

# Perché un documento sui requisiti minimi per i centri screening oncologici

Debora Canuti

Settore Prevenzione Collettiva e Sanità pubblica  
Direzione Generale Cura della Persona Salute Welfare



***Il sottoscritto Canuti Debora***

*ai sensi dell'art. 3.3 sul Conflitto di Interessi, pag. 17 del Reg. Applicativo dell'Accordo Stato-Regione del 5 novembre 2009,*

dichiara

***X*** *che negli ultimi due anni NON ha avuto rapporti diretti di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario*

*che negli ultimi due anni ha avuto rapporti diretti di finanziamento con i seguenti soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario*

# Il centro screening: la cabina di regia



## Pianificazione

dell'invio degli inviti, dei solleciti e delle sedute di I e II livello e follow up



## Gestione

appuntamenti e **front office** per la comunicazione



## Sistema

### informativo:

raccolta dati dai diversi livelli e restituzione



## Approvvigionamento

materiali e servizi (depliant, reagenti, gare per invio postale)



## Coordinamento e

**interfaccia** con i Servizi, con la Regione...



Invio dell'esito (anche su FSE), **informazione e comunicazione**

# Dalle pagine web dei Centri Screening

## Le nostre attività

Il **Centro Screening** è motore organizzativo dei programmi di screening oncologici, garantisce il corretto e regolare avanzamento del programma, ne supporta gli aspetti organizzativi, gestionali e valutativi.

<https://www.ausl.re.it/Luogo.jsp?id=3721>

I Centri Screening aziendali svolgono le funzioni di gestione inviti, di front-office e di attivazione del percorso di secondo livello diagnostico terapeutico, raccolgono i dati necessari alla definizione del percorso dell'utente e alla valutazione quali-quantitativa dell'attività nel suo complesso.

<https://www.regione.umbria.it/salute/screening-per-la-prevenzione-dei-tumori>

# Domande

- Cos'è il Centro Screening?
- Quali sono le sue funzioni?
- Chi lo coordina?
- Quale è la sua struttura organizzativa?
- Quale profilo professionale deve avere il personale?
- Quale competenza?
- Quanto personale in relazione alle funzioni svolte?

**Esistono documenti di riferimento  
che danno indicazioni su tali aspetti?**

## screening oncologici

Raccomandazioni per la pianificazione e l'esecuzione degli screening di popolazione per la prevenzione del cancro della mammella, del cancro della cervice uterina e del cancro del colon retto

In attuazione dell'art. 2 bis della Legge 138/2004 e del Piano nazionale della prevenzione 2005-2007, approvato con Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005

Gruppi di lavoro nominati dai Decreti del ministro della salute del 3 novembre 2004 e del 18 ottobre 2005, in applicazione della Legge 138 del 2004 (art. 2 bis)

Chi cos'è questo documento  
Il documento in sintesi  
Tabella sinottica

### prima sezione

#### Introduzione e generalità sugli screening oncologici

1. Premessa
2. Riferimenti normativi, atti programmatici e attività del ministero della Salute
3. Criteri generali di un programma di screening
4. Obiettivi dello screening
5. Requisiti di un programma di screening
6. Possibili effetti negativi dello screening
7. Generalità sull'organizzazione dei programmi di screening oncologici
8. Informazione alla popolazione e adesione consapevole
9. Ruolo del medico di medicina generale
10. Formazione e aggiornamento del personale
11. Riservatezza dei dati
12. Sistema informativo per gli screening
13. Riferimenti

#### 5. Requisiti di un programma di screening

In quanto intervento organizzato di sanità pubblica, lo screening ha caratteristiche peculiari. Si tratta di un processo, controllato nella qualità, che coinvolge più discipline e professioni. Deve inoltre garantire la massima equità e prevedere un bilancio tra effetti positivi e negativi e una stima dei costi. La realizzazione del programma di screening richiede anche un'adeguata informazione della popolazione, che deve essere coinvolta attivamente e informata sui benefici e i possibili rischi. Deve quindi essere effettuata una valutazione epidemiologica non solo della prestazione sanitaria, ma anche della partecipazione e dell'impatto su incidenza e mortalità. Anche l'attività di diagnosi precoce effettuata al di fuori di programmi organizzati di screening deve essere sottoposta a un controllo di qualità che consenta di valutarne adeguatezza e risultati.

