

Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007
Relazione sullo stato di avanzamento al 31 dicembre 2007¹

Regione - Marche

Titolo del progetto: “Consolidamento dello screening della cervice uterina nella regione Marche”.

Referente: dott.ssa Cristina Mancini – Servizio Salute, Regione Marche

Relazione

1. Descrizione sintetica delle attività svolte e/o in corso di svolgimento.

Nel corso dell’anno 2007 nell’attuare il percorso di consolidamento di questo screening sono state svolte le seguenti attività:

- *stesura del nuovo protocollo diagnostico-terapeutico (PDT)*. C’era l’urgenza di aggiornare il protocollo esistente alla luce delle nuove evidenze scientifiche. L’elaborazione del PDT è stata effettuata dal Gruppo Tecnico-Scientifico Screening (GTSS), in base ad una modalità di lavoro caratterizzata dalla condivisione multidisciplinare e multiprofessionale delle tematiche. Tale modalità “condivisa” e “partecipata” ha richiesto tempo nella fase di stesura (sono occorsi infatti circa 10 incontri per giungere alla bozza definitiva), ma al contempo si ritiene che essa possa risultare garanzia di recepimento e di applicabilità locale del PDT stesso. Le idee-guida fermamente tenute presenti nel corso dei lavori sono state:
 - la volontà di costruire il PDT come un profilo di assistenza in cui sono state chiaramente definite tutte le varie fasi della diagnosi, ma anche del trattamento e del follow-up della patologia. Il voler introdurre nel PDT anche queste due ultime parti è stata una intuizione felice ed “innovativa”;
 - il voler garantire la continuità assistenziale;
 - l’individuare gli interventi più appropriati per la diagnosi e la cura della neoplasia;
 - il voler standardizzare su tutto il territorio regionale i seguenti aspetti: fascia di popolazione target da invitare; periodicità di invito; procedure di diagnosi e cura della neoplasia;
 - il voler individuare responsabilità di “presa in carico clinica”, chiaramente definite per ciascun livello del percorso diagnostico-terapeutico.
- *descrizione del sistema di promozione, monitoraggio e valutazione della qualità*. Il GTSS ha posto grande attenzione a questo aspetto, non ben focalizzato negli anni di avvio dello screening (2001-2002); l’ottica con cui esso sta procedendo alla individuazione degli standard di qualità è

¹ La presente relazione, strutturata secondo i paragrafi elencati, deve essere compilata per ciascuna linea progettuale e allegata al relativo cronoprogramma. La lunghezza non deve superare le 5 pagine (Times New Roman 12, interlinea 1,5).

quella di garantire “il meglio” per il raggiungimento dell’obiettivo di riduzione della mortalità causata dalla neoplasia oggetto dello screening.

- *individuazione dei criteri per la selezione delle strutture di 1° e 2° livello.* Il GTSS sta procedendo alla individuazione degli standard di qualità tecnico-professionale ed organizzativi da utilizzare per una ridefinizione/aggiornamento delle strutture operanti all’interno del percorso di screening. L’aver messo questa attività in capo al GTSS risiede nella volontà di voler responsabilizzare gli operatori nello stabilire, mantenere e monitorare gli standard. Intanto, al fine di conoscere nel dettaglio i setting operativi attuali, il Gruppo di Coordinamento del progetto Screening Oncologici (GCS) ha effettuato un’indagine conoscitiva sulle attività dei centri di lettura dei pap-test e su quelle dei centri di effettuazione delle colposcopie, attraverso un questionario appositamente predisposto dal GTSS.
- *revisione dei setting organizzativi.* Il GCS ha condotto un’analisi sugli attuali assetti organizzativi dei 13 programmi di screening attivi sul territorio regionale (ad es. la tipologia dei responsabili dei programmi; le caratteristiche della segreteria organizzativa in termini di tipologia e numero di personale disponibile; le attività svolte dalla segreteria; la grandezza del bacino di utenza su cui insiste il programma, la fascia di età target attualmente invitata, la periodicità dell’invito attualmente in uso, ecc...) che ha messo in luce delle criticità funzionali ed operative. Alla luce dei risultati ottenuti, degli standard dimensionali proposti dal livello nazionale, delle esperienze di Regioni in cui i programmi di screening sono stati attivati da lungo tempo ed anche in vista dell’estensione dello screening del tumore del colon-retto su tutto il territorio regionale è stata sviluppata una proposta di riorganizzazione complessiva, attualmente oggetto di discussione/condivisione all’interno del GCS stesso.
- *consolidamento del sistema informativo dello screening.* Il GCS ha svolto azioni (vedi documento riguardante l’attività 9 del cronoprogramma) atte a rafforzare il sistema informativo dello screening al fine di disporre di informazioni utili al monitoraggio e valutazione delle performance dei programmi.
- *coinvolgimento “formale” dei Medici di Medicina Generale nel percorso di screening.* Il 29 maggio 2007 è stato siglato l’Accordo Integrativo Regionale (AIR) 2005-2007 per la disciplina dei rapporti con la Medicina Generale, in cui sono stati definiti i contenuti della partecipazione dei MMG al programma di screening.

