



Accreditamento dei Programmi di Screening Citologico

nella Regione Veneto

Marcello Vettorazzi

Convegno Nazionale GISCI 2008 - Orvieto

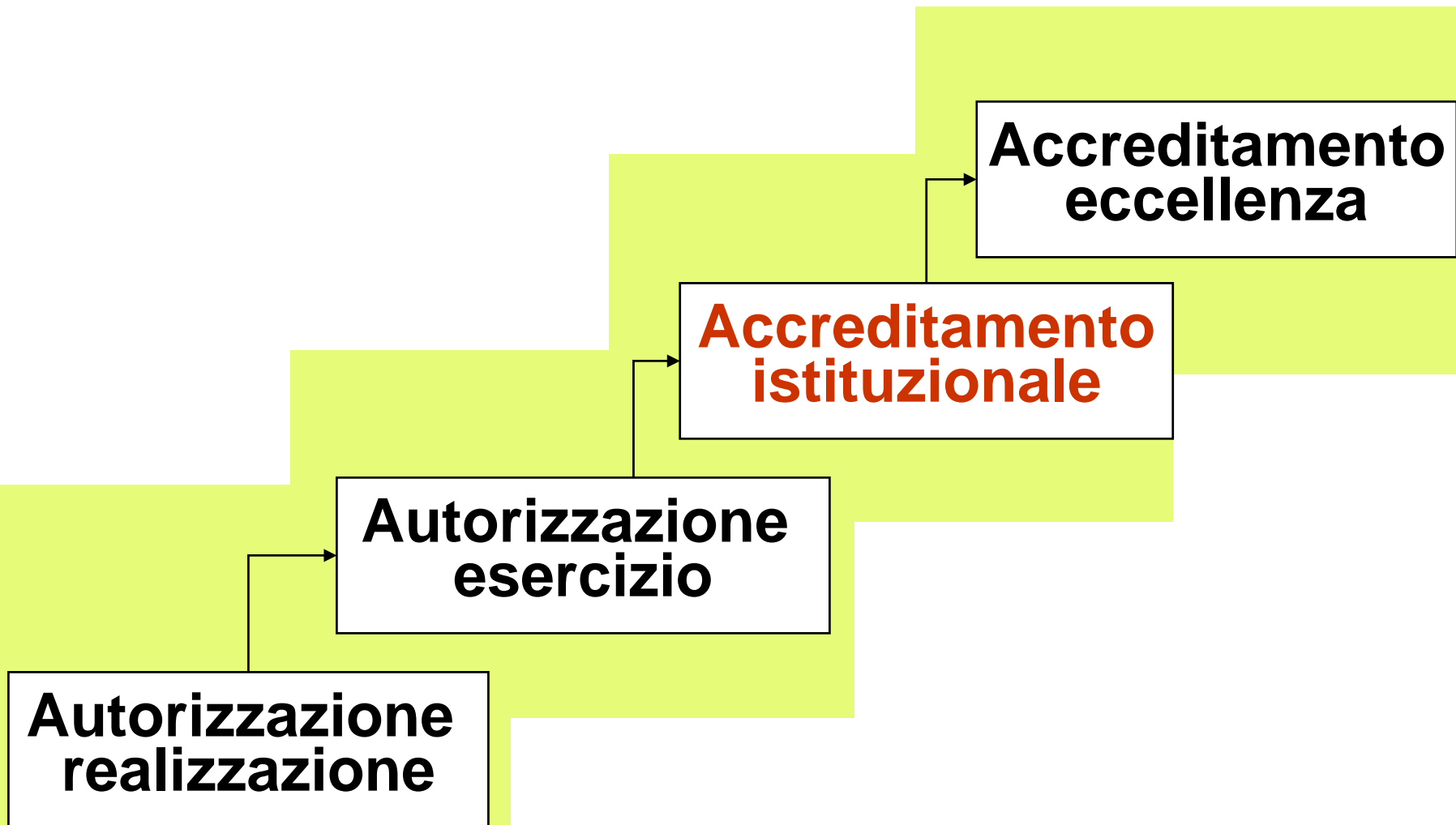
Accreditamento

- Procedura originata dai professionisti per stimolo al confronto, a valutazione e miglioramento della qualità
 - Poi interesse delle associazioni professionali e società scientifiche
 - Infine esigenza del Servizio Sanitario e delle Assicurazioni nei confronti delle strutture che erogano servizi
-



Il processo del miglioramento continuo della qualità

Dall'autorizzazione all'accreditamento istituzionale
(Veneto - Legge Regionale 22/2002)





Dall'autorizzazione all'accreditamento

- Autorizzazione all'esercizio
accertamento del possesso e verifica del mantenimento di requisiti minimi di qualità (SI/NO) organizzativi, strutturali, impiantistici, tecnologici
 - **Accreditamento istituzionale**
necessari requisiti ulteriori di qualificazione
obbligatorio per servizi pubblici e privati convenzionati
 - Accreditamento di eccellenza
futuro e volontario
-

