

# CIRCOLARI

## ASSESSORATO DELLA SALUTE

CIRCOLARE 4 ottobre 2018, n. 18.

### Piano di prevenzione 2014-2019 - Potenziamento dell'operatività degli screening oncologici.

AI DIRETTORI GENERALI, COMMISSARI  
E COMMISSARI STRAORDINARI  
AI DIRETTORI SANITARI DELLE AZIENDE SANITARIE  
E OSPEDALIERE DELLA REGIONE SICILIA

La prevenzione secondaria oncologica viene attuata mediante interventi di Sanità pubblica rappresentati principalmente dai programmi di screening. Dal 2001 gli screening per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon-retto, in quanto efficaci nel ridurre la mortalità per questi tumori, sono posti fra i Livelli essenziali di assistenza: devono quindi essere garantiti a tutta la popolazione siciliana.

La Regione, pertanto, è impegnata a garantire in tutto il territorio regionale l'accessibilità agli screening da parte della popolazione bersaglio, minimizzando le differenze di performance e qualità dei programmi e valorizzando la capacità di coinvolgimento della popolazione ed il corretto utilizzo delle informazioni sanitarie di supporto.

Con le "Direttive per l'esecuzione degli screening oncologici nella Regione siciliana", emanate con D.A. n. 1845 del 18 settembre 2012, con la circolare n. 1308 del 30 ottobre 2013 e con la circolare n. 5 del 16 marzo 2016, che qui si richiamano, sono già state impartite disposizioni per il potenziamento degli screening oncologici.

Grazie agli sforzi profusi si è assistito ad un notevole miglioramento rispetto alla situazione di partenza, ma non sono stati ancora raggiunti gli standard nazionali richiesti: pertanto è necessario un ulteriore impegno per aumentare l'estensione reale dei programmi di screening e l'adesione della popolazione bersaglio.

Al fine di raggiungere gli obiettivi è necessario agire su diversi fronti.

Le UU.OO. semplici dei Centri gestionali screening (CGS), previste dal D.A. n. 1845/2012, rappresentano il fulcro organizzativo e gestionale dei programmi, centro di snodo dei flussi informativi e della reportistica. Sono responsabili della gestione delle liste dei soggetti da invitare (aggiornamento continuo dell'anagrafica) e della manutenzione/upgrade del software gestionale, della progettazione di campagne informative e di iniziative comunicative per la popolazione, del sostegno ai referenti clinici per il corretto utilizzo del software gestionale nella registrazione dei dati epidemiologici, del raccordo con i medici di medicina generale (MMG) per la pulizia delle liste degli eleggibili e del raccordo operativo con i referenti clinici degli screening al fine di una valutazione congiunta di procedure, risultati e miglioramento della qualità erogata.

Nel corso degli anni, però, alle formali competenze della struttura CGS, che in realtà non sempre ha una dotazione organica che rispetta il dettato del D.A. n. 1845/2012 (personale operante a tempo pieno, dedicato e formato, composto al minimo da due medici igienisti, un infermiere/assistente sanitario, due amministrativi e un tecnico informatico), si sono aggiunti in modo implicito nuovi e ulteriori attività e funzioni "dipartimentali" con carichi di responsabilità dettati dall'esigenza che un'unica struttura

organizzativa coordini e armonizzi le attività e gestisca al meglio le criticità emergenti nel territorio, nei distretti, negli ambulatori specialistici, nelle aziende e presidi ospedalieri, nei CUP, garantendo equità di accesso e vigilando sulla piena rispondenza dei PDTA agli standard qualitativi dettati dalle linee guida proprie di ogni linea di screening. Oltre a questi compiti, il CGS interviene spesso raccordando le azioni sulle aree amministrative che gestiscono gli acquisti ed i contratti oltre che gli interventi tecnici, l'assunzione di personale a tempo determinato, la pianificazione dell'utilizzo dei fondi di PSN, l'attivazione e l'implementazione di nuovi percorsi organizzativi (ad es. nuovo test HPV-DNA, tumori eredo-familiari).

Il CGS è chiamato anche a riferire alla direzione strategica aziendale sull'andamento degli obiettivi di salute relativi agli screening, su eventuali criticità e possibili soluzioni, oltre ad essere investito del compito di monitoraggio, supervisione e rendicontazione delle attività assistenziali erogate. Pertanto si ritiene essenziale ai fini di una più snella ed efficace attività di raccordo tra le diverse strutture che contribuiscono alle attività di screening che le UU.OO. CGS afferiscano direttamente alla direzione aziendale di ciascuna ASP.

Nel corso delle numerose riunioni del tavolo tecnico permanente dei nove CGS della Regione sono state esaminate le criticità e si è cercato di proporre soluzioni condivise attraverso un lavoro di confronto di esperienze. Tali attività sono state declinate in un documento di sintesi a firma congiunta.

