all'interno del sistema sanitario, tra i professionisti, e all'esterno, nella società civile, che possa avere ricadute a lungo termine sulla percentuale di adesione ai PS.

Gli strumenti individuati sono l'empowerment e la formazione.

La programmazione di un progetto di empowerment e partnership si sviluppa come articolazione del progetto generale di *clinical governance*, iniziato nel periodo 2003-2004.

Il progetto di empowerment presenta tuttavia delle motivazioni specifiche connaturate alle caratteristiche del PS.

Una prima, più generale risiede nel fatto che il PS come intervento di prevenzione di massa ha un interesse non solo per il singolo (riduzione della mortalità causa specifica e miglioramento della qualità di vita) ma anche per la collettività come espressione dei valori di solidarietà e sussidiarietà; come intervento su un soggetto collettivo da parte di una istituzione governativa (nazionale e/o regionale); come beneficio sull'impatto della malattia neoplastica (famiglie e care-givers, assorbimento attivo di risorse, depauperamento delle risorse lavorative e sociali ecc.).

Un'altra ragione generale, di tipo organizzativo, riguarda le caratteristiche del PS come profilo assistenziale complesso, integrato tra territorio ed ospedale, rivolto a grandi masse di cittadini: ciò determina la necessità di garantire l'umanizzazione del percorso.

Una terza causa specifica risiede nel fatto di rivolgersi attivamente a persone asintomatiche, cioè più ad un bisogno non percepito che ad una domanda espressa: ciò rende più scottante il problema della comunicazione e le esigenze di garanzia etica.

Una quarta causa specifica è che il PS è un intervento efficace solo se raggiunge un'adeguata copertura: l'aumento della compliance è un obiettivo sostanziale ma che deve essere garantito con un meccanismo di fidelizzazione e autorevolezza della struttura.

Un'altra ragione specifica è che la procedura prevede che per tutto il primo livello la persona aderente non abbia un rapporto diretto con il medico ma, esattamente, con l'organizzazione: ciò aumenta le esigenze di umanizzazione, trasparenza, fidelizzazione e responsabilità.

Un altro aspetto metodologico fondamentale è quello di voler sempre agire rispetto al profilo assistenziale nella sua interezza, articolando poi gli interventi e le azioni a livello regionale, di ASL e di specifica fase del PS.

La sensibilizzazione degli operatori e la formazione dei professionisti costituisce l'altro strumento in grado di modificare la percezione ed i comportamenti nei confronti dei PS, ponendo le basi per una cultura dello screening.

Vi è la necessità di perseguire un coinvolgimento strutturato e sistematico dei cittadini/utenti/pazienti ai vari livelli dei PS (regionale, aziendale e microprocesso) e nelle varie realtà territoriali.

La visione a lungo termine è quella di incorporare, attraverso l'elaborazione di adeguati strumenti, il punto di vista, e talora vissuto, dei cittadini/utenti/pazienti all'interno dei processi di pianificazione, organizzazione, valutazione e monitoraggio dei programmi di screening. La vera sfida consiste nel promuovere un passaggio culturale da un atteggiamento di auto-referenzialità dei programmi verso un orientamento e modellamento degli stessi sulla base dei bisogni reali e legittimi dei destinatari a tutti i livelli del Sistema sanitario.

OBIETTIVI

La finalità che si pone il progetto è il consolidamento e riequilibrio dei programmi di screening oncologici mediante un programma di formazione/sensibilizzazione e retraining dei professionisti e di *empowerment* con le associazioni e la società civile.

Il progetto si articola nei seguenti sottoprogetti.

- Formazione di animatori di formazione (formatori) dei MMG.
- Retraining dei professionisti.
- Empowerment e partnership con le associazioni.

Formazione di animatori di formazione (formatori) dei MMG

Il sottoprogetto intende raggiungere i seguenti obiettivi.

- Attività di sensibilizzazione e informazione/educazione dei MMG.
- Sviluppo di un'alleanza strategica con i MMG.
- Il coinvolgimento progressivo e sistematico dei MMG nell'ambito dei programmi di screening.
- Garanzia e standardizzazione del profilo assistenziale a livello locale e regionale.
- Continuità assistenziale tra ospedale e territorio e all'interno del programma di screening.

Re-training dei professionisti

Il sottoprogetto si pone i seguenti obiettivi:

- Promuovere la qualità professionale.
- Aumentare / assicurare l'affidabilità dei professionisti dal punto di vista della popolazione target (sia a rischio generico che ad alto rischio) e dell'autorità committente regionale.
- Contribuire all'efficacia e alla qualità dei programmi di screening.
- Ridurre la variabilità non appropriata osservata nella pratica clinica.

Empowerment e partnership con le associazioni

L'obiettivo generale è quello di un coinvolgimento rigoroso, strutturato e sistematico dei cittadini/utenti/pazienti, nelle varie forme ed espressioni, attraverso l'avvio di un processo di empower-

ment & partnership della cittadinanza che interessi i vari livelli dei PS (regionale, aziendale e microprocesso) e le diverse realtà territoriali.