In sintesi nel percorso di consolidamento del programma regionale di screening del tumore del collo dell’utero ci si sta muovendo in questi termini:

a) è stata fatta/si sta facendo chiarezza sul “dove si vuole andare” attraverso la stesura del PDT; l’individuazione degli standard di qualità; la predisposizione del documento sulla revisione della

organizzazione complessiva e attraverso la identificazione dei criteri di selezione delle strutture di 1° e 2° livello;

b) si è preso atto/si sta prendendo atto di quanto la realtà, al momento, si discosti dal “dove si vuole andare” attraverso l’analisi ed elaborazione dati riguardanti le attività delle Unità Operative (U.O.) attualmente coinvolte nei programmi di screening e attraverso il calcolo degli indicatori di performance dei programmi stessi;

c) c’è la volontà e la determinazione di colmare il “gap” tra “quanto viene osservato e quello che ci si attende” agendo sulle leve decisionali dell’organizzazione attraverso appositi strumenti quali il processo di budget economico-sanitario, ma anche organizzando momenti di condivisione a tutti i livelli, momenti che divengono al contempo anche occasioni formative ed organizzando eventi formativi veri e propri.

2. Specificazione delle attività non avviate o non completate entro le date di fine previste dal cronoprogramma e relative motivazioni.

Attività 3 – “Definizione dei requisiti delle segreterie organizzative degli screening (front-office), delle strutture di 1° e 2° livello e valutazione della qualità”: data fine prevista 31-12-2007.

L’attività contrariamente a quanto previsto è ancora in corso di svolgimento, ma comunque è in uno stato di avanzato sviluppo, in quanto essa presenta una sua complessità di fondo. Si tratta in sostanza di prendere delle decisioni circa gli standard organizzativi, tecnico-professionali e qualitativi su cui basarsi per effettuare una revisione/aggiornamento delle U.O. attualmente coinvolte nei programmi. Il livello regionale, inteso come GCS e GTSS, ha individuato tali standard, ma li sta presentando sotto forma di “proposta” sia ai rappresentanti del mondo professionale sanitario della Regione che al livello tecnico-decisionale e/o politico per raccogliere consenso attorno ad essi. Questa fase di condivisione/concertazione, necessaria al fine dell’ottenimento della garanzia della applicabilità a livello locale, richiede ancora tempo.

Attività 5 – “Esplicitazione delle modalità operative della campagna informativa”: data fine prevista 30-11-2007.

L’attività è ancora in corso di svolgimento per le seguenti motivazioni:

- il lavoro (profuso con grandissimo impegno) che il GTSS ha svolto per la stesura del PDT e che rappresenta la “condizio sine qua non” per l’individuazione dei contenuti tecnici da inserire nei materiali informativi, contenuti che comunque quindi sono stati definiti, non ha lasciato spazio alla materiale predisposizione degli stessi,
- l’oggettiva difficoltà nell’individuare competenze sanitarie intra-regionali in materia di comunicazione all’utenza a cui affidare il coordinamento complessivo delle attività inerenti la informazione e comunicazione sugli screening.

Attività 8 – “Aggiornamento del piano formativo regionale con particolare attenzione agli aspetti comunicativi, sensibilizzazione dei medici di medicina generale”: data fine prevista 30-11-2007.

Attività ancora in corso di svolgimento. Le Marche circa l'aggiornamento del piano formativo regionale nelle note ai cronoprogrammi, trasmesse al Ministero con nota del Servizio Salute prot. n°143952/SO4/SOP/CMM del 30 giugno 2006, ha dichiarato che le tappe del percorso sarebbero state:

- un censimento delle attività di formazione rivolte agli operatori screening effettuate dalle singole Z.T. ed Aziende ospedaliere;
- l'individuazione dei bisogni formativi (quali figure professionali, su quali contenuti formativi);
- la stesura del nuovo piano formativo regionale.

Nel 2007 il livello regionale, inteso come GCS e GTSS, nell'ambito delle attività di:

- stesura e condivisione, per profilo professionale e multidisciplinare del PDT;
- ricognizione dei centri di lettura del pap-test e dei centri di effettuazione delle colposcopie;
- analisi dei risultati di performance dei singoli programmi di screening;
- analisi degli attuali assetti organizzativi,

ha individuato gli ambiti e le figure professionali a cui rivolgere gli investimenti formativi (alcuni dei quali sono stati anche effettivamente svolti come descritto nell'attività 8 del cronoprogramma).