#### 6. Possibili effetti negativi dello screening

Come altri interventi, i programmi di screening possono avere effetti negativi: possono dare risultati falsi negativi, producendo falsa rassicurazione e successivo ritardo diagnostico, o falsi positivi, generando ansia e costi inutili. Altri possibili svantaggi sono un'eventuale sovra-diagnosi, che può portare a terapie non giustificate, ma anche danni o fastidio per l'utente nel corso della somministrazione, oppure ansia in attesa dell'esito. Molti di questi non sono eliminabili completamente: per questo vanno chiariti all'utente insieme ai vantaggi. È comunque necessario mettere in atto tutti i controlli di qualità disponibili per ridurli al minimo.

#### 7. Organizzazione dei programmi di screening oncologico

In uno screening si individuano le seguenti fasi fondamentali:

- ❖ informazione e reclutamento della popolazione
- ❖ esecuzione del test
- ❖ esecuzione degli approfondimenti diagnostici
- ❖ esecuzione dei trattamenti
- ❖ gestione dei flussi informativi verso la popolazione e degli operatori
- ❖ registrazione dei dati e valutazione.

Tra i compiti delle Asl ci sono:

- ❖ promuovere i programmi di screening
- ❖ assicurare le risorse necessarie per la loro attuazione
- ❖ assicurare il coinvolgimento dei medici di medicina generale
- ❖ assicurare l'informazione e la sensibilizzazione della popolazione
- ❖ assicurare la gestione e la valutazione dei programmi
- ❖ programmare l'attività formativa degli operatori.

Le Regioni, a loro volta, devono:

- ❖ pianificare l'attivazione di programmi di screening di alta qualità sul territorio regionale
- ❖ valutare i programmi di screening sulla base delle informazioni epidemiologiche rilevate
- ❖ attuare programmi di formazione degli operatori, secondo i criteri stabiliti in sede nazionale e regionale
- ❖ fare controlli di qualità per le procedure a cui devono attenersi i programmi di screening
- ❖ definire le modalità di controllo (assicurazione di qualità)
- ❖ consultare i rappresentanti dei cittadini.

<https://www.osservatorionazionale screening.it/content/le-raccomandazioni>

[https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_publicazioni\\_774\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_774_allegato.pdf)

Oggetto: APPROVAZIONE DOCUMENTO: "ORGANIZZAZIONE DEI PROGRAMMI DI SCREENING ONCOLOGICI IN REGIONE LOMBARDIA. RACCOMANDAZIONI PER LA QUALITÀ."

- Identificazione in ciascuna ASL, di una segreteria organizzativa per la gestione del Programma (Centro Screening);

Si raccomanda laddove attive diverse linee di screening oncologico, che il coordinamento dei programmi sia unitario, in una ottica di maggior efficienza e di aumento di efficacia (rinforzo dell'azione, aumento della visibilità);

- Attivazione, preferibilmente nell'ambito della segreteria organizzativa, di un fronte office telefonico dedicato, deputato alla gestione degli appuntamenti ed agli aspetti informativi, dotato di numero verde con segreteria telefonica attiva, fuori dagli orari di apertura.

## Decreto Direttoriale regionale 10 novembre 2017 n. 13960

### Aggiornamento delle modalità organizzative dei programmi di screening oncologici in Regione Lombardia.

Ogni Centro Screening è dotato di **personale sanitario e amministrativo, formato e dedicato**, che **opera in una ottica multidisciplinare ed esprime competenze** relative ai principi teorici che sottendono ai programmi di screening, alle procedure specifiche, alla raccolta, e archiviazione di dati sanitari, all'utilizzo di programmi informatici operativi; tra il personale dedicato è inoltre **essenziale la presenza di competenze comunicative** con particolare riferimento alle tecniche di sensibilizzazione/counselling in ambito sanitario, il centro screening deve garantire diversi livelli di attività:



### 1) Organizzazione:

- ◆ gestione degli aspetti organizzativi dei programmi di screening (liste di attesa, gestione delle prenotazioni, ecc.);
- ◆ programmazione e gestione di inviti, solleciti e esiti;
- ◆ collegamento e raccordo con i servizi di riferimento;
- ◆ aggiornamento periodico delle informazioni;
- ◆ attivazione di un "numero verde" attivo indicativamente 5 giorni al mese, con recapito telefonico dedicato;
- ◆ attivazione di modalità di comunicazione con i cittadini;
- ◆ utilizzo integrato delle strutture (ambulatoriale ecc.) e risorse.

### 2) Valutazione:

- ◆ monitoraggio della adesione ai protocolli;
- ◆ monitoraggio dell'attività e produzione di servizi;
- ◆ costo monitoraggio delle prestazioni erogate, qualità, appropriatezza;
- ◆ monitoraggio delle modalità organizzative;
- ◆ gestione sedute, procedure/istruzioni operative, volume di attività dei professionisti.

