

# Piano di Formazione Nazionale - PFN 2025

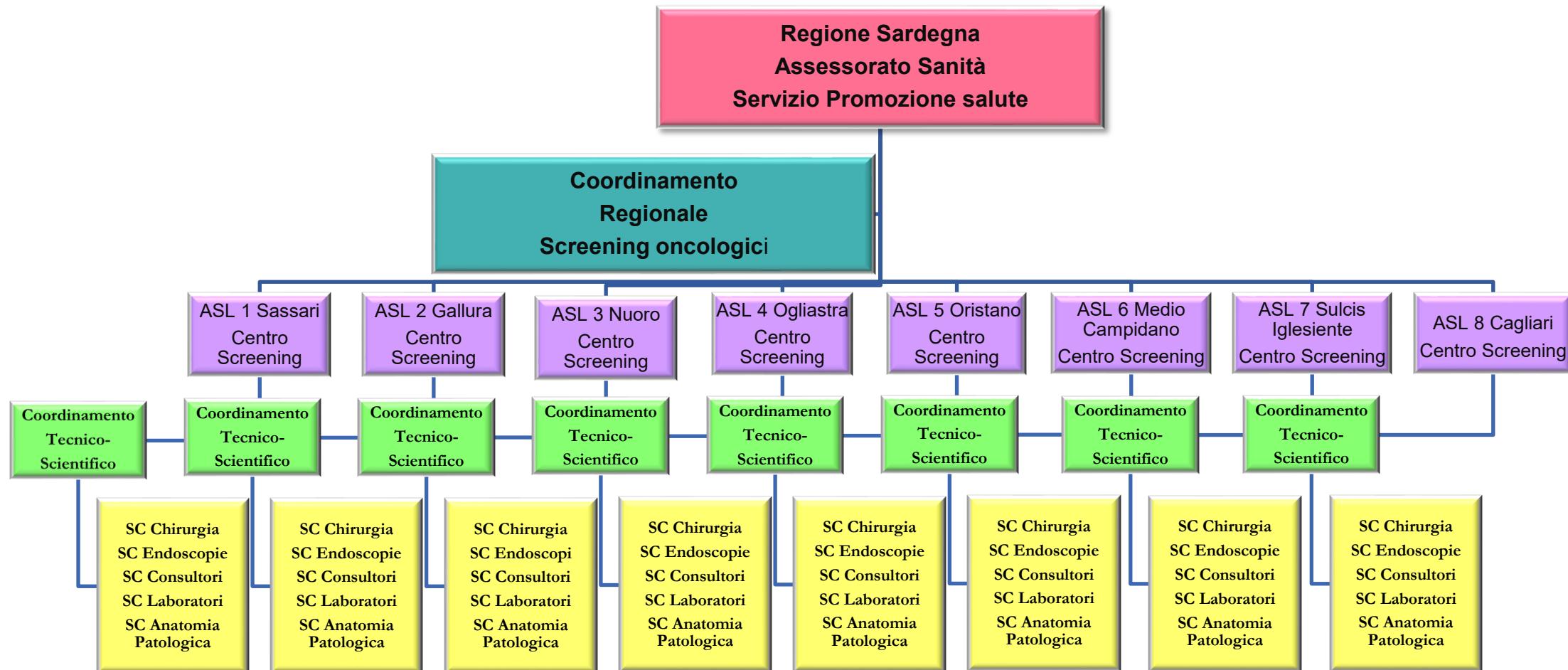
## Modulo 1

**LABORATORI COMUNITA' DI PRATICA DEL PNES**

**UL10: PROGETTI IN ATTIVAZIONE AREA MAGGIORE COPERTURA DEGLI SCREENING ONCOLOGICI NELLE DIVERSE REGIONI**

**Qual è il modello organizzativo scelto per estendere gli screening nel vostro territorio?**

### MODELLO ORGANIZZATIVO SCREENING ONCOLOGICI IN SARDEGNA



## Qual è il modello organizzativo scelto per estendere gli screening nel vostro territorio?

Il modello organizzativo degli screening oncologici in Sardegna è basato su una rete integrata di servizi collocati all'interno di ciascuna delle 8 Aziende Sanitarie Locali, che collaborano con le Aziende Ospedaliere Universitarie di riferimento laddove presenti (Sassari e Cagliari), coordinati a livello regionale dal Servizio di Promozione salute e Osservatorio Epidemiologico dell'Assessorato all'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale. Il Servizio regionale svolge la funzione di monitoraggio, valutazione e controllo di qualità dei programmi aziendali, formazione, informazione, comunicazione e relazioni con enti esterni come l'Osservatorio Nazionale Screening (ONS).

È stato istituito, inoltre, un coordinamento regionale per ciascun percorso di screening organizzato al fine di garantire il miglioramento della qualità dei programmi, la pianificazione delle attività di formazione degli operatori ed il monitoraggio della performance.

Le attività di ciascun Programma sono sostenute con una dotazione finanziaria, a valere sulle risorse vincolate del Fondo Sanitario Regionale, stanziate a partire dal 2006 e destinate a favorire la realizzazione dei Programmi. Al 2025, tutte le 8 ASL della Sardegna hanno attivato, in tempi differenti, tutti e tre i programmi di screening organizzato, in generale, con risultati in termini di copertura da esami, inferiori rispetto all'obiettivo LEA previsto per ciascun Programma.