Fra le criticità rilevate si sottolineano:

- la bassa partecipazione della popolazione, dovuta principalmente a una distorta informazione e percezione del rischio da parte della popolazione target accompagnata da scarsa conoscenza dell'importanza di questi esami salvavita, e alla convinzione di non averne bisogno, quindi ad una insufficiente sensibilizzazione della popolazione;
- la difficoltà di garantire la continuità e l'uniforme qualità dei programmi, a causa di carenze strutturali e di personale addetto (nonostante l'estensione dei programmi di screening sia stata progressivamente incrementata fino a raggiungere quasi il 100% della popolazione target), con il verificarsi in talune ASP di periodi di totale interruzione dell'attività;
- l'insufficiente apporto dei MMG nella promozione attiva e nella collaborazione con i CGS anche a causa dell'impossibilità di scambiare tempestivamente le informazioni necessarie sullo stato dei loro assistiti (esclusioni, sospensioni);
- la difficoltà di garantire in modo appropriato e gratuito le prestazioni di secondo livello a causa della mancanza di una procedura univoca che assicuri una corretta tracciabilità amministrativa delle prestazioni rese dalle AA.OO.;
- la mancanza del ritorno informativo dai percorsi di screening completati presso le AA.OO.;
- gli ostacoli al pieno e corretto impiego dei fondi di PSN erogati per il potenziamento degli screening;
- la carenza di *governance* organizzativa in seno ai programmi di screening, la cui complessità dei percorsi impongono il continuo monitoraggio delle azioni e delle funzioni attraverso un approccio di governo.

Si dispone pertanto quanto segue.

*Adeguamento organizzativo e risorse umane*

Le ASP sono chiamate ad una sollecita rimodulazione e contestualizzazione delle dotazioni organiche proporzionate alla popolazione gestita, con l'inserimento di figure professionali appropriate e di ruolo. In particolare va implementata la dotazione di personale per le funzioni di *front office* telefonico, afferente al CGS, prevedendo un minimo di 2 unità di personale appositamente formato e dedicato per ogni ASP, ma proporzionando tale dotazione per le ASP più popolose in ragione di una unità ogni 250.000 abitanti.

Riguardo le altre UU.OO. di screening si ribadisce la necessità di adeguarsi al contenuto del D.A. n. 1845/2012 relativamente al personale minimo previsto per ciascuna struttura. Anche in questo caso, in maniera proporzionale alla popolazione di riferimento, è opportuno prevedere l'impiego di ulteriore personale con competenze specifiche quali gli assistenti sanitari e personale di ruolo tecnico amministrativo. Le UU.OO. CGS saranno allocate alle dirette dipendenze della direzione aziendale di ciascuna ASP con atto aziendale.

Si raccomanda inoltre che vengano recuperate ed integrate le figure con professionalità acquisite che hanno finora operato in regime di precariato.

*Ampliamento dell'offerta*

Come già evidenziato in precedenti direttive è opportuno ampliare l'offerta delle prestazioni garantendo aperture pomeridiane e il sabato mattina. Ciò ove possibile potrà essere realizzato attraverso il ricorso all'istituto delle prestazioni aggiuntive.

Dal momento che in diverse zone dell'Isola si registrano difficoltà nei collegamenti viari, per facilitare l'accesso ai servizi si ritiene strategico l'impiego di mezzi mobili per il raggiungimento di comunità a bassa adesione e/o territorialmente disagiate.

Inoltre è già stato sperimentato con successo da alcune ASP, e quindi se ne suggerisce l'implementazione, l'utilizzo dei social media e di altri mezzi di comunicazione innovativi per le azioni di promozione degli screening.

*Collaborazione dei medici di medicina generale*

Il ruolo del MMG, sulla base di tutte le evidenze disponibili, appare cruciale e può essere risolutivo per il raggiungimento degli obiettivi di salute.

È stato dimostrato che l'intervento più efficace nel promuovere l'adesione allo screening è il consiglio del medico operatore sanitario, soprattutto se associato alla lettera di invito, che rappresenta un importante fattore promuovente. Il ruolo del MMG è altresì rilevante ai fini della pulizia delle liste e del recupero dei soggetti non responder all'invito.

Occorrerà quindi recuperare la partecipazione attiva e consapevole del MMG ai programmi organizzati di screening inducendoli a consigliare ai propri assistiti la partecipazione allo screening presso la struttura pubblica.

A questo proposito si ribadisce che occorre rendere operativo l'Accordo regionale di assistenza primaria, approvato con D.A. n. 2151/2010, che all'art. 2, punto 1, prevede la partecipazione dei MMG alle attività di screening regionale; le attività richieste al MMG vanno specificate dall'ASP e l'effettiva corresponsione del compenso previsto va legato alla realizzazione delle stesse.

