

4.3 PL13 Consolidamento dei programmi organizzati di screening oncologico

4.3.1 Quadro logico regionale

CODICE	PL13
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Coord. Sett. Igiene e promozione della salute (P.R. Tanchis)
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO1 Malattie croniche non trasmissibili
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	- MO1 Malattie croniche non trasmissibili - MO6 Malattie infettive prioritarie
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	- MO1-01 Aumentare la consapevolezza nella popolazione sull'importanza della salute riproduttiva e pre-concezionale - MO1-08 Promuovere l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età e nei setting di vita e di lavoro, integrando cambiamento individuale e trasformazione sociale - MO1-17 Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT e/o affetti da patologia in raccordo con le azioni del Piano Nazionale Cronicità - MO1-20 Aumentare l'estensione dei programmi di screening oncologico alla popolazione target per ciascuno dei 3 tumori oggetto di screening - MO1-21 Aumentare l'adesione ai programmi di screening oncologico - MO1-22 Identificare precocemente i soggetti a rischio eredo familiare per tumore della mammella - MO6-04 Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali interoperabili a livello regionale e nazionale tra di loro e con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residente/assistiti) in particolare con riferimento all'integrazione vaccino HPV screening. - MO6-05 Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie)
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	- MO1LSn Rafforzamento/implementazione dei coordinamenti regionali screening - MO1LSo Offerta di programmi organizzati di screening oncologici per i carcinomi della cervice uterina (test HPV DNA), della mammella e del colon retto - MO1LSp Implementazione di protocolli di screening cervicale differenziati per le donne vaccinate a 11-12 anni contro l'HPV - MO1LSq Implementazione di percorsi diagnostico terapeutici, integrati con i programmi di screening in essere, per donne ad alto rischio di cancro alla mammella per mutazioni genetiche di BRCA1 e BRCA2 - MO6LSb Coordinamento e integrazione tra diversi livelli istituzionali nella attuazione di interventi di prevenzione, nel periodico ritorno informativo a tutti i livelli e nel monitoraggio sistematico
LEA	- A03 Vaccinazioni - F03 Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale - F08 Screening oncologici definiti dall'Accordo Stato Regioni del 23 marzo 2005 e dal Piano nazionale

4.3.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

Nei Paesi occidentali circa il 50% delle morti per tumore sono causate da fattori di rischio modificabili e quindi sono potenzialmente prevenibili.

Si stima che in Italia i fattori di rischio comportamentali, quindi modificabili, quali fumo di tabacco, inattività fisica, scorretta alimentazione, consumo in eccesso di alcol, siano responsabili di circa 65.000 decessi oncologici all'anno. In entrambi i sessi il fumo di tabacco è il fattore di rischio con maggiore impatto al quale sono riconducibili circa 43.000 decessi in un anno.

Ulteriori fattori di rischio per l'insorgenza dei tumori sono costituiti dall'esposizione ad agenti infettivi (sono attribuibili ad alcune infezioni croniche circa il 10-12% dei tumori), all'inquinamento ambientale, in particolare quello atmosferico, alle radiazioni ionizzanti e ai raggi ultravioletti (5% circa dei tumori) (I numeri del cancro in Italia 2020- AIRTUM- AIOM).

Tra le 12 principali modalità per ridurre il rischio di sviluppare un tumore, riassunte nel *Codice Europeo contro il cancro (a cura di OMS, IARC e Commissione Europea)*, oltre agli interventi sugli stili di vita o sull'ambiente, è richiamata la partecipazione ai programmi organizzati di screening oncologico. Questi sono interventi complessi di sanità pubblica rivolti a gruppi di popolazione che non mostrano sintomi specifici di malattia ma che, per età o per altre condizioni, presentano un aumentato rischio, e ai quali è offerto attivamente un percorso sanitario finalizzato all'individuazione precoce dei tumori, quando questi sono più facilmente curabili, o di lesioni precancerose; il percorso organizzato prevede un primo test diagnostico, gli accertamenti di approfondimento e la successiva presa in carico sistemica.

Attualmente sono inclusi nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) di cui al DPCM 12.1.2017, e quindi garantiti gratuitamente dal Servizio Sanitario Nazionale, perché di documentata efficacia in termini di riduzione della mortalità specifica e, in alcuni casi, dell'incidenza, i programmi di screening organizzato del tumore della mammella (rivolto alle donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni), della cervice uterina (rivolto alle donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni) e del colon retto (rivolto alla popolazione maschile e femminile di età compresa tra i 50 e i 69 anni).

Il tumore della mammella è la neoplasia più frequentemente diagnosticata tra le donne in Italia: si stima che questo tumore rappresenti circa il 30% di tutti i tumori femminili. (I numeri del cancro in Italia 2020- AIRTUM- AIOM).

Tra i fattori di rischio troviamo l'età, fattori riproduttivi (lunga durata del periodo fertile), fattori ormonali, fattori dietetici e metabolici, familiarità ed ereditarietà.

In Sardegna le stime disponibili relative all'anno 2019 mostrano un **tasso di incidenza standardizzato** del tumore della mammella pari a 152 nuove diagnosi per 100.000 ab, corrispondenti a 1.300 nuovi casi/anno.

Il **numero di decessi** per tumore della mammella registrato in Sardegna secondo i dati Istat del 2016 è pari a 411 donne. La mortalità per tumore della mammella è in diminuzione in Italia (-0,6%) e nelle regioni del centro nord, dove è molto alta l'adesione agli screening oncologici; nelle regioni del centro sud la mortalità appare stabile.

La **sopravvivenza a 5 anni** dalla diagnosi di tumore della mammella in Sardegna è pari all'85% contro un dato medio italiano dell'87%.

Grazie allo screening la maggior parte dei tumori maligni mammari è diagnosticata in fase iniziale, quando il trattamento chirurgico può essere più spesso conservativo e la terapia adottata più efficace tale da consentire tassi di sopravvivenza a 5 anni molto elevati.

Il carcinoma della cervice uterina in Italia è il quinto tumore per frequenza nelle donne sotto i 50 anni di età. (I numeri del cancro in Italia 2020- AIRTUM- AIOM).

Il fattore eziologico è rappresentato dalla infezione persistente da ceppi ad alto rischio di papilloma virus umano (HPV) a trasmissione per via sessuale, e a fattori di rischio che riguardano le condizioni che favoriscono l'infezione, quali il basso livello socio-economico (con scarso accesso alla prevenzione). La cancerogenesi è di lunga durata e il carcinoma rappresenta la fase evolutiva finale di una serie di lesioni a rischio progressivamente più alto che, peraltro, nelle fasi iniziali possono regredire spontaneamente.

In Sardegna le stime disponibili relative all'anno 2019 mostrano un **tasso di incidenza standardizzato** del tumore della cervice uterina pari a 3,4 per 100.000 ab., corrispondenti a meno di 50 nuovi casi/anno.

Il numero di decessi per tumore della cervice uterina registrato in Sardegna secondo i dati Istat del 2016 è pari a 11 donne.

La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi di tumore della cervice uterina in Sardegna è pari al 58% contro un dato medio italiano del 68%.

La diagnosi precoce mediante i programmi di screening organizzato rappresenta il principale fattore di riduzione dell'incidenza e della mortalità di questo tumore.

I tumori del colon retto rappresentano il secondo tumore più frequente in Italia nel genere femminile (circa l'11% delle nuove diagnosi nel 2020), dopo il tumore della mammella, e il terzo più frequente nel genere maschile (circa il 12% delle nuove diagnosi nel 2020), dopo i tumori alla prostata e al polmone (I numeri del cancro in Italia 2020- AIRTUM-AIOM).

I tumori del colon retto sono riconducibili a stili di vita non salutari e a familiarità. I fattori di rischio sono rappresentati da eccessivo consumo di carni rosse e di insaccati, farine e zuccheri raffinati, sovrappeso e ridotta attività fisica, fumo ed eccesso di alcol. Ulteriori condizioni di rischio sono costituite dalla malattia di Crohn e dalla rettocolite ulcerosa. Suscettibilità ereditarie (2-5%) sono riconducibili alla poliposi adenomatosa familiare (FAP) e alla sindrome di Lynch.

In Sardegna le stime disponibili relative all'anno 2019 mostrano un **tasso di incidenza standardizzato** del tumore del colon retto pari a 113 nuove diagnosi per 100.000 ab di genere maschile, corrispondenti a 1.000 nuovi casi/anno, e a 37 nuove diagnosi per 100.000 ab di genere femminile, corrispondenti a 500 nuovi casi/anno.

Il numero di decessi per tumore del colon – retto registrato in Sardegna secondo i dati Istat 2016 è pari a 357 uomini e 256 donne. La mortalità è in diminuzione in Italia (-0,7% M; -0,9% F) e nelle regioni del centro nord, dove è molto alta l'adesione agli screening oncologici; nelle regioni del centro sud la mortalità appare stabile.

La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi di tumore del colon retto in Sardegna è la più bassa tra le regioni italiane, pari al 58%, contro un dato medio italiano del 65%. Il tasso di sopravvivenza è un indicatore fondamentale del grado di efficacia dei sistemi sanitari nella cura del cancro e riflette sia l'efficienza della individuazione precoce che l'efficacia del trattamento.

Disuguaglianze nell'accesso alle prestazioni di prevenzione oncologica per i tre tumori oggetto di screening.

I dati del sistema di sorveglianza PASSI 2017-2019 evidenziano che esistono notevoli differenze di copertura allo screening della popolazione target stratificata in relazione ad alcune variabili demografiche e socio economiche, e che queste differenze di copertura risultano più marcate se analizzate separatamente per coloro che aderiscono ai programmi di screening organizzato o che si sottopongono spontaneamente agli esami preventivi.