Specificità degli screening oncologici

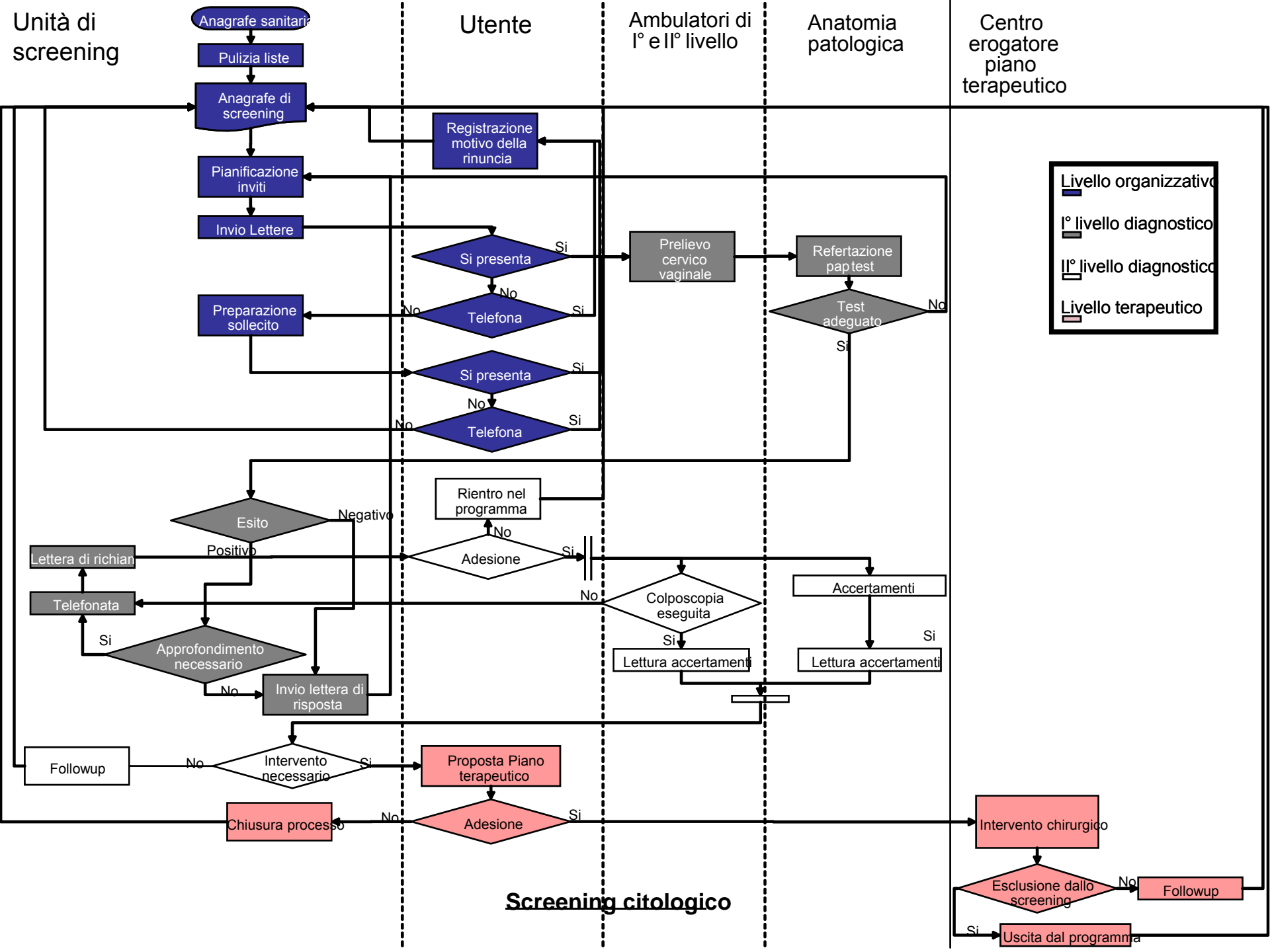
L'accREDITAMENTO degli screening presenta numerosi elementi di complessità, essendo coinvolte simultaneamente diverse unità operative sanitarie e non (Dipartimenti Prevenzione, Anatomia Patologica, Ginecologia, Medicina Generale, Uffici Amministrativi di supporto, ecc.) ciascuna delle quali impegnata prevalentemente in interventi diversi.