Relativamente alla programmazione dei percorsi organizzati di screening, nella ASL di Sassari, la Direzione del Centro Screening, propone ai livelli sovraordinati, entro il primo bimestre dell'anno di riferimento, un documento di programmazione degli inviti rivolti alla popolazione bersaglio, a valenza annuale, graduato su criteri predefiniti, ritenuti prioritari e preliminarmente condivisi con i Referenti Scientifici dei percorsi diagnostici di primo e secondo livello per l'opportuna valutazione di fattibilità in ordine alla disponibilità degli esami.

La popolazione bersaglio annuale viene quindi invitata secondo criteri di chiamata funzionali alla massima estensione possibile del Programma, modulando l'offerta del test di screening in funzione del rischio, per salvaguardare un principio di equità ed efficienza.

I principali criteri di rischio individuati sono l'età e la non adesione agli inviti precedenti. Gli inviti vengono stratificati dando priorità agli utenti mai chiamati ad aderire allo screening, quindi ai non aderenti, agli aderenti con test eseguito da più tempo. Il razionale di queste scelte trova fondamento sull'evidenza che le persone regolarmente screenate sono a minor rischio di neoplasia avanzata rispetto alle persone non aderenti/aderenti saltuarie.

Le categorie di rischio sono da considerarsi dinamiche, da modulare ed aggiornare rispetto agli eventi ed agli esiti dello screening.

### **3. Coinvolgimento degli attori**

#### **✓ Avete attivato forme di co-progettazione locale?**

Nel 2023- 2024 è stato realizzato il progetto «Viaggio nel cuore della prevenzione e delle cure primarie. Progetto di comunicazione istituzionale e di erogazione di servizi itineranti di prevenzione e cure primarie per la ASL n. 1 di Sassari» in co-progettazione tra il Dipartimento di Prevenzione con la SC Prevenzione e Promozione salute/Centro Screening, il Consultorio per la salute delle famiglie, i Distretti socio-sanitari di Sassari, Alghero ed Ozieri, i MMG, le farmacie convenzionate aderenti ai programmi di screening, gli Enti locali, le Associazioni del terzo settore.