In particolare, per lo screening mammografico e per quello cervicale, la copertura è significativamente maggiore nelle donne coniugate o conviventi, in quelle con un livello di istruzione più elevato e in quelle senza difficoltà economiche riferite. La copertura è inoltre più elevata tra le donne di cittadinanza italiana o provenienti da Paesi a sviluppo avanzato (Psa), rispetto alle straniere provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (Pfpm). Le disparità evidenziate risultano più marcate tra coloro che hanno eseguito il test di screening al di fuori dei programmi organizzati.

Per lo screening coloretale, la copertura al test preventivo è significativamente superiore nella fascia d'età 60-69 anni rispetto alla fascia 50-59, per coloro che hanno un livello di istruzione superiore e non riferiscono difficoltà economiche. La copertura risulta essere superiore tra i cittadini italiani provenienti da Paesi a sviluppo avanzato (Psa), rispetto agli stranieri provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (Pfpm). Anche in questo caso, le differenze di copertura sono più rilevanti tra coloro che hanno eseguito il test spontaneamente.

In generale, i dati del sistema di sorveglianza PASSI dimostrano che i programmi di screening organizzato sono in grado di ridurre il differenziale di copertura dovuto a fattori demografici o socioeconomici, rispetto allo screening spontaneo, ma non di annullarlo rendendo auspicabili interventi diretti a garantire una migliore equità di accesso a

gruppi di popolazione svantaggiati per condizioni sociali, economiche o particolarmente vulnerabili in relazione al loro status sociale.

Analisi di contesto

I Piani Regionali di Prevenzione approvati nel 2005, 2010 e 2015 (Delib.G.R. n. 29/2 del 5 luglio 2005, Delib.G.R. n. 47/24 del 30.12.2010 Delib. G.R. n. 30/21 del 16/6/2015) e il progetto regionale di miglioramento definito nel 2010 secondo le indicazioni del Piano Nazionale Screening 2007-2009, hanno dettato gli indirizzi per l'avvio e il consolidamento dei Programmi organizzati di screening oncologico da parte delle Aziende Sanitarie regionali. Le attività di ciascun Programma e quelle trasversali (sistema informativo unico regionale, campagne di comunicazione e formazione degli operatori dei percorsi) sono state sostenute con una dotazione finanziaria importante, a valere sulle risorse vincolate del Fondo Sanitario Regionale o di derivazione ministeriale, stanziata a partire dal 2006 e destinate a favorire gli investimenti iniziali e a strutturare i Programmi nella fase di avvio e di consolidamento.

Al 2019 tutte le otto Aree Socio Sanitarie (ASSL) della Sardegna avevano attivato, in tempi differenti, tutti e tre i programmi di screening organizzato, peraltro, con riferimento ad alcune ASSL e ad alcuni Programmi, con carattere di discontinuità (irregolarità della frequenza dell'invito) e comunque, in generale, con risultati, in termini di copertura della popolazione target, inferiori rispetto all'obiettivo LEA previsto per ciascun Programma di screening (50% di copertura per lo screening cervicale e coloretale; 60% di copertura per lo screening mammografico).

Peraltro, nonostante l'estensione nominale al 2019 mostri una situazione apparentemente buona, con l'attivazione dei percorsi di screening organizzato in tutte le otto ASSL regionali, i tre indicatori fondamentali calcolati per ciascuno dei tre programmi di screening:

- “estensione effettiva” (percentuale di popolazione target che riceve concretamente l'invito ad effettuare il test di screening),
- “adesione effettiva” (percentuale di popolazione target che aderisce all'invito ricevuto),
- “copertura” (percentuale di aderenti sul totale della popolazione target),

evidenziano una situazione con rilevanti criticità, di intensità differente nelle diverse ASSL. Tale situazione di criticità è stata acuita nel 2020 dall'emergenza Covid-19, quando durante il periodo di lock-down i programmi di screening sono stati sospesi su tutto il territorio regionale, garantendo solo l'esecuzione di esami di approfondimento per persone che avevano già avuto un esito positivo al test di screening. Nella FASE 2 dell'emergenza, a giugno 2020, le attività di screening sono riprese gradualmente ma con volumi ridotti a causa delle difficoltà legate alla esigenza di garantire gli accessi in sicurezza sia per gli utenti che per gli operatori, e con un evidente peggioramento di tutti gli indicatori.

Estensione effettiva

L'estensione nominale va letta in primo luogo alla luce del dato sulla estensione effettiva che esprime la reale capacità del sistema regionale di garantire concretamente ed in modo uniforme nel territorio la medesima opportunità di salute a tutti gli aventi diritto, attraverso l'allestimento di spazi organizzativi adeguati, in termini di strutture, personale e attrezzature, tali da consentire l'invito, e quindi l'erogazione effettiva delle prestazioni, sia di primo livello (test di screening), sia di approfondimento, alla popolazione target.

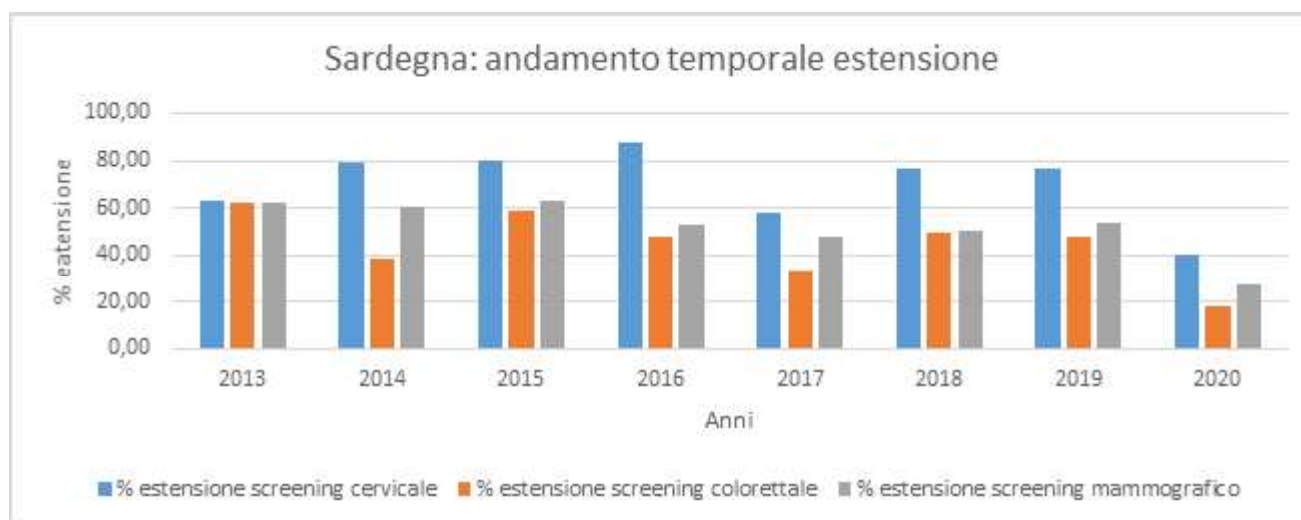
Nella tabella 1 e nel grafico che seguono sono rappresentate le percentuali di estensione effettiva, a livello regionale, di ciascuno screening nell'arco temporale 2013-2020:

Tab. 1

Anni	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
% estensione screening cervicale*	62,78	79,59	80,37	87,42	57,87	77,03	76,65	40,29
% estensione screening colorettaie*	61,93	38,35	58,51	47,63	33,27	49,89	47,72	18,05
% estensione screening mammografico*	62,25	60,34	63,38	53,05	48,10	50,29	53,80	27,29

Fonte: Regione su dati survey ONS

* estensione corretta: (invitati - inesitati)/(popolazione bersaglio - esclusi prima invito)*100



I dati di estensione effettiva dimostrano la difficoltà, prevalentemente di natura organizzativa, del sistema regionale di garantire l'accesso ai Programmi di screening a tutta la popolazione target, in generale per tutti e tre gli screening e, in modo più marcato, per lo screening colorettaie, che sconta la carenza di spazi organizzativi sul secondo livello, particolarmente accentuata in alcuni ambiti territoriali.

Nella precedente programmazione 2014-2019, al fine superare alcune criticità organizzative, ed in particolare l'insufficiente coordinamento e raccordo sistematico tra le strutture coinvolte nei percorsi, con la Delib. G.R. n. 5/32 del 29.01.2019 sono stati emanati indirizzi affinché i Centri di secondo livello, che rappresentano lo snodo fondamentale per migliorare l'estensione dei Programmi e la qualità dei percorsi, si facciano carico del ruolo di coordinamento del percorso diagnostico e terapeutico di ciascun paziente, raccordandosi sistematicamente sia con il Centro screening nella fase di pianificazione delle attività e in quella di restituzione degli esiti, sia con le anatomie patologiche, individuando, per ciascun paziente inviato dal Centro screening, un case manager responsabile della presa in carico e dell'eventuale invio al terzo livello di riferimento. Gli indirizzi regionali hanno quindi definito gli standard di qualità di ciascun Centro di secondo livello, sulla base delle linee guida nazionali e internazionali e delle esigenze organizzative dei Programmi, nei seguenti ambiti operativi: tempi d'attesa, prestazione, organizzazione e formazione.