### 3) Comunicazione:

- ◆ organizzazione delle iniziative di comunicazione e sensibilizzazione;
- ◆ produzione di materiale informativo relativo ai percorsi di screening (positivi o negativi, specifiche categorie);
- ◆ attivazione di una pagina web con la descrizione del percorso di screening, i richiami locali sul percorso di screening, il numero verde e l'indirizzo mail di riferimento;
- ◆ gestione delle segnalazioni.

### 4) Reportistica:

- ◆ redazione e diffusione annuale dei dati sull'attività di screening per la popolazione;
- ◆ diffusione di informazioni sulla storia di screening dei propri pazienti ai MMG del territorio attraverso portali web o integrazioni con le cartelle informatizzate o attraverso reportistica dedicata (invitati e aderenti/non aderenti);
- ◆ reportistica a carattere scientifico per la diffusione degli esiti dei programmi di screening a istituzioni e società scientifiche.

### 5) formazione:

- ◆ promozione di percorsi di formazione dedicati ai professionisti coinvolti nel percorso di screening (interni ed esterni ad ATS).

# Direttive regionali per l'esecuzione degli screening oncologici in Sicilia

D.A. n. 01845/12

## Centro Gestionale Screening presso le ASP della Regione Sicilia

Presso ciascuna ASP deve essere costituito un Centro Gestionale Screening (CGS), preferibilmente allocato presso il Dipartimento di Prevenzione – Unità di Epidemiologia, fulcro organizzativo e gestionale del programma e centro di snodo dei flussi informativi per tutti e tre gli screening oncologici, che si configura come unità operativa semplice, di cui la Direzione Aziendale individua, con apposito atto formale, un responsabile.

La dotazione organica di personale operante a tempo pieno, dedicato e formato dovrà comprendere due medici igienisti, un infermiere/assistente sanitario, due amministrativi, un tecnico informatico. Se necessario, a seconda delle esigenze di territorio e di popolazione, si aggiungerà ulteriore personale che presti per il CGS un quantitativo parziale del proprio orario di servizio tale da raggiungere la quota oraria totale necessaria allo sviluppo dello screening.

# Domande

- Cos'è il Centro Screening?
- Quali sono le sue funzioni?
- Chi lo coordina?
- Quale è la sua struttura organizzativa?
- Quale profilo professionale deve avere il personale?
- Quanto personale in relazione alle funzioni svolte?
- Quale competenza?



REGIONE TOSCANA

UFFICI REGIONALI GIUNTA REGIONALE

**ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 16-12-2019 (punto N 36)**

Delibera

N 1589

del 16-12-2019

*Oggetto*

Riorganizzazione dei Programmi di Screening in Regione Toscana. Revoca DGR n.1342/2004.

### 3. Coordinamento Aziendale di Screening

In ogni Azienda USL è individuata una **Struttura Complessa di Screening oncologico** organizzato il cui responsabile opera avvalendosi delle risorse messe a disposizione in piena autonomia organizzativa e gestionale. Tale struttura è chiamata a supportare la Direzione Aziendale nella definizione degli obiettivi di budget di eventuali altri Dipartimenti coinvolti al fine del raggiungimento degli obiettivi regionali e nazionali.

La Struttura Complessa di Screening oncologico organizzato:

- gestisce ed organizza il percorso di screening oncologico per garantire una offerta del percorso al 100% degli aventi diritto. Tale offerta viene realizzata attraverso una adeguata allocazione delle risorse necessarie per la predisposizione delle agende per l'erogazione del test di screening e dei successivi approfondimenti diagnostici;
- sovrintende alla declinazione delle attività atte ad assicurare la completa presa in carico dell'utenza dal momento dell'invito fino alla eventuale indicazione a trattamento o a follow up,
- individua le eventuali criticità, contribuendo alla elaborazione di azioni correttive e alla successiva formalizzazione, supervisionando inoltre la realizzazione dei piani di miglioramento,
- mantiene e consolida i rapporti con gli altri attori coinvolti tra cui le strutture deputate alla programmazione di Area Vasta, le Aziende Ospedaliere Universitarie ed Estar in particolare per quanto attiene alla gestione dei sistemi informativi,
- predispose il monitoraggio sistematico di efficacia e di efficienza dei percorsi e dei processi adottando i requisiti tecnico organizzativo professionali identificati a livello regionale,
- sovrintende alla realizzazione di progetti di ricerca applicata e di specifiche indagini (analisi dei determinanti di non rispondenza, fattibilità di nuovi modelli organizzativi, etc),
- contribuisce alla programmazione di progetti di educazione sanitaria e di comunicazione in ambito di screening oncologico con gli altri attori istituzionalmente deputati.