L'ambito territoriale dell'intervento è stato esteso alla popolazione target di 20 piccoli Comuni con meno di 800 abitanti, particolarmente distanti dagli agglomerati urbani presso i quali sono principalmente allocate le strutture sanitarie, con una struttura demografica caratterizzata da una bassa natalità e dalla tendenza all'invecchiamento della popolazione che hanno definito specifici bisogni di salute. Il progetto ha risposto ad una esigenza concreta ovvero quella di migliorare l'equità di accesso ad alcuni servizi sanitari, rimodulandone l'offerta con modalità itineranti, attraverso motorhome attrezzati, ambulatori mobili ma anche ambulatori in sede fissa, al fine di garantire, in maniera più prossima all'utente, il soddisfacimento immediato di alcuni bisogni di salute meno complessi ed il referral dei pazienti alle strutture sanitarie territoriali. In tema di diagnosi precoce oncologica, il progetto ha migliorato l'offerta attiva di screening e stimolato una partecipazione consapevole in un'ottica di appropriatezza degli interventi di prevenzione.



<b>VIAGGIO NEL CUORE DELLA PREVENZIONE E DELLE CURE PRIMARIE – PIANO OPERATIVO</b>	
<b>ATTIVITA'</b>	Analisi di contesto/individuazione risorse/partnership Formazione e formalizzazione gruppo di lavoro intersetoriale Definizione piano operativo attività/progetto esecutivo Espletamento procedure per reclutamento personale Mappatura ed espletamento procedure per acquisizione risorse strumentali Predisposizione procedura percorso emergenza Coinvolgimento MMG ed Enti del Terzo settore Individuazione obiettivi qualitativi piano di comunicazione Pianificazione calendario trimestrale eventi
<b>OBIETTIVO 1</b> <b>PROMUOVERE L'ADOZIONE CONSAPEVOLE di SANI STILI DI VITA e SALUTE MATERNO INFABTILE</b>	Progettazione/raccolta del materiale documentale e definizione congiunta con l'aggiudicatario dei supporti comunicativi adeguati in rapporto al target Condivisione materiali informativi con Amministrazione Comunale ospitante Diffusione/distribuzione documenti di indirizzo metodologico e di pratiche raccomandate
<b>OBIETTIVO 2</b> <b>IDENTIFICARE LE PERSONE CON RISCHIO AUMENTATO PER MCNT</b>	Realizzazione attività di screening- per aderente: <ul style="list-style-type: none"><li>• Valutazione risultanze indagini anamnestiche e rilevazioni parametriche/profilazione rischio</li><li>• Screening cardiometabolici, consulenze pneumologiche e ginecologiche</li><li>• Gestione risultanze: counselling motivazionale/azioni di rinforzo/invio a strutture specialistiche di 2° livello</li></ul> Diffusione/distribuzione documenti di indirizzo metodologico e di pratiche raccomandate
<b>OBIETTIVO 3</b> <b>AUMENTARE L'ADESIONE AI PROGRAMMI DI SCREENING ONCOLOGICO ORGANIZZATO</b>	Offerta attiva inviti per screening oncologici (mammella, colon retto e cervice uterina) alla popolazione in età target Attivazione farmacie Comune per distribuzione kit per FOBT
<b>MONITORAGGIO</b>	Monitoraggio fasi di processo per eventuali scostamenti dai risultati attesi e adozione azioni di miglioramento
<b>E</b>	Elaborazione dati per singolo evento per analisi epidemiologica/ridefinizione bisogni di salute
<b>VALUTAZIONE</b>	Comunicazione risultati con il coinvolgimento stakeholders

#### **4. Digitalizzazione e tracciabilità**

##### **✓ Quali sistemi informativi utilizzate per la gestione dell'anagrafe screening e la tracciabilità delle adesioni?**

Nel contesto regionale, il sistema informativo degli screening oncologici, si avvale di un *software* gestionale dedicato strutturato per amministrare i dati relativi a tutte le fasi previste del Programma quali l'estrazione della popolazione bersaglio, la gestione delle agende di primo e secondo livello, l'invio delle lettere di invito, di sollecito e di esito ai soggetti *target*, la registrazione dei dati anamnestici dei singoli utenti e la tracciabilità dei percorsi clinico-diagnostici. I diversi archivi – liste anagrafiche, test di screening ed esami diagnostici – sono collegabili tra loro mediante un codice identificativo personale univoco che consente di poter costruire la storia screening di ciascun utente.