Inoltre, con la medesima Delib. G.R. n. 5/32, per favorire l'inclusione nei percorsi di screening i Centri di secondo livello, spesso ubicati presso le Aziende Ospedaliere, e favorire quindi la più ampia utilizzazione di tutte le risorse disponibili del SSR (spazi organizzativi), è stato regolamentato, secondo criteri trasparenti e uniformi a livello regionale, il rapporto di committenza tra l'Azienda territoriale e le Aziende ospedaliere.

L'andamento temporale della estensione effettiva dei programmi evidenzia come alcune criticità organizzative non sono state superate, anche in conseguenza della sopravvenuta pandemia. Gli indirizzi della Delib. G.R. n. 5/32 necessitano quindi di essere implementati in modo uniforme in tutti gli ambiti territoriali.

Nella precedente programmazione 2014-2019, considerato che tra i fattori di maggiore criticità per l'ampliamento dello screening mammografico è stata rilevata la frammentazione dell'offerta delle prestazioni diagnostiche, comune anche all'ambito della senologia clinica, con dispersione delle risorse professionali e tecnologiche e, dato il bacino d'utenza della Sardegna, con la conseguente difficoltà di disporre di volumi di casi minimi sufficienti a garantire la qualità delle prestazioni secondo gli standard nazionali e internazionali, con la Delib. G.R. n. 1/14 del 10.01.2018, sono stati approvati gli indirizzi per la ridefinizione, su base regionale, del percorso di screening organizzato del carcinoma della mammella.

La Delib. G.R. n. 1/14 ha formalizzato gli standard organizzativi e tecnologici dei Centri di erogazione della mammografia (primo livello) e dei Centri di diagnostica clinica senologica che, come raccomandato dall'Intesa Stato-Regioni rep/Atti n.185/CSR del 18 dicembre 2014, devono garantire l'integrazione del percorso di screening organizzato, fungendo da raccordo tra:

- i programmi di prevenzione attiva (refertazione delle mammografie e approfondimenti diagnostici dello screening organizzato),
- la prevenzione spontanea,
- la diagnostica clinica su donne sintomatiche e/o in follow up, evitando duplicazioni inutili, costose e potenzialmente dannose.

Gli indirizzi regionali hanno quindi identificato la rete dei Centri di diagnostica clinica senologica (deputati alla prevenzione secondaria, alla diagnostica su donne sintomatiche e/o in follow up, e alla sorveglianza delle donne a rischio di tumore ereditario familiare) dimensionandola sulla base del bacino d'utenza di ciascun ambito territoriale, dei volumi stimati e degli standard raccomandati. Le linee di indirizzo regionali hanno previsto anche modalità operative innovative con la possibilità di creare équipe di professionisti operanti su più Centri di diagnostica senologica in modo tale da contemperare l'esigenza di mantenere i Servizi vicini ai cittadini, anche laddove il bacino d'utenza fosse insufficiente, e la necessità di garantire la qualità delle prestazioni erogate (dipendente anche dai volumi e dalla casistica trattata dal singolo professionista).

Anche nel caso dello screening mammografico, gli indirizzi regionali della Delib. G.R. n. 5/32 necessitano di essere implementati con uniformità a livello regionale.

Per quanto riguarda lo screening cervicale, nella precedente programmazione 2014-2019, con la Delib. G.R. 56/17 del 20.12.2017, sono stati emanati indirizzi per la riconversione del programma di screening cervicale con l'introduzione del test HPV-DNA quale test primario.

Ad oggi la transizione non è stata avviata per problemi prevalentemente di tipo tecnico amministrativo. Un'Azione specifica del presente programma è mirata a pervenire alla implementazione delle linee di indirizzo regionali che, comunque, dovranno essere integrate con il protocollo specifico per le coorti delle vaccinate contro l'HPV.

Adesione effettiva

La percentuale di adesione all'invito è un indicatore proxy esplicativo della qualità percepita dall'utenza ed esprime, di conseguenza, il livello di governance del sistema dal punto di vista dei processi di comunicazione/informazione e relativamente agli altri aspetti connessi alla qualità delle prestazioni offerte, per esempio in termini di rispetto dei tempi di attesa dichiarati o di continuità dell'offerta attiva.

Nella tabella 2 e nel grafico che seguono sono rappresentate le percentuali di adesione effettiva, a livello regionale, di ciascuno screening nell'arco temporale 2013-2020:

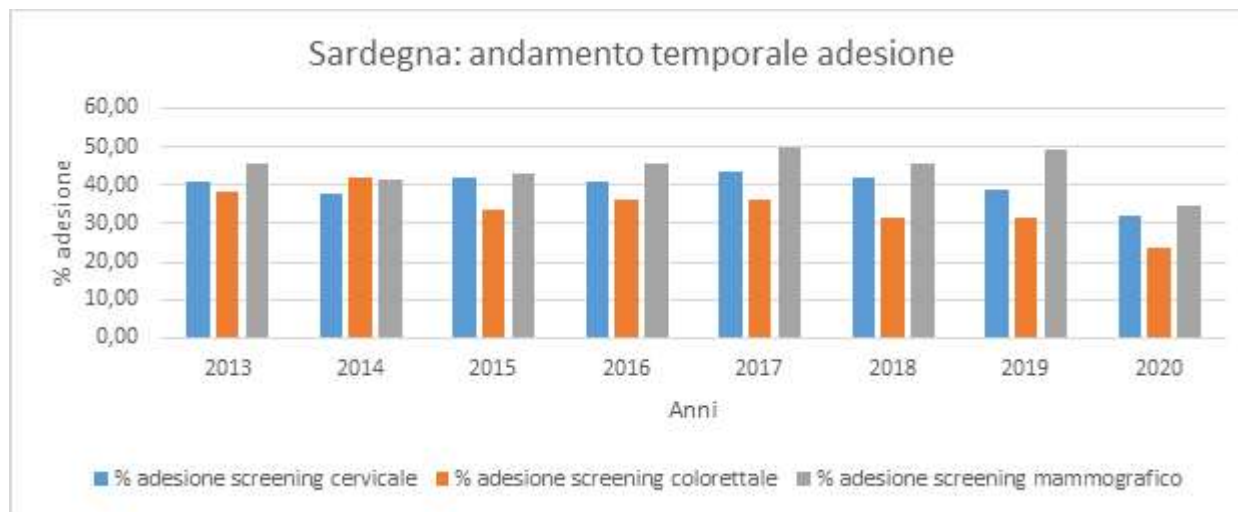
Tab. 2

Anni	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
% adesione screening cervicale*	40,74	37,75	42,21	40,92	43,26	41,82	38,96	31,77

% adesione screening colorettales*	38,42	42,04	33,65	36,04	36,21	31,60	31,32	23,6
% adesione screening mammografico*	45,64	41,48	43,10	45,70	49,69	45,53	49,37	34,5

Fonte: Regione su dati survey ONS

*adesione corretta: rispondenti/(invitati - inesitati- esclusi dopo l'invito)*100



Fonte: Regione su dati survey ONS

*adesione corretta: rispondenti/(invitati - inesitati- esclusi dopo l'invito)*100

I dati di adesione effettiva dimostrano la necessità di migliorare i processi di comunicazione/informazione nei confronti della popolazione target, per aumentare l'autonomia decisionale individuale (empowerment) e favorire una più ampia e consapevole partecipazione delle persone ai programmi organizzati, anche mediante il coinvolgimento delle comunità locali (Enti Locali, associazioni femminili, associazioni di pazienti e di volontariato in oncologia) e dei MMG.

Al riguardo, nella precedente programmazione 2014-2019, la Delib. G.R. n. 33/5 del 26.6.2018 ha previsto il coinvolgimento delle Farmacie convenzionate al Programma di screening del carcinoma del colon retto, mediante la sottoscrizione di un apposito accordo di collaborazione con la Federfarma Sardegna, con l'intento di migliorare la qualità del percorso diagnostico specifico (attraverso l'adozione di un protocollo operativo uniforme a livello regionale, per la distribuzione dei Kit diagnostici, il ritiro, la conservazione e la consegna dei campioni biologici) e incrementare i tassi di adesione al Programma (attraverso l'intervento professionale del farmacista diretto a promuovere attivamente l'adesione in ogni occasione opportuna e ad informare gli aderenti sulla corretta modalità di esecuzione del prelievo e conservazione del campione, sulle modalità di comunicazione dei risultati e sull'eventuale percorso di approfondimento dei casi positivi).