Accreditamento dello screening

- Il programma di screening è stato suddiviso in fasi
 - Organizzativa
 - Primo livello diagnostico
 - Secondo livello diagnostico
 - Livello terapeutico

 - In ciascuna fase sono stati individuati i processi (percorsi)

 - Sono state descritte le caratteristiche qualitative delle prestazioni dei percorsi dello screening
-



Accreditamento dello screening

- Definiti i requisiti di ciascun processo per l'accREDITAMENTO istituzionale
 - Definiti gli indicatori e le evidenze per la verifica del requisito
 - Scelti gli standard e i riferimenti
-

La valorizzazione del requisito

- 0% requisito assente
 - 60% requisito soddisfatto ma migliorabile
 - 100% requisito soddisfatto in modo ottimale
-

Esempio: livello organizzativo

| Requisito | Standard per punteggio 100 % | Standard per punteggio 60 % | Evidenze |
|--|--|---|--|
| Il Programma utilizza un software di gestione adeguato | Integrato con altri dipartimentali, di cui almeno anagrafe e primo livello | Sftware non integrato, ma garantisce gestione inviti e richiami, produzione di statistiche e indicatori | Compilazione regolare della Scheda GISCi |
| Devono essere rilevati i dati necessari al calcolo degli indicatori (Tabella di riferimento) | Tutti gli indicatori sono disponibili | Almeno l'80 % degli indicatori sono disponibili | Produzione degli indicatori per la valutazione Pubblicazione annuale a cura del Registro Tumori |

Tabella di riferimento screening citologico

- Periodismo degli inviti
- Adesione corretta
- % non aderenti a indicazione a ripetere test
- % classi diagnostiche totali
- % invii alla colposcopia per tutti i motivi
- % ASCUS inviati alla colposcopia
- % Compliance alla colposcopia
- % Compliance alla colposcopia per HSIL+

- % Compliance a tratt.
- VPP di invio in colposcopia per CIN2+
- VPP della biopsia per lesioni istologiche CIN1+
- VPP di colposcopia G2+ per lesioni istologiche CIN2+
- % isterectomie per CIN2-3
- % isterectomie per CIN1
- Tempo della risposta dal paptest negativo
- Tempo tra pap test e invio 2° livello
- DR per CIN2+ grezzo

Esempio : livello organizzativo

| Requisito/Indicatore | Valutazione 100% | Valutazione 60% |
|-------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| Estensione biennale inviti | $\geq 90\%$ | $\geq 60\%$ |
| Adesione grezza | $\geq 50\%$ | $\geq 40\%$ |

Esempio : I livello diagnostico

| Requisito/Indicatore | Valutazione 100% | Valutazione 60% |
|---|-----------------------------|--|
| Volume test/anno per centro (compresi test extra-screening) | Almeno 15.000 | < 15000 / controlli di qualità interlaboratorio |
| Tasso inadeguati | $\leq 3 \%$ | $\leq 5 \%$ |

Esempio : Il livello diagnostico

| Requisito/Indicatore | Valutazione 100% | Valutazione 60% |
|---|-----------------------------|----------------------------|
| Nuovi casi + /anno colposcopista (dedicato allo screening) | ≥ 100 | ≥ 50 |
| Compliance alla colposcopia per HSIL | $\geq 95 \%$ | $\geq 90 \%$ |

Esempio: Il livello diagnostico

| Requisito | Standard per punteggio 100% | Standard per punteggio 60% | |
|---|-----------------------------|----------------------------|--|
| La colposcopia viene registrata in modo adeguato | | | Procedura e scheda (SICPCV) |
| Esistono procedure per la compilazione e la registrazione della scheda colposcopica | | | Procedure secondo linee guida (SICPCV) Reportistica su attività |

Esempio: III livello terapeutico

| Requisito | Standard per punteggio 100% | Standard per punteggio 60% | Evidenze |
|---|-----------------------------|----------------------------|---|
| Il trattamento viene gestito correttamente | | | Protocollo di riferimento |
| Adottato un protocollo di follow up, basato su documenti/evidenze | | | Protocollo Report FU con adesione e rilevazione non negativi |

Manuale per l'Accreditamento Istituzionale dei programmi di screening oncologici

[www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/
Sanita/Prevenzione/](http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Prevenzione/)

Accreditamento istituzionale: fasi del processo

□ Domanda con allegati:

- Autorizzazione all'esercizio
 - Relazione presentazione struttura: missione, bacino d'utenza, prestazioni, organigramma, risorse umane, gestione qualità,.....
 - Liste ulteriori requisiti di qualificazione (autovalutazione)
 - Liste di indicatori per verifica attività svolta e risultati
-

Accreditamento istituzionale: fasi del processo

- ❑ Valutazione della coerenza della struttura/soggetto con le scelte della programmazione regionale e/o attuativa locale.
 - ❑ Visita per verifica del possesso degli ulteriori requisiti di qualificazione previsti per l'Accreditamento istituzionale da parte dell'ARSS, Ente terzo preposto a tale attività.
 - ❑ Verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati ottenuti dalla struttura/soggetto, da parte dell'ARSS e su base documentale.
-

Accreditamento istituzionale: durata o rinnovo

- ❑ L'accreditamento ha una durata di 3 anni
 - ❑ Rinnovo previa verifica del mantenimento dei requisiti e adempimento delle prescrizioni assegnate.
 - ❑ Durante i 3 anni, può essere sospeso o revocato al venir meno delle condizioni.
-

Processo di accreditamento