Le direzioni generali parallelamente sono tenute ad esercitare un'azione costante di impulso e responsabilizzazione attraverso i Dipartimenti di cure primarie e di prevenzione verso tutti gli operatori coinvolti. Appare oppor-

tuno, a tal fine, l'assegnazione ai direttori di distretto di obiettivi specifici orientati all'incremento della partecipazione dei MMG ai programmi di screening (promozione attiva, collaborazione con i CGS, ecc.), oltre che ad un aumento di adesione alle campagne di prevenzione da parte della popolazione target.

*Adeguamento del software*

Le ASP sono tenute ad avviare percorsi di integrazione informatica dei software gestionali screening con le piattaforme gestionali utilizzate dai MMG, al fine di ottimizzare la circolarità delle informazioni in merito alla pulizia delle liste anagrafiche e allo stato di salute degli assistiti, oltre che al monitoraggio costante e diretto della partecipazione alle campagne di prevenzione degli assistiti.

*Regolamentazione dell'accesso ai test di screening e organizzazione dei percorsi fra ASP e altre strutture*

Il ricorso "opportunistico" dei test di screening da parte della popolazione in modo non appropriato, cioè eseguiti autonomamente presso altri erogatori al di fuori delle Linee guida nazionali e fuori dai programmi organizzati, non garantisce l'efficacia dei programmi nel raggiungimento dell'obiettivo di riduzione della mortalità nella popolazione.

Purtroppo in Sicilia è ancora fortemente attiva l'offerta alternativa di esami di primo livello al di fuori del circuito di screening.

Sono già state emanate precedenti direttive per l'adeguamento dei CUP affinché tutti gli esami richiesti per motivo di screening in età target siano eseguiti esclusivamente in strutture appartenenti al circuito dello screening organizzato.

Si ribadisce l'invito ai CUP a non prenotare esami di diagnosi precoce per le condizioni oggetto di screening in popolazione di età target a di fuori di strutture del circuito dello screening.

Le ASP sono tenute a mettere in atto adeguate procedure di accordi con le AA.OO. affinché la prenotazione di test di screening di primo livello nella popolazione target venga effettuata esclusivamente in strutture del circuito screening.

Si ribadisce l'importanza della collaborazione ai PDTA da parte delle AA.OO. o di altre strutture identificate dalle ASP mediante appositi protocolli d'intesa, attraverso l'effettuazione di prestazioni di secondo e terzo livello su richiesta delle UU.OO. di screening, atte a garantire la più ampia possibilità di scelta e l'ottimale presa in carico degli assistiti trovati positivi ai test di primo livello, nel rispetto delle linee guida e degli standard di qualità. Le AA.OO. dovranno, pertanto, assicurare mensilmente alle ASP un congruo numero di prestazioni di secondo livello, garantendo la priorità rispetto alle liste d'attesa. Ai fini della corretta gestione della popolazione eleggibile, e per permettere il debito informativo con il Ministero della salute, le AA.OO. e le strutture che collaborano ai PDTA dovranno registrare tutti gli accertamenti effettuati sui software di gestione delle attività di screening e garantire lo scambio di informazioni autorizzando l'accesso ai dati in loro possesso (cartelle cliniche, esami diagnostici, anatomia patologica), nel rispetto delle vigenti normative sulla privacy, per gli operatori dello screening.

Per la definizione dei percorsi di screening relativi agli approfondimenti diagnostici di II livello saranno stipulati protocolli di intesa tra le ASP e le Aziende ospedaliere o altre strutture identificate dalle ASP al fine di assicurare tutte le prestazioni successive al primo livello diagnostico del percorso di screening, sotto il coordinamento delle

attività da parte delle ASP e nel rispetto di quanto previsto delle Linee guida europee e nazionali e della normativa vigente in tema di prevenzione oncologica. Tali protocolli di intesa dovranno prevedere i requisiti minimi di personale e attrezzature che la struttura erogante dovrà assicurare, riportare i protocolli diagnostici di riferimento a cui la struttura erogante dovrà attenersi e una stima presunta del tipo e numero di prestazioni che dovranno essere fornite su richiesta dell'ASP. Nei protocolli dovrà inoltre essere esplicitato che le Aziende ospedaliere e le altre strutture identificate dalle ASP aderiscono ai protocolli per l'assicurazione di qualità dei programmi di screening organizzato fissate a livello europeo e nazionale e che in tal senso partecipano ad eventuali audit di qualità.

È fatto carico ai legali rappresentanti delle Aziende sanitarie provinciali e ospedaliere di definire tali protocolli di intesa e trasmetterli all'Assessorato regionale alla sanità entro 90 giorni dalla pubblicazione della presente circolare.