Copertura popolazione target

Nella tabella 3 e nel grafico che seguono sono rappresentate le percentuali di copertura (percentuale di aderenti sul totale della popolazione target), a livello regionale, di ciascuno screening nell'arco temporale 2013-2020:

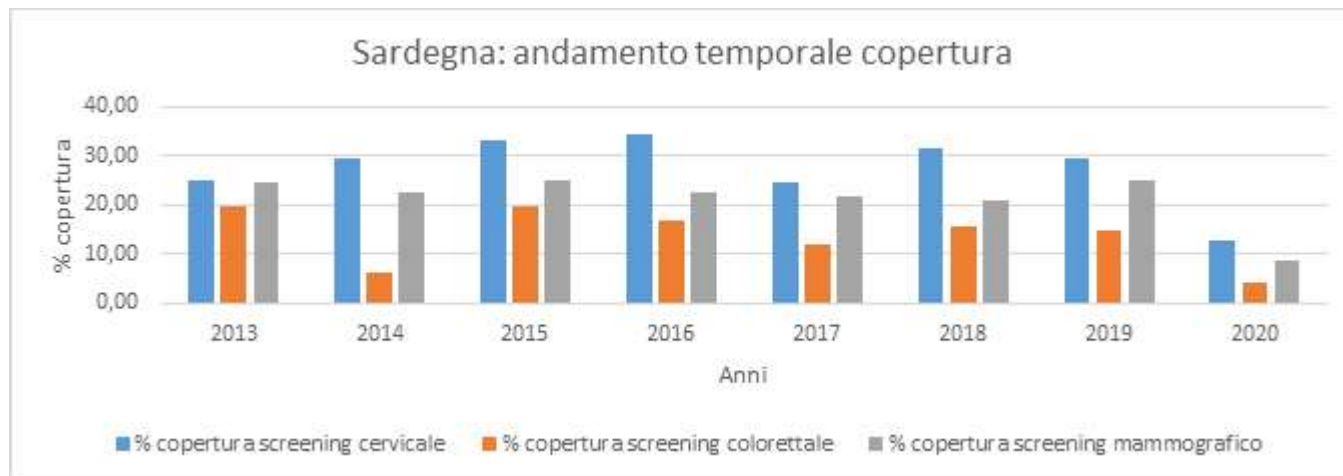
Tab. 3

Anni	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
% copertura screening cervicale*	24,88	29,36	33,44	34,37	24,72	31,40	29,42	12,68

% copertura screening coloretale*	19,92	6,19	19,57	16,96	12,05	15,78	14,91	4,18
% copertura screening mammografico*	24,73	22,43	25,24	22,42	21,94	20,97	25,11	8,89

Fonte: Regione su dati survey

*copertura: persone in età target che eseguono il test/popolazione target*100



I dati del 2019 evidenziano un livello di copertura per ciascuno dei tre screening non corrispondente all'obiettivo LEA; nel 2020 la riduzione dei volumi di attività, sia in termini di inviti che di prestazioni erogate, a causa della emergenza Covid-19, ha determinato un peggioramento dei livelli di copertura della popolazione target.

Le stime dell'ONS sui ritardi accumulati dai programmi della regione Sardegna a causa della pandemia nel 2020, rispetto al 2019, evidenziano che si è creato un arretrato di 22.636 esami (-49,1%) per lo screening cervicale, di 18.473 esami (-55,6%) per lo screening mammografico e 23.132 (-67,6%) per lo screening coloretale. La riduzione degli esami verificatasi nel 2020 porta a stimare il ritardo diagnostico di 116 lesioni pre-invasive CIN2+ della cervice uterina, di 61 carcinomi della mammella, e di 49 carcinomi e 139 adenomi avanzati del colon retto.

Il ritardo diagnostico evidenziato porterà inevitabilmente alla diagnosi successiva di lesioni in uno stadio più avanzato con la necessità di interventi più invasivi, peggioramento della prognosi e con costi superiori per il SSR.

Inoltre, si prevede che i ritardi dei programmi di screening avranno un impatto maggiormente negativo per le fasce di popolazione più svantaggiate che accedono con maggiore difficoltà alla prevenzione spontanea.

4.3.3 Scheda di programma

4.3.3.1 Descrizione dal PNP

Dalle risultanze del profilo di salute e di equità e dall'analisi di contesto, emerge che la prevenzione dei tumori oggetto di screening in Sardegna è caratterizzata da persistenti difficoltà che rendono non pienamente esigibili i LEA specifici, e ciò al di là dei ritardi accumulati a causa dell'emergenza determinata dalla pandemia da Covid-19. È necessario pertanto mettere in atto azioni in grado di migliorare la capacità del sistema regionale di garantire progressivamente i livelli di copertura previsti dagli indicatori LEA, anche nell'ottica di riduzione delle disuguaglianze, attraverso il miglioramento organizzativo e la qualità dei percorsi, e con l'introduzione delle innovazioni tecnologiche, previste dalla programmazione nazionale, rispondenti a logiche migliorative di costo-efficacia.

L'obiettivo generale del presente Programma Libero PL 13 è quello di estendere i livelli di copertura della popolazione target individuata dai LEA per ciascun tumore oggetto di screening, sostenere l'appropriatezza, in termini di efficacia,

sostenibilità, equità, nella erogazione delle prestazioni di screening e di prevenzione, e promuovere l'aumento di competenze e di processi integrati multi professionali e interdisciplinari tra gli operatori del sistema.

In particolare, occorrerà intervenire sulle seguenti priorità:

- migliorare l'organizzazione e la qualità dei programmi, anche portando a compimento le innovazioni tecnologiche previste dalla programmazione nazionale (introduzione del test HPV – DNA come test primario per lo screening cervicale);
- promuovere l'integrazione tra interventi di prevenzione primaria (vaccinazioni anti HPV) e prevenzione secondaria (programma organizzato di screening cervicale);
- implementare percorsi diagnostico-terapeutici integrati con i programmi di screening per i soggetti ad alto rischio di cancro alla mammella e all'ovaio per mutazioni genetiche BRCA1 e BRCA2.

A tal fine il presente Programma si propone, in particolare, di:

- pervenire al potenziamento/consolidamento del Coordinamento regionale degli screening oncologici (multidisciplinare, multiprofessionale e intersettoriale) per garantire il miglioramento della qualità dei programmi e l'introduzione delle innovazioni tecnologiche previste dalla programmazione nazionale e regionale, la pianificazione delle attività di formazione e di comunicazione di livello regionale, il monitoraggio delle performance dei programmi;
- pervenire al potenziamento/consolidamento dei Coordinamenti Aziendali degli screening oncologici e alla definizione degli obiettivi di budget da parte delle Direzioni aziendali per tutte le strutture organizzative inserite nel percorso screening, in base agli obiettivi definiti nei Piani annuali di attività;
- adottare modalità informative e comunicative efficaci, orientate all'empowerment del cittadino ed alla scelta informata e consapevole, anche mediante la creazione di sinergie con le Associazioni dei cittadini e dei pazienti, al fine di cogliere tempestivamente i fabbisogni e facilitare l'accesso ai servizi dei soggetti più fragili e di gruppi di popolazione vulnerabili per condizioni personali o sociali;
- completare la transizione verso il modello basato sul test HPV-DNA primario per lo screening del cervico carcinoma;
- adottare protocolli di screening cervicale differenziati per le donne vaccinate contro l'HPV (con almeno due dosi) prima del compimento del 15esimo anno di vita avvalendosi delle indicazioni contenute nella nota ONS del 26 aprile 2021;
- realizzare l'integrazione tra la prevenzione primaria dell'HPV e il programma di screening del cervico carcinoma;
- implementare i percorsi diagnostico-terapeutici integrati con i programmi di screening in essere per le donne ad alto rischio di cancro alla mammella e all'ovaio per mutazioni genetiche BRCA1 e BRCA2;
- aumentare le conoscenze e le competenze dei professionisti coinvolti nei percorsi di screening oncologico organizzato, in tema di "appropriatezza" (qualità, innovazione, valutazione, comunicazione) delle prestazioni di 1° e 2° livello, e dei professionisti dei Centri screening in tema di comunicazione e di valutazione epidemiologica;

Il raggiungimento dei predetti obiettivi sarà possibile anche grazie al collegamento con i seguenti programmi predefiniti:

- PP2 "Comunità attive" e PP3 "Luoghi di lavoro che promuovono salute", in riferimento all'Obiettivo Strategico MO1OS08 "Promuovere l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età e nei setting di vita e di lavoro, integrando cambiamento individuale e trasformazione sociale", relativamente alle Azioni dirette a promuovere il counseling, da parte del MMG e del medico competente, anche a sostegno degli interventi di prevenzione secondaria dei tumori;
- PL 11 "Miglioramento dei sistemi informativi e di sorveglianza delle malattie infettive e, della prevenzione e risposta alle emergenze infettive" con riferimento all'Azione di comunicazione, informazione e sensibilizzazione sulle malattie prevenibili con la vaccinazione, con specifico riguardo alle vaccinazioni anti HPV.

4.3.3.2 Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

I programmi di screening organizzato per la prevenzione delle patologie oncologiche rappresentano un'importante intervento di sanità pubblica, la cui applicabilità deve essere validata attraverso la soddisfazione dei principi di Wilson-Jungner (rivisti ed ampliati nel 1968 dall'OMS).

Si tratta di percorsi diagnostici e terapeutici, multi-disciplinari e multi-professionali, con caratteristiche di provata efficacia in termini di riduzione della mortalità specifica, controllati nella qualità in modo tale da minimizzare i rischi (falsi negativi, falsi positivi e sovra-diagnosi); i programmi organizzati di screening devono garantire, oltre al controllo di qualità, la massima equità nell'accesso e una adeguata informazione della popolazione riguardo ai benefici e ai possibili rischi, devono essere pianificati e valutati, sia in relazione all'impatto su incidenza e mortalità, sia per gli aspetti di costo-efficacia.

L'efficacia dei programmi di screening è stata dimostrata, allo stato attuale, solo per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon-retto: per questi tumori vi sono prove che l'effettuazione degli esami di screening ad intervalli definiti, secondo specifici protocolli, consente, con l'individuazione in fase precoce della malattia, un aumento della sopravvivenza e una riduzione della mortalità specifica e, in taluni casi, una riduzione della incidenza, come nel caso dei tumori della cervice uterina o del colon-retto, grazie alla identificazione e la rimozione delle lesioni precancerose.