Per l'espletamento delle azioni sopra delineate devono essere formalmente attribuite alla SC di Screening oncologico organizzato le competenze professionali (sanitarie e amministrative) di tipo organizzativo-gestionale necessarie alla piena ed adeguata realizzazione del programma. Devono essere altresì funzionalmente previste competenze (sanitarie, amministrative e statistiche) a supporto delle valutazioni epidemiologiche, di efficacia e di efficienza. E' necessario inoltre che siano attribuite ed operanti, per ciascuno dei 3 programmi, le competenze di tipo clinico con professionisti attivamente coinvolti nello screening e specificamente nei settori della radiologia senologica, della ginecologia e della gastroenterologia. Ai fini di garanzia dei livelli di qualità fissati a livello regionale, nazionale ed europeo è necessario che, a latere della SC, siano formalmente individuati i riferimenti tecnico-professionali per lo screening afferenti ai servizi di diagnostica di laboratorio, di anatomia-patologica, di fisica sanitaria in modo tale da garantire l'adeguata presa in carico dell'utente,

RIFERIMENTI TECNICO ORGANIZZATIVO PROFESSIONALI DELLO SCREENING  
ONCOLOGICO ORGANIZZATO

PROCESSI	AZIONI	INFRASTRUTTURE	REQUISITI DI PROCESSO	PROPOSTE DI INDICATORI/STANDARD	RESPONSABILITA'	RISORSE
	agende per spostamenti, per attività di information desk, per verifica eleggibilità; gestione casella posta elettronica, back office con segreteria 1° livello per gestione disabilità e informazioni	telefonico	telefonico Apertura mattina e pomeriggio dei giorni feriali.	l'80% delle telefonate entranti. In caso di criticità: predisposizione di report con analisi delle cause, individuazione azioni migliorative e cronoprogramma per il	organizzativo	unità di tempo uomo ogni 25.000 soggetti appartenenti alla popolazione bersaglio annua
			programma			screening
	Individuazione segreteria screening di I livello centralizzata con specifico referente	Struttura operativa dipartimentale screening/Coordinamento aziendale screening;	Delibera aziendale  Procedura per gestione inviti, inesitati, risposte negative, organizzazione dei servizi		Responsabile aziendale screening oncologici  Referenti organizzativi  Responsabile ICT Estar	Una unità di tempo uomo ogni 50.000 aventi diritto
	Individuazione segreteria screening di II livello centralizzata con specifico referente	Struttura operativa dipartimentale screening/Coordinamento aziendale screening; Dipartimenti coinvolti	Delibera aziendale  Procedura per la gestione degli esiti non negativi, controlli ravvicinati, follow up		Responsabile aziendale screening oncologici  Referenti clinici	Una unità di tempo uomo ogni 100.000 aventi diritto

# ALLEGATO A alla Dgr n. 4538 del 28 dicembre 2007

## Il livello organizzativo unico

In merito alla trattazione del livello organizzativo di ciascun programma, date l'omogeneità e i numerosi parti in comune, è stata sfruttata l'opportunità di produrre un'unica lista di verifiche contenente requisiti che avessero validità per tutti e tre gli screening.

**Tabella 1- Livello organizzativo unico**

Requisito	Standard per il punteggio del 100%	Standard per il punteggio del 60%	Evidenze
SCRORGA.AC.1.1 - Il Programma ha un Responsabile nominato formalmente	-	-	Delibere Aziendali
SCRORGA.AC.1.2 - Sono nominati formalmente i referenti di ogni fase del programma (organizzativo, I livello diagnostico e II livello diagnostico e livello terapeutico)	-	-	Atti di nomina
SCRORGA.AC.1.3 - Il Programma ha un Comitato Tecnico Scientifico (CTS)	Almeno 1 volta all'anno	Almeno una volta ogni 2 anni	Delibere Aziendali Verbalni riunioni N.B. Il CTS deve essere costituito almeno da: Direttore Sanitario, D delle U.O. coinvolte nel Programma o loro sostituti
SCRORGA.AC.1.4 - Esiste una procedura condivisa per la pianificazione di tutte le fasi del programma	Da aggiornare ad ogni round	-	Documento e registra delle verifiche per l'aggiornamento