Alla popolazione che accede al percorso di screening devono essere garantiti gratuitamente tutti gli approfondimenti necessari a pervenire alla diagnosi, nonché la relativa terapia.

Nel caso in cui il test di screening risulti non negativo l'approfondimento di II livello deve essere prenotato direttamente dalla relativa UO di screening e l'utente inviato con un documento specifico su carta intestata e timbrata, contenente i dati anagrafici, l'esito dell'esame di primo livello, l'indicazione dell'/degli esame/i da eseguire e la relativa motivazione.

Analogo documento dovrà essere utilizzato per tutti gli altri approfondimenti ritenuti necessari dalla struttura che esegue il II livello. In nessun caso dovrà essere richiesto all'utente di fornire una prescrizione, o di eseguire autonomamente una prenotazione o un esame, o il pagamento di una quota di partecipazione, in quanto tutte le prestazioni dovranno essere organizzate e fornite dalla struttura.

Qualora gli esami di II livello siano stati eseguiti in una struttura non appartenente alla ASP ma identificata dagli appositi protocolli di intesa sopraccitati che definiscono il percorso di screening, tale struttura invierà trimestralmente alla ASP competente (con modalità specificate nel protocollo di intesa) il resoconto degli esami eseguiti, gli identificativi dei pazienti esaminati su indicazione della stessa ASP e tutte le informazioni necessarie per la valutazione epidemiologica utile al debito informativo regionale e nazionale. Le relative UU.OO. di screening ne verificheranno la congruità e la corretta erogazione rilevandole anche dal software gestionale, nel quale dovranno essere state registrate per procedere al rimborso secondo le relative tariffe previste dal nomenclatore tariffario regionale.

#### *Riduzione delle prescrizioni con codice D02-D03*

In alcune ASP i MMG sono stati invitati alla limitazione dell'uso dei codici di esenzione D02 e D03, e dall'analisi dei flussi si è rilevata un'incoraggiante tendenza alla ridu-

zione, pur non ancora sufficiente, degli esami prescritti in esenzione, che rimangono tuttavia elevati.

Verrà, pertanto, valutata l'adozione di adeguati provvedimenti, in analogia a quanto realizzato in altre Regioni, per regolamentare la prescrizione dei test di screening di primo livello (mammografia, PAP test e sangue occulto fecale) per i soggetti in età target con finalità di prevenzione secondaria dei tumori, indirizzandoli nei programmi di screening.

#### *Collaborazione dei registri tumori*

I Registri tumori sono tenuti a collaborare con i CGS per la pulizia delle liste, rispondendo tempestivamente alle richieste degli stessi per l'individuazione dei soggetti iscritti al Registro per le condizioni oggetto di screening, che non devono essere inclusi nella popolazione da invitare.

#### *Formazione*

Il miglioramento della qualità dei programmi attivati va garantito curando la formazione continua di tutti gli operatori. Non solo dei lettori dei test di primo livello, ma anche dei tecnici che eseguono l'esame e del personale a contatto con gli utenti. Pertanto le ASP avranno cura di organizzare opportuni eventi formativi, anche in collaborazione con programmi di screening di altre Regioni.

Si ribadisce la necessità che il personale formato sia dedicato esclusivamente agli screening.

#### *Piano annuale dei controlli*

Verranno disposti accertamenti ispettivi nell'ambito del Piano annuale dei controlli per la verifica dell'efficienza dei programmi aziendali e del rispetto degli standard organizzativi e funzionali richiamati.

Il mancato tempestivo adeguamento da parte delle Aziende ai suddetti standard e alle presenti disposizioni verrà opportunamente considerato ai fini della valutazione della performance delle direzioni strategiche di ASP e AA.OO. fino alla proposta di decadenza per il direttore generale per grave inadempimento contrattuale ai sensi del comma 7 bis, art. 3 bis, d.lgs. n. 502/1992.

Il potenziamento degli screening oncologici per la prevenzione e la diagnosi precoce del cancro alla mammella, all'utero e al colon retto rappresenta un obiettivo strategico per i direttori generali, e sarà oggetto di monitoraggio e misurazione nel contesto del sistema di valutazione delle performance con l'attribuzione di un adeguato peso.

Ancora una volta si sottolinea che gli screening oncologici, di provata efficacia nel ridurre la mortalità per tumore, devono essere garantiti a tutta la popolazione siciliana: tale attività è un adempimento obbligatorio ai fini della certificazione della Regione da parte del Ministero della salute, il cui mancato assolvimento può inoltre determinare il mancato accesso alle risorse statali e, costituendo un Livello essenziale di assistenza, non può subire interruzioni per nessuna ragione.

L'Assessore: RAZZA

(2018.41.2542)102