In merito al programma di screening mammografico, grazie anche al dibattito per la valutazione del rapporto tra effetti positivi (riduzione della mortalità specifica) ed effetti negativi (sovra diagnosi e sovra trattamento) di questo programma, l'OMS ha redatto nel 2014 un position paper che convalida lo screening mammografico come efficace e sostenibile per la riduzione della mortalità per tumore al seno, a condizione che siano rispettati i criteri qualitativi del programma e, in tal senso, ne raccomanda l'implementazione, in contesti con alte risorse e con un servizio sanitario organizzato, alle donne di età compresa tra 50-69 anni, con chiamata biennale. Inoltre, nel position paper dell'OMS è posta enfasi sull'importanza, per le donne invitate allo screening, di essere adeguatamente informate sul rapporto tra vantaggi (riduzione della mortalità specifica) e svantaggi (sovra diagnosi e sovra trattamento) del programma, nella logica dell'empowerment individuale.

Riguardo all'intervallo di adesione, l'European Commission Initiative on Breast Cancer (ECIBC), per la fascia d'età 50 – 69, fa una **raccomandazione forte** contro l'intervallo annuale e conferma un intervallo biennale per la mammografia di screening; significativo al riguardo anche il position paper ministeriale in merito al fenomeno dei cancri di intervallo e alla necessità di garantire un'adeguata formazione dei professionisti coinvolti.

Lo screening mammografico risulta di interesse anche per le innovazioni tecnologiche che potrebbero permettere un miglioramento delle performance attraverso l'utilizzo della tomosintesi.

Le forme ereditarie dei tumori della mammella e dell'ovaio, pur essendo stimati nel 7-10% del totale, rappresentano una condizione di grave rischio per la salute, modificabile con interventi di sanità pubblica in grado di incidere significativamente su morbidità e mortalità; nell'arco della vita, il rischio di sviluppare un tumore della mammella o dell'ovaio risulta aumentato in caso di mutazione dei geni BRCA1 BRCA2; sono presenti evidenze che definiscono vantaggioso attuare percorsi efficaci ed efficienti per l'identificazione delle donne ad alto rischio eredo familiare della mammella e dell'ovaio al fine di intraprendere una delle possibili strategie di intervento nell'ambito di percorsi diagnostico-terapeutico definiti.

In merito al programma di screening cervicale, numerose evidenze scientifiche hanno dimostrato che uno screening con test clinicamente validati per la ricerca del DNA di ceppi HPV ad alto rischio come test di screening primario e con un protocollo appropriato, è più efficace dello screening basato sulla citologia nel prevenire i tumori invasivi del collo dell'utero ed è più costo-efficace rispetto a quello che utilizza il pap test come test primario.

Le evidenze scientifiche a supporto di questo modello sono state riassunte nel "Documento di indirizzo sull'utilizzo del Test HPV DNA come test primario per lo screening del cancro del collo dell'utero" prodotto nell'ambito delle azioni centrali del PNP 2010 -2012.

In merito al programma di screening colon rettale, le principali evidenze sono sintetizzate nelle linee guida europee che validano l'utilizzo del test del sangue occulto delle feci per ridurre la mortalità, con efficacia pari rispetto all'utilizzo della colonscopia di screening.

Inoltre, a distanza di 15 anni dalla introduzione dello screening coloretale in Italia, esistono robuste evidenze scientifiche degli effetti favorevoli in termini di riduzione della mortalità e della incidenza del tumore del colon retto.

Fonti:

1. Wilson JMG, Jungner G. *Principles and Practice of Screening for Disease*. WHO Chronicle 1968;

- Il programma di screening dovrebbe rispondere a un bisogno riconosciuto.
- Gli obiettivi dello screening dovrebbero essere definiti all'inizio.
- Dovrebbe esserci una popolazione target definita.
- Dovrebbero esserci prove scientifiche dell'efficacia del programma di screening.
- Il programma dovrebbe integrare istruzione, test, servizi clinici e programma gestione
- Dovrebbe esserci una garanzia di qualità, con meccanismi per ridurre al minimo i potenziali rischi di screening.
- Il programma dovrebbe garantire una scelta informata, riservatezza e rispetto dell'autonomia.
- Il programma dovrebbe promuovere l'equità e l'accesso allo screening per l'intero target di popolazione
- La valutazione del programma dovrebbe essere pianificata fin dall'inizio.
- I benefici complessivi dello screening dovrebbero superare i danni.

2. WHO position paper on mammography screening - 2014 .

3. Ministero della Salute. Direzione generale della prevenzione sanitaria- Programma di screening mammografico: significato e gestione dei cancri di intervallo - 2° edizione - 24 aprile 2008

4. European Commission Initiative on Breast Cancer:

<https://healthcare-quality.jrc.ec.europa.eu/european-breast-cancer-guidelines/screening-tests>

5. Friedewald SM, Rafferty EA, Rose SL, et al. Breast cancer screening using tomosynthesis in combination with digital mammography. JAMA 2014.

nn Oncol

ESMO Clinical Practice Guidelines for Cancer Prevention and Screening 2016

6. Hilgart, J., Coles, B., & Iredale, R. Cancer genetic risk assessment for individuals at risk of familial breast cancer (Review) SUMMARY OF FINDINGS FOR THE MAIN COMPARISON, (2). (2012).

7. Health technology assessment – ricerca del DNA di Papilloma virus umano (HPV) come test primario per lo screening dei precursori del cancro del collo dell'utero. Epidemiol Prev 2012, 36 (3-4) suppl 1

8. Ronco, G., Accetta, G., Angeloni, C., Arbyn, M., Barzon, L., Biggeri, A., ...Rossi, P. G. (2012). Ricerca del dna di papillomavirus umano (hvp) come test primario per lo screening dei precursori del cancro del collo uterino. Epidemiol Prev, 36 (suppl 1), 1–72.

9. Saslow, D., Solomon, D., Lawson, H. W., Killackey, M., Kulasingam, S. L., Cain, J., ... Moscicki, A. (2012). American Cancer Society , American Society for Colposcopy and Cervical Pathology , and American Society for Clinical Pathology Screening Guidelines for the Prevention and Early Detection of Cervical Cancer, 62(3), 147–172. <http://doi.org/10.3322/caac.21139>.

10. Ministero per la Salute - Documento di indirizzo sull'utilizzo dell'HPV-DNA come test primario per lo screening del cancro del collo dell'utero (nota prot. n. 1068-P-14.01.2013 della Direzione Generale della Prevenzione del Ministero della Salute)

11. Segnan, N., Patnick, J., & Von Karsa, L. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. (E. Commission, Ed.). (2010).

12. GISCOR. "Rilevazione dei cancri di intervallo e stima della sensibilità dei programmi di screening colonrettale. Manuale operativo" a cura di: Gruppo di lavoro GISCOR sui cancri di intervallo e la stima della sensibilità Epidemiol Prev 2013; 37(2-3) marzo-giugno supplemento

13. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis

ALTRE FONTI

Osservatorio Nazionale Screening. <https://www.osservatorionazionalecreening.it/>

Epicentro. <https://www.epicentro.iss.it/tumori/CancerDayScreening>

Progetto CCM 2012 "Individuazione delle disuguaglianze in salute e creazione di conseguenti modelli di azioni di sorveglianza e di contrasto". http://www.ccmnetwork.it/imgs/C_27_MAIN_progetto_378_listaFile_List11_itemName_0_file.pdf

4.3.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

PL13_OT02	Sviluppare e consolidare alleanze intersettoriali per favorire l'adesione consapevole ai Programmi di screening oncologico organizzato e per ridurre le disuguaglianze di accesso ai servizi
PL13_OT02_IT02	Presenza di Accordi di collaborazione con Associazioni di cittadini/pazienti e/o Associazioni di promozione sociale in oncologia e/o Associazioni impegnate nel settore dell'immigrazione, per favorire l'adesione consapevole ai Programmi di screening oncologico organizzato e ridurre le disuguaglianze di accesso ai servizi
formula	presenza/assenza
Standard	almeno 1 Accordo entro il 2023
Fonte	regione
PL13_OT02_IT03	Inserimento nel Coordinamento tecnico regionale degli screening oncologici di un rappresentante delle Associazioni di promozione sociale in campo oncologico attive nel territorio
formula	presenza/assenza
Standard	rappresentanza delle Associazioni di promozione sociale in campo oncologico nel Coordinamento regionale screening entro il 2022
Fonte	regione

FORMAZIONE

PL13_OT03	Aumentare le conoscenze e le competenze dei professionisti coinvolti nei percorsi di screening oncologico organizzato e dei professionisti dei Centri screening mediante percorsi di formazione congiunta interdisciplinare
PL13_OT03_IT04	Disponibilità di percorsi formativi interdisciplinari diretti ad aumentare le conoscenze e le competenze dei professionisti dei percorsi di screening oncologico organizzato e dei professionisti dei Centri screening
formula	Presenza di offerta formativa
Standard	realizzazione di almeno un percorso formativo ogni anno a partire dal 2023
Fonte	regione

COMUNICAZIONE

PL13_OT04	Promuovere la conoscenza dell'offerta dei programmi di screening oncologico presso la popolazione target, mediante iniziative di marketing sociale equity oriented, in sinergia con Associazioni di cittadini/pazienti e le Associazioni di promozione sociale in oncologia
PL13_OT04_IT05	Iniziative di marketing sociale equity oriented per promuovere la conoscenza dell'offerta dei programmi di screening oncologico presso la popolazione target
formula	disponibilità e diffusione di strumenti/materiali di informazione comunicazione rivolti alla popolazione target
Standard	progettazione e produzione di almeno 1 strumento/materiale informativo entro il 2023; realizzazione di almeno una iniziativa informativa equity oriented all'anno a partire dal 2024
Fonte	Regione

EQUITÀ

PL13_OT01	Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative
PL13_OT01_IT01	Lenti di equità
formula	adozione dell'HEA
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022
Fonte	Regione