Requisito	Standard per il punteggio del 100%	Standard per il punteggio del 60%	Evidenze
SCRORGA.AC.1.5 - Il Programma utilizza un software di gestione adeguato	Integrato con altri dipartimentali, di cui almeno: anagrafe, 1° livello	Software non integrato, ma garantisce gestione inviti e richiami, produzione di statistiche e indicatori	Compilazione regolare della scheda per la valutazione annuale Regionale e dell'Osservatorio Nazionale Screening <ul style="list-style-type: none"> <li>1° livello Citologico: Anatomia Patologica</li> <li>1° livello Mammografico: Radiologia</li> <li>1° livello del colon retto Laboratorio di analisi</li> </ul>
SCRORGA.AC.1.6 - E' disponibile l'anagrafe della popolazione eleggibile per lo screening	Aggiornabile per via informatica	Aggiornata almeno 1 volta all'anno	Registrazione datata dell'aggiornamento
SCRORGA.AC.1.7 - Esiste una procedura per la pulizia delle liste delle persone da invitare	Utilizzate (oltre quanto riportato nello standard del 60%) anche le ulteriori modalità: informazioni dai MMG, informazioni test recenti da centri privati accreditati	Utilizzate almeno le seguenti modalità: informazioni test recenti in strutture pubbliche, diagnosi precedenti di tumore del distretto	Procedura
SCRORGA.AC.1.8 - La lettera di invito, il depliant informativo e la lettera di risposta negativa sono conformi ai parametri di qualità identificati nell'Allegato 1	Sono in uso i materiali regionali/sono rispettati tutti i punti della check list	E' rispettata la check list ai punti 1 e 2	-
SCRORGA.AC.1.9 - Esiste un Front Office telefonico dello screening	-	-	Devono essere formalizzate la modalità e gli orari di accesso
SCRORGA.AC.1.10 - Esiste personale sanitario/amministrativo formato e aggiornato adeguatamente	Almeno un corso di introduzione sui programmi di screening più corso di comunicazione	Almeno un corso di introduzione sui programmi di screening	Attestati partecipazione corsi
SCRORGA.AC.1.11 - Devono essere rilevati i dati necessari al calcolo degli indicatori della Tabella di riferimento (Allegato 2)	Tutti gli indicatori sono disponibili	Almeno l'80% degli indicatori sono disponibili	Produzione degli indicatori per la valutazione e la pubblicazione annuale a cura del Registro Tumori

GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

Questo giorno lunedì 13 del mese di maggio  
dell'anno 2013 si è riunita nella residenza di via Aldo Moro, 52 BOLOGNA  
la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) Saliera Simonetta	Vicepresidente
2) Bianchi Patrizio	Assessore
3) Freda Sabrina	Assessore
4) Gazzolo Paola	Assessore
5) Lusenti Carlo	Assessore
6) Marzocchi Teresa	Assessore
7) Melucci Maurizio	Assessore
8) Mezzetti Massimo	Assessore
9) Muzzarelli Gian Carlo	Assessore
10) Peri Alfredo	Assessore
11) Rabboni Tiberio	Assessore

Presiede la Vicepresidente Saliera Simonetta  
attesa l'assenza del Presidente

Funge da Segretario l'Assessore Muzzarelli Gian Carlo

Oggetto: REQUISITI SPECIFICI PER L'ACCREDITAMENTO DEL PROGRAMMA DI SCREENING PER LA PREVENZIONE E DIAGNOSI PRECOCE DEL TUMORE DELLA CERVICE UTERINA, DEL PROGRAMMA DI SCREENING PER LA DIAGNOSI PRECOCE DEL TUMORE ALLA MAMMELLA E DEL PROGRAMMA PER LA PREVENZIONE /DIAGNOSI PRECOCE DEI TUMORI DEL COLON RETTO.

Cod.documento GPG/2013/407

Allegato parte integrante - 1

Agenzia sanitaria e sociale regionale



**Requisiti per l'accREDITamento di Programmi di  
screening per la prevenzione/diagnosi precoce dei  
tumori  
del colon-retto, della cervice uterina e della mammella**

## Funzioni organizzative del programma

- Deve essere individuato un centro screening che assicuri le funzioni organizzative, gestionali, amministrative e di sorveglianza.

## Requisiti strutturali del programma

- Deve essere individuato un Centro Screening dove sono svolte le funzioni di **gestione inviti** e di **front office** e **attivazione del percorso di secondo livello** diagnostico terapeutico e di **follow up** successivo anche al trattamento; **raccolta dati** necessari alla definizione del percorso dell'utente e alla **valutazione quali-quantitativa dell'attività** nel suo complesso.