L'anagrafica degli assistiti, periodicamente aggiornata, è gestita da un applicativo allineato con ANAGS, il Sistema Unico Regionale delle Anagrafiche degli Assistibili del Servizio Sanitario Regionale, utilizzato dalle Aziende Sanitarie per la gestione della scelta del medico di famiglia e delle esenzioni per patologia, infortunio e malattia rara.

La tracciabilità delle adesioni è consultabile, per programma, in una sezione dedicata del gestionale, nonché per comune coinvolto, per round di screening e per tipologia di invito.

##### **✓ Sono stati introdotti strumenti digitali per prenotazione o reminder?**

Il PNES 2021-2027 prevede, nella declinazione regionale per l'area degli screening oncologici un intervento di evoluzione del SW screening che consenta l'invio di SMS in affiancamento all'invito tramite lettera che, ad oggi, rimane lo standard per queste attività. Il collaudo del modulo è previsto entro dicembre 2025.

Fattispecie previste per invio di SMS:

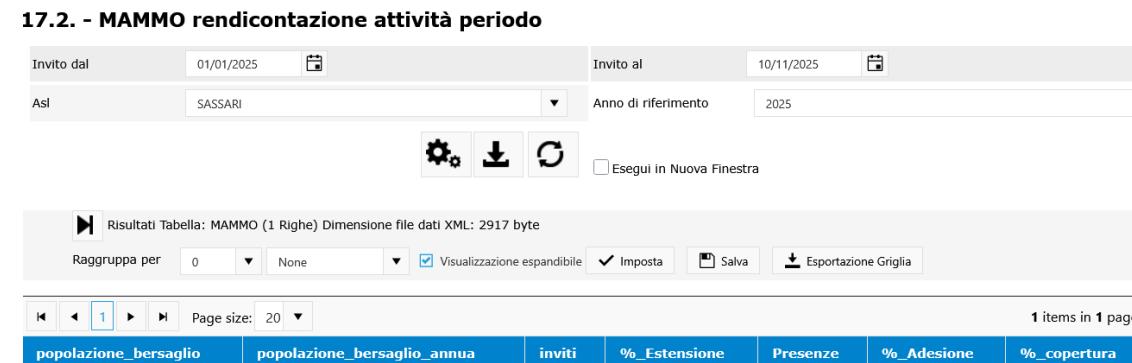
1. **SMS di promemoria 5 giorni prima dell'appuntamento** per la prima chiamata.
2. **SMS di sollecito** in caso di mancata risposta o necessità di richiamo.
3. **SMS in caso di mancata restituzione del kit** dello screening colon-retto.

## 5. Indicatori e monitoraggio

### ✓ Come monitorate l'efficacia delle azioni di estensione? Quali indicatori utilizzate?

Il software gestionale è consultabile per la valutazione periodica e in tempo reale dello stato di avanzamento dei programmi con il monitoraggio dei principali indicatori quali estensione, adesione e copertura da esami.

**17.2. - MAMMO rendicontazione attività periodo**



popolazione_bersaglio	popolazione_bersaglio_annua	inviti	%_Estensione	Presenze	%_Adesione	%_copertura

Il Centro Screening monitora e documenta i processi attivati attraverso il calcolo di specifici indicatori strutturali, logistico-organizzativi, funzionali e precoci di impatto, che costituiscono il riferimento per la valutazione dei risultati raggiunti e per il confronto tra i diversi programmi, in coerenza con le indicazioni e gli standard di qualità. Condizionatamente alla disponibilità e completezza dei dati tracciati nel gestionale screening, si procede al calcolo degli indicatori attinenti al secondo e terzo livello diagnostico, riferiti al periodo indice.

Le risultanze del monitoraggio periodico vengono esaminate dal Responsabile del Centro Screening per le opportune valutazioni e, in caso di significativo scostamento dal valore atteso, per l'eventuale adozione delle azioni di miglioramento ritenute adeguate e fattibili.