4.3.5 Obiettivi e indicatori specifici

PL13_OS01	Potenziare e consolidare Coordinamenti dei Programmi di screening oncologico a livello regionale e aziendale
PL13_OS01_IS02	Ricostituzione del Coordinamento regionale screening (multi-disciplinare e multi-professionale e intersettoriale) quale strumento tecnico di supporto al governo dei programmi di screening oncologico della regione Sardegna
formula	presenza/assenza
Standard	ricostituzione del Coordinamento regionale screening entro i primi 6 mesi del 2022
Fonte	Regione
PL13_OS01_IS03	Ridefinizione dell'assetto organizzativo –gestionale dei Coordinamenti aziendali secondo gli indirizzi regionali
formula	presenza/assenza atti organizzativi aziendali
Standard	implementazione del nuovo assetto in almeno 3 ASSL entro il 2023 e in tutte le ASSL entro il 2025
Fonte	regione
PL13_OS02	Completare la transizione verso il modello basato sul test HPV-DNA primario per lo screening del cervico carcinoma
PL13_OS02_	Predisposizione del Piano di formazione rivolto a tutti gli operatori dello screening del carcinoma della cervice uterina (personale dei Centri screening, personale prelevatore, personale del laboratorio di riferimento, personale del secondo livello) su differenti aspetti conseguenti alla introduzione del test HPV – DNA come test primario
formula	Presenza piano formativo
Standard	disponibilità del Piano formativo entro il 2022

Fonte	regione
PL13_OS02_	Completamento dell'iter della gara d'appalto quinquennale per l'acquisizione del sistema di prelievo e trasporto dei campioni biologici e del sistema per la determinazione dell'HPV-DNA, propedeutica all'avvio del Programma;
formula	presenza atto aggiudicazione
Standard	aggiudicazione entro il 2022
Fonte	regione
PL13_OS02_	Predisposizione di materiali di informazione/comunicazione rivolti alla popolazione target (lettere di invito, lettere con esito, brochure, ecc..) in linea con i criteri di qualità definiti a livello nazionale dal GISCi
formula	presenza di materiale informativo/comunicativo
Standard	materiale informativo/comunicativo disponibile entro il 2022
Fonte	regione
PL13_OS02_IS01	Avvio delle attività di screening con il protocollo HPV-DNA come test primario
formula	presenza di inviti per test HPV DNA come test primario
Standard	inviti secondo il protocollo HPV-DNA in un Programma pilota nel 2023 (1 programma su 8) con l'estensione progressiva a tutti i programmi entro il 2025 (8 programmi/8)
Fonte	regione
PL13_OS03	Integrare i programmi di vaccinazione anti HPV e di screening per la prevenzione del cervicocarcinoma
PL13_OS03_IS04	Offerta gratuita del vaccino anti HPV a tutte le 25enni non vaccinate in occasione della chiamata attiva per l'offerta dello screening cervicale e a tutte le donne già trattate per lesioni precancerose HPV correlate
formula	presenza di offerta attiva e gratuita a tutte le 25enni non vaccinate in occasione della chiamata attiva per l'offerta dello screening cervicale e a tutte le donne già trattate per lesioni precancerose HPV correlate
Standard	offerta attiva e gratuita entro il 2022 in tutte le ASSL
Fonte	regione
PL13_OS04	Adottare protocolli di screening cervicale differenziati per le donne vaccinate contro l'HPV prima del compimento del 15esimo anno di vita
PL13_OS04_IS05	Sviluppo di un data linkage tra l'Anagrafe regionale delle vaccinazioni (AVAcS) e il sistema informativo regionale degli screening oncologici
formula	proporzione di popolazione per cui è attivo e funzionante il linkage tra sistema informativo screening e AVAcS
Standard	100% entro il 2022
Fonte	regione
PL13_OS04_IS06	Predisposizione di materiali di informazione/comunicazione rivolti alle utenti e agli operatori sanitari (MMG, PLS, ginecologi libero professionisti)
formula	presenza di materiale informativo/comunicativo
Standard	materiale disponibile a partire dal 2022
Fonte	regione
PL13_OS04_IS07	Predisposizione del Protocollo regionale di screening cervicale per le donne vaccinate contro l'HPV prima del compimento del 15esimo anno di vita
formula	presenza documento
Standard	disponibilità del protocollo regionale entro il 2022
Fonte	regione



PL13_OS05	Implementare i percorsi diagnostico-terapeutici, integrati con i programmi di screening in essere, per le donne ad alto rischio di cancro alla mammella e all'ovaio per mutazioni genetiche BRCA1 e BRCA2
PL13_OS05_IS08	Indirizzi regionali su Implementazione dei percorsi diagnostico-terapeutici, integrati con i programmi di screening in essere, per le donne ad alto rischio di cancro alla mammella e all'ovaio per mutazioni genetiche BRCA1 e BRCA2
formula	presenza documento di indirizzo
Standard	disponibilità degli indirizzi regionali entro il 2024
Fonte	regione
PL13_OS05_IS09	Avvio dei precorsi diagnostico-terapeutici integrati con i programmi di screening
formula	evidenza avvio percorsi
Standard	avvio in una ASL entro il 2024; avvio in almeno 3 ASL entro il 2025
Fonte	regione
PL13_OS06	Migliorare la copertura dei programmi organizzati di screening mammografico, coloretale e cervicale
PL13_OS06_IS10	copertura regionale dei programmi di screening mammografico
formula	persone in età target che eseguono il test/popolazione target*100
Standard	trend in miglioramento a partire dal 2023
Fonte	regione
PL13_OS06_IS11	copertura regionale dei programmi di screening coloretale
formula	persone in età target che eseguono il test/popolazione target*100
Standard	trend in miglioramento a partire dal 2023
Fonte	regione
PL13_OS06_IS12	copertura regionale dei programmi di screening cervicale
formula	persone in età target che eseguono il test/popolazione target*100
Standard	trend in miglioramento a partire dal 2023
Fonte	regione

4.3.6 Azioni

PROGRAMMA	PL13
TITOLO AZIONE (1 di 8)	Potenziamento dei Coordinamenti dei Programmi di screening oncologico a livello regionale e aziendale
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.9 Attivazione tavoli/gruppi di lavoro con rappresentanti di altri Settori
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

La regione Sardegna con la DGR n. 49/14 del 9.12.2014 ha definito la governance regionale del sistema degli screening oncologici prevedendo l'istituzione del Gruppo tecnico di coordinamento regionale al quale sono attribuite funzioni di supporto all'Assessorato dell'Igiene e sanità e dell'Assistenza Sociale per le attività di pianificazione/programmazione dirette al miglioramento organizzativo, e per le attività di monitoraggio/valutazione della qualità e dei risultati dei Programmi organizzati di screening oncologico. La DGR n. 49/14 ha previsto la possibilità di costituire, nell'ambito del Gruppo tecnico di Coordinamento regionale, sottogruppi di lavoro per le esigenze specifiche di ciascun Programma di screening, anche avvalendosi di ulteriori figure professionali con competenze specialistiche.

Nell'ambito della presente programmazione s'intende confermare il modello definito dalla DGR n. 49/14 a livello regionale, con una maggiore specificazione riguardo alla composizione e ai compiti del Gruppo tecnico di Coordinamento, e potenziare i Coordinamenti a livello aziendale in modo uniforme in tutte le ASSL.

Il Gruppo tecnico di coordinamento regionale degli screening oncologici, dovrà essere ricostituito entro i primi due mesi del 2022 con la seguente composizione:

- dovrà essere presieduto dal Direttore generale della sanità o da un suo delegato, ed essere composto dai responsabili dei Centri screening aziendali. Ne faranno parte i rappresentanti delle figure professionali specialistiche inserite nei percorsi, un rappresentante della medicina generale e un rappresentante delle associazioni dei cittadini/associazione di promozione sociale in campo oncologico, i quali potranno partecipare stabilmente o essere convocati in funzione di specifici obiettivi e/o delle tematiche trattate.

Il Gruppo tecnico di coordinamento regionale dovrà svolgere le seguenti funzioni:

- analizzare i percorsi attivati e valutare la loro adeguatezza rispetto agli standard di riferimento, individuando le azioni migliorative;
- monitorare le performance dei Programmi;
- definire le modalità tecniche/organizzative per l'introduzione delle innovazioni tecnologiche previste dalla programmazione nazionale e regionale, in particolare dai Piani Nazionali e Regionali della Prevenzione;
- pianificare i programmi di formazione per gli operatori sanitari, secondo i criteri stabiliti in sede nazionale e/o regionale e previsti dalla programmazione regionale in attuazione dei Piani Regionali della Prevenzione;
- pianificare le campagne di informazione/comunicazione rivolte alla popolazione target e/o agli operatori sanitari, secondo i criteri stabiliti in sede nazionale e/o regionale e previsti dalla programmazione regionale in attuazione dei Piani Regionali della Prevenzione;
- promuovere l'istituzione di Gruppi di lavoro specifici per ciascun percorso di screening o in funzione di dati obiettivi di programmazione.

Lo screening strutturato di popolazione è tra gli interventi di sanità pubblica maggiormente caratterizzati da trasversalità, laddove operatori sanitari di differenti Servizi, gli uni di matrice organizzativa (Centri screening) gli altri di matrice clinico diagnostica, sono chiamati a perseguire un obiettivo comune, avendo ben chiaro ciascuno il proprio ruolo.

Di conseguenza, l'aspetto organizzativo e di coordinamento dei percorsi di screening assume un'importanza fondamentale per la piena realizzazione degli obiettivi nazionali e regionali.