# Progetto di Audit presso i CS della Regione Emilia - Romagna

<https://www.osservatorionazionale screening.it/content/audit-nei-centri-screening-oncologici-dellemia-romagna>

[https://www.giscor.it/convegni/giscor-2022/25\\_CANUTI\\_giscor\\_2022.pdf](https://www.giscor.it/convegni/giscor-2022/25_CANUTI_giscor_2022.pdf)

# I Centri Screening in Emilia - Romagna

Aziende USL	N° Centri Screening	Afferenza	Note
8	12		
	2	Dipartimento Sanità Pubblica	
	2	Direzione Sanitaria	
	1	Direzione Assistenziale	
	1	U.O. Anatomia Patologica	
	3	Dipartimento Oncologico	3 U.O. Prevenzione Oncologica
	1	U.O. Cure Primarie (mammella)	Verso DPS (in fase di riorganizzazione)
	1	U.O. Salute Donna (Cervice)	
	1	U.O. Gastroenterologia (Colon)	

# I Responsabili dei Centri Screening

N°	Profilo professionale
8	Medici
3	3 Biologhe
1	Coordinatrice Infermiera Professionale

N°	Struttura
7	Strutture Complesse (SC)
2	Strutture Semplici Dipartimentali (SSD)
2	Strutture Semplici (SS)
1	Incarico di funzione



# Variabili di contesto

## Aspetti organizzativi e funzioni:

- CS unico oppure CS screening specifico
- Front office unico o screening specifico
- Front office interno o esternalizzato
- Gestione attiva 2° livello (case manager o infermiera di percorso) interno al CS piuttosto che ubicato nei servizi di 2° livello (es. endoscopia digestiva, senologia/radiologia, consultori)
- Gestione attiva follow up interno al CS piuttosto che ubicato nei servizi di 2° livello
- Monitoraggio dell'attività e valutazione di qualità svolta da personale appartenente al CS o da professionalità esterne di supporto
- Comunicazione e informazione, rapporti con gli stakeholder.



## Variabili di contesto

### **Aspetti organizzativi e funzioni:**

- modalità di distribuzione del kit per la ricerca del sangue occulto fecale
- gestione percorso rischio eredo familiare mammella e ovaio (monitoraggio, archiviazione dati, gestione attiva inviti, attività spoke)
- partecipazione costante ad incontri sistematici multidisciplinari
- attività di ricerca
- partecipazione attiva a gruppi di lavoro coordinamento regionale screening.



## Altre variabili di contesto

### **Strumenti tecnologici:**

- software unico o screening specifico
- livelli di integrazione con le UU.OO. che intercorrono lungo il percorso
- portali web per gestione appuntamento
- piattaforme per gestione sms
- cruscotti di monitoraggio indicatori
- servizi a supporto e monitoraggio attività del call center.

*La variabile più variabile:*  
le risorse umane assegnate.



## Centro Screening non adeguatamente dimensionato

Popolazione target	Profilo professionale	Attività
<p>76.120 62.052 81.655</p> <p><b>219.827</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 1 Dirigente Sanitario (24 ore)</li> <li>○ 6 Amministrativi ,tot 32 ore/sett <b>(da altra U.O.)</b></li> <li>○ 1 Direttore U.O. Front office 2 ore/sett</li> <li>○ 1 Collaboratore tecnico-informatico 30 ore/sett <b>(da altra U.O.)</b></li> <li>○ 3 A.S., tot. 22 ore/sett</li> <li>○ Resp. Piattaforma Comparto 1 ora/sett</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pianificazione, programmazione, monitoraggio indicatori, debiti informativi.</li> <li>○ Gestione inviti e agende 1° livello, monitoraggio programmazione, <b>interfaccia con call center esterno</b>, invio esiti negativi, gestione inadeguati e inesitati, gestione mail.</li> <li>○ Interfaccia software con UOSIT e gestione/programmazione inviti</li> <li>○ Gestione e registrazione dati 2° e 3° livello screening mammografico</li> </ul>