Questo percorso è terminato nel mese di dicembre, per cui la stesura del piano formativo viene spostata per logica temporale nel 2008.

La Regione Marche si prefigge di terminare le 3 attività sopra-menzionate nel 2008.

3. Specificazione delle attività e/o traguardi eliminati o modificati rispetto a quelli indicati nel cronoprogramma iniziale e relative motivazioni.

Nulla da segnalare.

4. Punti di forza e criticità nella realizzazione del piano

Punti di forza:

- La determinazione ed il grande impegno del livello regionale, inteso come GCS e GTSS, di voler presentare a tutti gli attuali attori coinvolti nello screening, il percorso di diagnosi e cura come un profilo assistenziale caratterizzato da un forte presidio degli aspetti di “presa in carico organizzativa”, continuità assistenziale, interdisciplinarietà ed interprofessionalità dell'approccio. Tutto ciò nella convinzione che l'unica strada efficace per il consolidamento sia il far sì che questi concetti diventino patrimonio culturale ed operativo comune.
- L'aver inserito il tema ed il progetto regionale “Screening Oncologici, nel nuovo Piano Sanitario Regionale 2007-2009 (Deliberazione del Consiglio regionale n°62 del 31 luglio 2007) facendolo diventare un “progetto del sistema sanitario regionale”.

Criticità:

Le principali criticità possono essere così sintetizzate:

- *di natura istituzionale:*
 - nel 2007 l'avanzamento del Progetto Screening è stato rallentato dalla sostituzione dei vertici dirigenziali del Servizio Salute e dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR). Questo ha comportato una fase di assestamento degli assetti del SSR in cui i componenti del GCS del Servizio Salute, in attesa di una re-individuazione del nominativo ASUR partecipante al GCS stesso, hanno svolto anche compiti di gestione operativa;
 - il coordinamento operativo delle attività progettuali previste nel Piano sanitario Regionale 2007-2009 è stato affidato a "Cabine di Regia" istituite dalla Giunta regionale con deliberazioni n. 1115 del 15.10.2007 e n. 1566 del 27.12.2007. In questo nuovo assetto organizzativo però il Progetto Screening non ha ancora trovato una precisa collocazione.
- *di natura economica:* la Regione Marche opera come tutte, entro vincoli di risorse che condizionano la "robustezza" di fondo dei servizi in termini di risorse umane e strumentali; per tale motivo nel corso del 2007 i budget aziendali sono stati orientati fortemente agli aspetti economici piuttosto che agli obiettivi di carattere sanitario;
- *di natura organizzativo-programmatoria:* ad esempio la rete dei servizi frammentata non ancora governata da criteri distributivi e su standard organizzativo-strutturali non adeguati rende difficili le decisioni riguardanti una revisione/aggiornamento delle U.O. attualmente coinvolte nei programmi, al fine di un loro accorpamento; inoltre questa criticità si intreccia con quella successiva;
- *di natura politica:* le decisioni di collocare un'attività in una sede anziché in un'altra non si confrontano solo con gli standard teorici di riferimento ma anche con le opzioni della politica;
- *di natura tecnico-professionale:* il lavorare per progetti e il gestire per processi non è nella fisiologia del sistema, ma richiede un accompagnamento sistematico e coerente da parte dei responsabili centrali del progetto.

5. Ogni altro elemento utile all'analisi e interpretazione dello stato dell'arte del piano.

L'attuazione del Progetto Screening è rallentata:

- dalle procedure di acquisizione del nuovo software informativo-gestionale a supporto dello svolgimento delle attività dei 3 screening oncologici. Riguardo a questo argomento infatti nel I semestre 2006, per la gestione dei 3 programmi di screening era stato ritenuto opportuno utilizzare l'estensione di un contratto di fornitura in precedenza limitato ad altri aspetti dei servizi territoriali ed in particolare all'integrazione ospedale-territorio, ma nel II semestre, sempre dello stesso anno, l'insorgenza di criticità legate alla individuazione di procedure amministrative di acquisizione hanno portato alla indizione di una gara pubblicata a novembre 2006. Tale gara doveva essere aggiudicata entro maggio 2007, invece ha subito uno stop per il

raccordo con la revisione del Piano di Azione regionale per l'E-Health che riguarda la pianificazione dello sviluppo dei sistemi informatici del Servizio Sanitario Regionale. Le procedure di aggiudicazione sono state riprese solo a dicembre 2007;

- da velate resistenze ad un cambiamento dell'approccio da parte dei professionisti verso lo screening: il salto culturale che deve essere fatto è il passare da un approccio clinico – fare il meglio per il singolo paziente - ad un approccio di sanità pubblica – fare il meglio per il miglioramento della salute della comunità.