È pertanto imprescindibile che a livello di ciascuna ASSL siano costituiti i Coordinamenti aziendali degli screening ai quali è affidata la governance dei percorsi.

Il Coordinamento aziendale degli screening oncologici è affidato ad un responsabile in possesso dei requisiti professionali previsti per lo svolgimento delle funzioni di organizzazione dei servizi sanitari e deve essere dotato delle competenze professionali (sanitarie e amministrative) di tipo organizzativo-gestionale adeguate a svolgere i seguenti compiti:

- gestire direttamente la fase di avvio dei tre percorsi di screening in modo tale da garantire tendenzialmente una offerta del percorso al 100% degli aventi diritto. Tale offerta (100%) presuppone una allocazione delle risorse nel percorso diagnostico-terapeutico adeguata alla predisposizione delle agende sia per l'erogazione del test di primo livello che per gli approfondimenti diagnostici;

- supportare la direzione aziendale nella definizione dei piani annuali di attività e dei collegati obiettivi di budget assegnati alle diverse strutture organizzative coinvolte nei percorsi, al fine di conseguire gli obiettivi della programmazione nazionale e regionale (la direzione Aziendale assume pertanto la diretta responsabilità della Pianificazione delle attività e della allocazione delle risorse);
- mantenere e consolidare i rapporti con i Centri di primo e secondo livello e con e i professionisti coinvolti nei percorsi, in particolare per quanto attiene alla gestione dei flussi informativi;
- garantire la presa in carico dal momento dell'invito fino al passaggio dal 1° al 2° livello. I secondi livelli dovranno garantire la presa in carico nel passaggio dal 2° al 3° livello: in tale fase dovrà essere assicurato l'orientamento e il necessario supporto in collaborazione con il Centro screening;
- predisporre il monitoraggio sistematico di efficacia e di efficienza dei percorsi e dei processi;
- sovrintendere ai percorsi di formazione e di comunicazione in ambito di screening oncologico, in collaborazione con gli altri soggetti istituzionali a ciò deputati;
- concorrere alla programmazione e realizzazione di specifici progetti di prevenzione primaria e promozione della salute.

Il Coordinamento aziendale degli screening oncologici dovrà essere supportato funzionalmente, per ciascuno dei tre programmi, da competenze di tipo clinico-diagnostico, con l'individuazione formale di referenti tecnici dei professionisti coinvolti nei percorsi che dovranno promuovere l'appropriata applicazione dei protocolli clinici e il rispetto degli standard di qualità dei percorsi.

Le attività di screening dovranno essere ricomprese nei Piani annuali di attività con previsione di risorse tecniche e di personale necessarie al conseguimento degli obiettivi previsti, assegnati alle strutture coinvolte nell'intero percorso, e soggetti a valutazione secondo gli strumenti correnti.

Il predetto assetto organizzativo –gestionale dovrà essere implementato in almeno 3 ASSL entro il 2023 e in tutte le ASSL entro il 2025.

PROGRAMMA	PL13
TITOLO AZIONE (2 di 8)	Azione trasversale: formazione
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.1 Formazione operatori sanitari e sociosanitari
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Il Gruppo tecnico di coordinamento regionale screening oncologici, al quale è demandato il compito di pianificare i percorsi di formazione per gli operatori sanitari e socio sanitari, secondo i criteri stabiliti in sede nazionale e/o regionale e previsti dalla programmazione regionale in attuazione dei Piani Regionali della Prevenzione, dovrà sovrintendere, anche attraverso gli appositi Gruppi lavoro specifici per ciascun percorso di screening, alle attività di formazione previste in attuazione delle Azioni del presente Programma Libero PL 13. In particolare dovrà:

-predisporre, entro il 2022, il Piano formativo rivolto a tutti gli operatori sanitari e socio sanitari coinvolti nel percorso di screening del cervico carcinoma (compreso il personale operante nel laboratorio unico regionale), previsto nell'ambito dell'Azione specifica per il "Completamento della transizione verso il modello basato sul test HPV-DNA primario per lo screening del cervico-carcinoma".

Il Piano formativo dovrà essere rivolto:

- a) al personale dei Centri screening e al personale prelevatore, per l'acquisizione di adeguate competenze comunicative per favorire la partecipazione consapevole delle donne inserite nel nuovo percorso;
- b) al personale del laboratorio unico che referta il test HPV-DNA, per l'acquisizione di competenze e conoscenze contestualizzate al settore specifico dello screening;
- c) al personale del secondo livello per favorire l'utilizzo competente dei protocolli di screening a seguito della introduzione del test HPV-DNA primario.

Il Piano formativo potrà prevedere l'utilizzo di diversi modelli didattici tra cui anche stage pratici presso centri di eccellenza. La realizzazione del Piano sarà affidata ad ARES congiuntamente ad una ASSL in qualità di capofila regionale. I corsi di formazione programmati dovranno avvalersi di professionalità di comprovata esperienza e competenza di livello nazionale.

È prevista la realizzazione di un percorso formativo all'anno, a partire dal 2023;

- predisporre, entro il 2022, il Piano delle iniziative di informazione/formazione integrata rivolte agli operatori coinvolti nel percorso di screening cervicale per le coorti delle vaccinate contro l'HPV entro il 15esimo anno di età.

Le iniziative informative/formative saranno dirette prioritariamente agli operatori interni al percorso di screening del cervico carcinoma congiuntamente agli operatori dei servizi vaccinali e, successivamente, ad altri operatori sanitari, in particolare MMG e ginecologi libero professionisti, per dare conto delle scelte strategiche evidence based adottate. La pianificazione dovrà considerare i bisogni formativi dei diversi operatori coinvolti che potranno differenziarsi in relazione al ruolo svolto. Il Piano formativo potrà prevedere l'utilizzo di diversi modelli didattici tra cui quello della formazione a distanza (FAD) e avvalersi, al riguardo, di materiali messi a disposizione dall'ONS e dal GISCI.

La realizzazione del Piano avverrà a livello locale (ASSL), a partire dal 2023, in concomitanza con l'implementazione del protocollo regionale screening per le coorti delle vaccinate contro l'HPV entro il 15esimo anno;

- predisporre, entro il 2024, il Piano di formazione (su percorsi organizzativi e protocolli assistenziali) per gli operatori dei Centri designati a far parte della rete regionale per l'implementazione dei percorsi diagnostico terapeutici per l'identificazione e la presa in carico dei soggetti a rischio di tumore ereditario familiare della mammella e dell'ovaio. La pianificazione dovrà considerare i bisogni formativi dei diversi operatori coinvolti nel percorso.

La realizzazione del Piano sarà affidata ad ARES congiuntamente alla ASSL pilota dell'Azione. I corsi di formazione programmati dovranno avvalersi di professionalità di comprovata esperienza e competenza di livello nazionale.

È prevista la realizzazione dei percorsi formativi a partire dal 2024, in concomitanza con l'avvio del programma nella ASSL pilota.

- predisporre, entro il 2023, il Piano di formazione rivolto agli operatori dei Centri screening e diretto al miglioramento delle competenze in tema di comunicazione e di valutazione epidemiologica, nell'ambito dell'Azione specifica mirata al potenziamento dei Coordinamenti aziendali screening. La realizzazione del Piano sarà affidata ad ARES congiuntamente ad una ASSL in qualità di capofila regionale. I corsi di formazione programmati dovranno avvalersi di professionalità di comprovata esperienza e competenza di livello nazionale.

È prevista la realizzazione di un percorso formativo regionale nel 2024;

- predisporre, entro il 2023, un Piano formativo di livello regionale nell'ambito delle attività attuative degli indirizzi di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale n. 1/14 del 10 gennaio 2018, recante linee di indirizzo per la ridefinizione, su base regionale, del percorso di screening organizzato del carcinoma della mammella, rivolto alle équipe di professionisti (medici radiologi e TSRM) sulle tematiche ritenute prioritarie. I corsi di formazione programmati dovranno avvalersi di professionalità di comprovata esperienza e competenza di livello nazionale.

La realizzazione del Piano di formazione sarà affidata ad ARES in collaborazione con una ASSL in qualità di capofila regionale a partire dal 2024.

PROGRAMMA	PL13
TITOLO AZIONE (3 di 8)	Azione trasversale: comunicazione
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	4.6 Comunicazione – Marketing sociale
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta; donne in età fertile
SETTING	comunità; ambiente di lavoro; servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Negli screening oncologici la qualità della comunicazione è un elemento fondamentale, al pari degli aspetti organizzativi o tecnico-clinici, per migliorare l'efficacia e l'efficienza dei Programmi. Una buona comunicazione deve tendere a favorire negli individui la comprensione di elementi utili per una adesione consapevole: la scelta strategica è quella dell'empowerment individuale e di comunità.

Una comunicazione in grado di concretizzare la strategia di empowerment si fonda necessariamente sull'alleanza tra sistema sanitario e società civile, che implica la partecipazione attiva mediante il dialogo, la condivisione e la co-responsabilità di tutti gli individui coinvolti nei programmi di screening nel determinarne o meno il successo e la qualità.

La comunicazione di qualità deve essere in grado informare in modo obiettivo, comprensibile e completo, ma anche di ascoltare i soggetti coinvolti, poiché è grazie alla loro partecipazione che è possibile ottenere un miglioramento continuo della qualità dei Programmi.

L'obiettivo specifico di questa Azione è promuovere la conoscenza dell'offerta dei programmi di screening oncologico presso la popolazione target, mediante iniziative di marketing sociale equity oriented (che tengano conto delle barriere di tipo culturale, linguistico, ecc.), predisposte e realizzate in sinergia con le Associazioni di cittadini/pazienti e le Associazioni di promozione sociale in oncologia.