# Centro Screening adeguatamente dimensionato

Popolazione e target	Profilo professionale	Attività
141.308 112.332 148.914	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 1 Dirigente Sanitario full time</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pianificazione annuale attività, analisi dei fabbisogni e di contesto, comunicazione e informazione, monitoraggio, controlli qualità valutazione quali-quantitativa, gestione del debito informativo, produzione di indicatori di processo e impatto, referente accreditamento, <b>attività di ricerca</b> e collaborazioni,, interfaccia con i punti di erogazione.</li> </ul>
402.554	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 1 Educatore part time</li> <li>○ 1 Statistico full time</li> <li>○ 5 Amministrativi, 4 full time e 1 part time</li> <li>○ 1 Amministrativo (biologo) full time</li> <li>○ 4 Infermieri, 3 full time e 1 part time</li> <li>○ 1 Ostetrica part time</li> <li>○ 2 OSS full time</li>   <li>○ 1 turno/sett (3 TSRM a rotazione, da altra U.O.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gestione problemi anagrafici</li> <li>○ Gestione agende, inviti, solleciti</li> <li>○ Front office telefonico 1° livello, inadeguati, solleciti telefonici, casella di posta elettronica</li> <li>○ <b>Invio manuale FIT</b>, gestione ordini di farmacia e altro materiale (es. contenitori di trasporto TP, contenitori refrigerati per FIT, etichette, buste plastica)</li> <li>○ <b>Prenotazione Pap test extra screening (1.500-1.800 anno)</b></li> <li>○ 1° LIVELLO interfaccia con i laboratori, controlli scarico referti, postalizzazione</li> <li>○ <b>2° LIVELLO</b> verifica scarico positivi, aperture agende CUP e agende lato screening</li> <li>○ Gestione della chiamata di 2° livello, comunicazione della positività del test, proposta di approfondimento, gestione cartelle, dati amministrativi</li> <li>○ Gestione attiva del follow up endoscopico con presa in carico della persona (case manager)</li> <li>○ Gestione percorso friendly screening mammella (contatti telefonici)</li> <li>○ Follow up: verifica conclusioni, registrazione dati.</li> <li>○ 3° LIVELLO: inserimento dati interventi</li> <li>○ <b>Percorso rischio eredo familiare mammella:</b> appuntamenti, risposte, ripianificazione che segue all'assegnazione del profilo di rischio da parte dell'ambulatorio SPOKE.</li>   <li>○ Richiami telefonici 2° livello, supporto front office, controlli esami non refertati e supporto ai Medici Radiologi refertanti.</li> </ul>

Riflessioni

- In alcune realtà **le risorse umane assegnate al Centro Screening appaiono inadeguate in termini quantitativi** alle necessità della complessa macchina organizzativa e valutativa dei percorsi di screening.
- Laddove le risorse non sono adeguate risulta più difficile valorizzare le competenze individuali.
- La valorizzazione delle competenze consente un aumento dell'efficienza del CS, della flessibilità delle risorse e della tempestività nell'affrontare eventuali criticità (temporanee).
- **Laddove le risorse umane assegnate sono inadeguate** numericamente e/o con adeguato mix delle professionalità necessarie **si riscontrano livelli di adesione inferiore ai programmi di screening.**
- In egual modo si è riscontrata una minore capacità di recupero dei ritardi dovuti all'emergenza COVID-19.

*Tratto da un verbale di audit:*

«Elementi indispensabili che un centro screening dovrebbe avere:

- possedere **personale dedicato** a tempo pieno, **numericamente sufficiente** a garantire tutte le funzioni richieste e adeguatamente formato sulla tematica di interesse;
- definire **una figura organizzativa dedicata**, che conosca bene i percorsi, con capacità organizzativa e comunicativa, **capace di presidiare tutte le fasi** (punto di riferimento per tutti i professionisti dei tre percorsi), monitorare le attività e **attivarsi tempestivamente** nella risoluzione di eventuali criticità attraverso l'implementazione di azioni correttive specifiche»

Come definiamo  
che le risorse  
umane assegnate  
al CS sono  
sufficienti, o meglio,  
adeguate?



# Come definiamo che le risorse umane assegnate al CS sono sufficienti, o meglio, adeguate?

Non è semplice perché:

- alcune attività del CS sono solo parzialmente correlate alla numerosità della popolazione target;
- altre attività, pur difficilmente misurabili in termini di tempo necessario, risentono fortemente dalla popolazione target;
- disomogeneità delle funzioni effettive in capo ai CS nelle diverse realtà (per es. gestione percorso rischio eredo familiare, screening HCV);
- disomogeneità degli strumenti a disposizione del personale (software e relative integrazioni, portali per la gestione dell'appuntamento, ...);
- scelte organizzative aziendali che possono impattare sul carico di lavoro dei CS e sull'efficienza del programma.