Gli obiettivi specifici che il progetto si pone sono:

- aumentare la consapevolezza dei cittadini rispetto all'uso di questo intervento di prevenzione evidence-based;
- aumentare l'aderenza della popolazione allo screening al fine di garantirne l'effectiveness;
- migliorare il coinvolgimento dei cittadini nell'erogazione dello screening, nella promozione della qualità;
- garantire l'eticità dei PS;
- esplicitazione dei rapporti con i soggetti collettivi;
- adozione di un approccio comune per lo sviluppo della partecipazione in tutte le aziende sanitarie della Regione;
- utilizzo del coinvolgimento come occasione di educazione sanitaria dell'utenza specifica e della popolazione a qualche titolo implicata.
- l'avvio di un processo di rendicontazione sociale dei PS.

Metodo

Il programma si sviluppa insieme ai principali stakeholder: professionisti del sistema sanitario, coinvolti più o meno direttamente nei PS; associazioni di utenti; cittadini e volontari, singoli pazienti e cittadini.

La durata prevista del progetto è di due anni.

Inoltre sono sviluppate specifiche metodologie relative ai sottoprogetti.

Empowerment e partnership con le associazioni

La metodologia prevede le seguenti fasi.

- Analisi bibliografica e ricognizione delle esperienze svolte a livello locale.
- Identificazione delle fasi del profilo assistenziale complesso che implicano l'empowerment dei vari stakeholder, ed in particolare delle associazioni.
- Individuazione delle variabili personali e di comunità/contexto che incidono sull'“empowerment” relativamente alle varie fasi ed ai vari stakeholder.
- Identificazione delle caratteristiche dei processi di comunicazione da considerare/utilizzare rispetto ai contenuti ed alle finalità comunicative per i diversi stakeholder.

- Costruzione di una griglia di finalità, impatto, vantaggi e svantaggi dei diversi metodi e strumenti.

Il coinvolgimento delle associazioni/utenti si serve di metodi di indagine, quali

- Interrogazione
- Intervista
- Focus group
- Forum di cittadini, pazienti, operatori

Oltre a metodi di gestione informativa/educativa

- Riunione, anche nella forma dell'assemblea
- Colloquio

Formazione di animatori di formazione (formatori) dei MMG

Il sottoprogetto si propone la formazione e l'addestramento attraverso la realizzazione di un Corso di training degli animatori di formazione della Medicina Generale, in partnership con le Scuole di Formazione della medicina Generale sui contenuti dei programmi di screening per i tumori della mammella, cervice uterina e colon con una particolare attenzione al ruolo dei MMG (articolato per gli specifici setting).

Retraining dei professionisti

Il sottoprogetto si basa sulla metodologia dell'autoassessment, compiuto in una situazione di esecuzione di prestazioni diagnostiche specialistiche sotto supervisione di esperto interno; prevede altresì l'attuazione di workshop su alcuni aspetti tecnici di dibattuta gestione.

Prodotti attesi

La sensibilizzazione e informazione della società civile e delle categorie professionali prevede lo sviluppo dei seguenti prodotti:

- sito web specifico (<http://prevenzionetumori.asplazio.it>), destinato agli utenti, oltre a quello istituzionale dell'ASP, destinato ai professionisti;
- rivista dedicata (ASP-Screening);
- convegni a livello regionale e locale;
- bilancio sociale dei programmi di screening.

Quale prodotto estrinseco, quindi non completamente sotto controllo ma ad alta valenza strategica, è stato individuato il tasso di adesione della popolazione target (aumento statistico significativo a 3 anni).

Il sottoprogetto di empowerment intende mettere a disposizione dei professionisti i seguenti strumenti al fine di promuovere l'empowerment e la partnership con le associazioni.

- Indagine sul coinvolgimento di cittadini, associazioni e operatori nei programmi di screening.
- Indagini presso le Associazioni che collaborano ai programmi di screening.
- Carta dei rapporti tra ASP, ASL, Cittadini, Associazioni, Enti.
- Glossario per agire "in partnership".
- Prototipo per la realizzazione di indagini sulla percezione della qualità presso gli utenti.
- Prototipo per la realizzazione di indagini sulla soddisfazione degli operatori.
- Altri prototipi di strumenti.

Il sottoprogetto di sensibilizzazione dei MMG prevede l'esecuzione di un corso residenziale di 1.5 giorni che coinvolga un numero critico (almeno 100) di animatori di formazione in grado di promuovere la sensibilizzazione e la formazione dei MMG nel campo dei PS.

Prevede altresì la costruzione di un modulo didattico di mezza giornata da somministrare a tutti i MMG (circa 4.500) del Lazio, a cura degli animatori di formazione (Scuole di formazione).

Il sottoprogetto di retraining prevede la realizzazione di un corso pilota per i ginecologi impegnati nel secondo livello dello screening citologico articolata nelle seguenti fasi

- Survey delle performance: questionario e rimodulazione didattica
- Corso di re-training articolato in una sessione di autoassessment (workshop, simulatore, modelli animali) ed una sessione pratica con supervisore

Valutazione e monitoraggio

Per la valutazione ed il monitoraggio del progetto sono stati individuati alcuni indicatori di output.

Gli indicatori comprendono:

- Carta dei rapporti tra ASP, ASL, Cittadini, Associazioni, Enti

- Prototipo per la realizzazione di indagini sulla percezione della qualità presso gli utenti
- Numero di aziende sanitarie che hanno adottato gli strumenti prodotti
- Numero di formatori addestrati
- Numero di crediti formativi erogati ai MMG
- Numero di crediti formativi erogati ai professionisti

Tempi

Il programma sarà completato in un anno dalla data dell'avvio

Budget

Corso formazione formatori MMG	30000
Corso di retraining (una edizione)	30000
Attività di empowerment	16906
organizzazione	5000
	81906