# Riflessioni sul front office

- ❑ La funzione di front office è **“il biglietto da visita”** per i cittadini che per lunghi anni sono coinvolti nei programmi di screening, con i quali è importante stabilire un rapporto di fiducia. Non è solo uno sposta appuntamento, ma un **punto di riferimento** importante per l'utente e che contribuisce a **creare un rapporto di fiducia** con il cittadino.
- ❑ Occorre fare molta attenzione nella definizione del modello organizzativo del front office del Centro Screening Oncologici: **il personale deve essere dedicato e formato**, possibilmente facente parte di un'equipe stabile nel tempo e **con figure amministrative e sanitarie che integrano le loro competenze** per fornire al cittadino una risposta adeguata e integrata sia per gli aspetti organizzativi che di percorso di 1° e 2° livello. Un'equipe così strutturata, inoltre, garantisce al singolo componente il **sentirsi parte di un percorso di squadra** con obiettivi condivisi;
- ❑ L'utilizzo di **un front office esterno**, con personale dislocato al di fuori del Centro Screening, non favorisce lo stabilirsi di un rapporto di fiducia con l'utenza e **rischia di frammentare la presa in carico complessiva** affidata a diverse parti che non hanno la visione globale del percorso.

# Domande

- Cos'è il Centro Screening?
- Quali sono le sue funzioni?
- Chi lo coordina?
- Quale è la sua struttura organizzativa?
- Quale profilo professionale deve avere il personale?
- Quanto personale in relazione alle funzioni svolte?
- Quale competenza?

**Possiamo dare una risposta univoca?  
E' utile per i programmi di screening?**



# Cosa possiamo fare

Definire a livello nazionale:

- le **funzioni** proprie del CS
- le **figure professionali** del CS e la **competence** richiesta
- la **dotazione (qualitativa e quantitativa)** in termini di risorse umane in relazione alle funzioni svolte, alla popolazione bersaglio dei programmi, alle dotazioni tecnologiche e alle integrazioni informatiche disponibili
- le **dotazioni tecnologiche** minime e a cui tendere

# Da dove partire

Da alcuni punti fermi:

- **CS unico** per i 3 (gli n) screening
- Un **Responsabile del CS dedicato e con esperienza** che ne coordina l'attività - **che «vive» (dentro) il Centro Screening.**
- **Front office interno al CS con personale dedicato** (certamente per informazioni agli utenti e 1° livello, auspicabilmente anche per 2° livello o altamente integrato).
- Il personale del CS deve **includere la presenza di personale sanitario e di personale amministrativo adeguatamente formato.**
- **Competenze interne per l'assolvimento del monitoraggio** degli indicatori e l'assolvimento del debito informativo.

# I primi passi

- Proposta in ambito FASO e creazione di un gruppo di lavoro.
- Predisposizione bozza di questionario per avviare una survey nazionale sullo stato dell'arte dell'organizzazione dei Centri Screening Oncologici.

## Modelli organizzativi dei Centri Screening Oncologici in Italia

### Survey FASO

#### 1. Regione di appartenenza

\_\_\_\_\_

Azienda Sanitaria di appartenenza

\_\_\_\_\_

#### 2. Il Centro Screening (centro con funzioni organizzative, gestionali, amministrative e di sorveglianza degli screening oncologici) è:

- Unico per i tre programmi di screening oncologici
- Screening specifico
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

#### 3. Il Centro Screening è individuato con atto formalizzato?

- Sì, Se si indicare il tipo di atto (Delibera, Determina, altro tipo di atto)
- No

#### 4. Se il Centro Screening è formalizzato, l'atto include organigramma e

~~funzionigramma?~~

- Sì
- No

#### 5. Indicare l'afferenza del Centro Screening

- Direzione Generale in staff
- Direzione Sanitaria
- Direzione Assistenziale
- Dipartimento di Prevenzione/Sanità Pubblica
- Dipartimento Oncologico
- Altri Dipartimenti (specificare quale) \_\_\_\_\_
- Unità Operativa (specificare quale) \_\_\_\_\_
- Affidamento a Gestione Esterna alla ASL/Regione
- Altro: \_\_\_\_\_
- 

#### 6. Il Centro Screening è:

- Struttura Complessa
- Struttura Semplice Dipartimentale
- Struttura Semplice
- Altro \_\_\_\_\_

#### 7. È formalizzato un Responsabile del Centro Screening?

- Sì
- No

#### 8. La figura di Responsabile del Centro Screening coincide con il Responsabile dei Programmi di Screening Oncologici Aziendale?

- Sì
- No

Eventuali note



Lo screening è una collana di perle di cui il Centro Screening rappresenta il filo

*Cinzia Campari*