A tal fine, nell'ambito del Gruppo di coordinamento tecnico regionale sugli screening oncologici, verrà costituito un apposito Gruppo di lavoro integrato con i rappresentanti di Associazioni di cittadini/pazienti e/o le Associazioni di promozione sociale in oncologia operanti nel territorio regionale, con il compito di definire un programma comprensivo di contenuti e di strumenti della campagna informativa/comunicativa diretta a promuovere i programmi di screening oncologico presso la popolazione target, entro il 2023.

La realizzazione della campagna informativa/comunicativa dovrà avvenire, in sinergia con le Associazioni di cittadini/pazienti e/o le Associazioni di promozione sociale in oncologia, a livello locale (ASSL) o regionale a seconda degli strumenti prescelti, a partire dal 2024.

PROGRAMMA	PL13
TITOLO AZIONE (4 di 8)	Percorso di screening cervicale per le coorti delle vaccinate contro l'HPV prima del compimento del 15esimo anno di vita e integrazione con i programmi di vaccinazione anti HPV.
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L'ACCESSIBILITÀ E L'APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIO SANITARI E L'ADESIONE A MISURE DI PREVENZIONE, IN RELAZIONE ALL'OFFERTA INDIVIDUALE (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	5.1 Istituzione/miglioramento/sviluppo di servizi di diagnosi precoce e chiamata attiva organizzata
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	adolescenza;età adulta;donne in età fertile
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025 ha inserito tra le linee strategiche di intervento per i programmi di screening l'implementazione di protocolli di screening cervicale differenziati in concomitanza con l'arrivo all'età di screening (25 anni) delle prime coorti (1996) di donne vaccinate nel dodicesimo anno di età, garantendo così una prevenzione secondaria personalizzata in base alle condizioni di rischio individuali.

Già nel 2015 l'Osservatorio Nazionale Screening (ONS), congiuntamente al Gruppo Italiano Screening per il cervico-carcinoma (GISCI) e alle principali società scientifiche del settore (AOGOI, SIGO, SICPCV, SIAPEC, SICI, SIV, SITI), ha promosso una Conferenza di Consenso per la definizione del percorso di screening cervicale per le donne vaccinate contro l'HPV.

Le indicazioni fornite dal documento di consenso, basate sulle migliori evidenze scientifiche, auspicano la modifica del protocollo all'arrivo in età di screening delle coorti delle donne vaccinate perché:

- le vaccinate hanno un minore rischio di lesioni invasive e pre-invasive del collo dell'utero,
- il numero di lesioni clinicamente rilevanti (CIN2+) con la vaccinazione diminuisce,
- i tipi virali diversi dal 16/18 hanno una minore probabilità di progredire verso il cancro,
- il mantenimento del protocollo attuale risulta inefficiente (non ottimale allocazione delle risorse) e, dal punto di vista individuale, comporta una maggiore probabilità di sottoporsi a colposcopie inutili.

Come indicato dalla Conferenza di Consenso Italiana e confermato dallo studio finanziato dal programma CCM 2016 *"Integrazione dei programmi di vaccinazione e di screening per la prevenzione del cervico-carcinoma: interventi per ridefinire e implementare nuovi protocolli di screening per le donne vaccinate prima dell'età di inizio dello screening"*, l'età di inizio dello screening dovrà passare dai 25 anni attuali con pap-test, ai 30 anni con l'HPV test. Si può considerare vaccinata in età utile per essere inserita nel protocollo di screening per le donne vaccinate, una donna che abbia ricevuto almeno due dosi di vaccino prima del compimento del quindicesimo anno di vita. Le dosi somministrate devono essere almeno due. Questa indicazione si basa sui risultati della revisione sistematica dell'efficacia dei vaccini che non evidenzia una differenza statisticamente significativa fra due dosi e tre dosi.

La definizione dello stato vaccinale deriva dall'incrocio dei nominativi delle donne da invitare allo screening con l'anagrafe vaccinale regionale, secondo una strategia personalizzata (tailored) da adottare se la copertura vaccinale è inferiore al 95%, come risulta essere per la regione Sardegna. I protocolli personalizzati implicano:

- la disponibilità di un record linkage tra Anagrafe vaccinale regionale (AVAcS) e gestionale dei programmi di screening cervicale. Questo costituisce un prerequisito affinché possa essere applicato il protocollo;
- l'integrazione informativa e operativa costante tra Servizi vaccinali e Centri screening in quanto la vaccinazione diviene elemento discriminante del percorso di screening cervicale delle donne più giovani e, quindi, il rispettivo personale deve essere adeguatamente formato sulle reciproche modalità operative.

L'introduzione del nuovo protocollo di screening per la fascia di popolazione più giovane rende fondamentale la pianificazione di una strategia comunicativa tempestiva e mirata, che affianchi il percorso di modifica dell'offerta di screening. È necessario che la comunicazione, coordinata e di qualità, sia rivolta sia all'utenza che agli operatori sanitari che a vario titolo sono coinvolti nella prevenzione del carcinoma cervicale.

La comunicazione rivolta all'utenza deve fornire una informazione chiara sul nuovo protocollo di invito e sui motivi che lo sottendono, in modo tale da favorire una adesione consapevole che faccia leva sul senso di responsabilità individuale e di autodeterminazione della propria salute. L'obiettivo è quello di diffondere messaggi corretti, trasparenti, sostenuti da evidenze scientifiche.

La comunicazione rivolta agli operatori sanitari che a vario titolo sono coinvolti nella prevenzione del carcinoma cervicale, deve informare in modo esaustivo sulle scelte strategiche evidence based adottate. Assume in questo contesto particolare rilevanza la comunicazione rivolta ai MMG e ai ginecologi liberi professionisti, che possono veicolare presso le loro assistite l'informazione sul cambiamento di strategia e favorire l'empowerment individuale delle donne, sottolineando l'importanza di attendere l'invito del programma organizzato, senza sottoporsi a test opportunistici.

Sarà compito del Gruppo tecnico di coordinamento regionale per gli screening oncologici, anche mediante la costituzione di un apposito Gruppo di lavoro per lo screening cervicale, opportunamente integrato con figure professionali specialistiche:

- definire i protocolli di screening cervicale differenziati per le donne vaccinate contro l'HPV prima del compimento del 15esimo anno di vita per le coorti delle 25enni che vengono inserite nel programma di screening, tenuto conto delle indicazioni dell'ONS, entro il 2022;
- sovrintendere alle attività di record linkage tra Anagrafe vaccinale regionale (AVAcS) e gestionale dei programmi di screening cervicale (definizione di un set minimo di informazioni che i registri vaccinali devono rendere disponibili per i programmi di screening), la cui realizzazione è affidata ai Servizi informativi di ARES e realizzata entro il 2022;
- definire il Piano di comunicazione, rivolto sia all'utenza che agli operatori sanitari che a vario titolo sono coinvolti nella prevenzione del carcinoma cervicale, sulla base delle indicazioni dell'ONS – Gruppo di comunicazione inter-screening - entro il 2022. Il Piano sarà realizzato a livello locale (ASSL) in concomitanza con l'implementazione del protocollo, a partire dal 2023;
- sovrintendere alle iniziative di informazione/formazione integrata rivolta agli operatori interni al percorso di screening e agli operatori dei servizi vaccinali e ad altri operatori sanitari (MMG e ginecologi liberi professionisti) sulle scelte strategiche evidence based adottate, da realizzare a livello locale (ASSL) in concomitanza con l'implementazione del protocollo, a partire dal 2023;
- valutare le interazioni, anche in termini di tempistiche, dell'introduzione del test HPV-DNA primario e l'implementazione del protocollo per le donne vaccinate prima del compimento del 15esimo anno di vita contro l'HPV.

Il target primario delle vaccinazioni anti-HPV è rappresentato dalla coorte degli undicenni di entrambi i sessi, che hanno diritto, in quanto LEA, alla prestazione gratuita e alla chiamata attiva in base alla programmazione nazionale e regionale (PNPV 2017-2019 recepito con la DGR n. 22/25 del 3.5.2017). Per entrambi i sessi è stabilito il raggiungimento, nel dodicesimo anno di vita, di coperture vaccinali per ciclo completo $\geq$ al 95%, e il mantenimento dell'offerta gratuita, anche a coloro che aderiscono in ritardo, fino al compimento dei 18 anni e 364 giorni.



I risultati di copertura per le vaccinazioni anti HPV della regione Sardegna sono inadeguati rispetto agli standard previsti dalla programmazione nazionale e regionale. Nella tabella seguente sono riportati i dati di copertura delle coorti femminili aggiornate al 31.12.2020:

Coorte di nascita	Popolazione target	% vaccinate con almeno 1 dose	% vaccinate con ciclo completo
2008	6863	26,87	14,99
2007	6781	57,62	43,55
2006	6584	62,21	52,57
2005	6390	67,89	59,51
2004	6280	71,80	61,27
2003	6435	73,72	63,37
2002	6401	76,93	64,91
2001	6451	83,07	71,65
2000	6601	85,65	73,85
1999	6432	84,73	74,95
1998	6466	84,13	76,68
1997	6544	88,45	85,13
1996	6569	77,26	72,54

Nell'ottica dell'integrazione tra i programmi vaccinali anti HPV e il programma di screening cervicale, e in considerazione dei benefici reciproci per i due programmi dovrà essere garantita a partire dal 2022:

- l'offerta gratuita della vaccinazione anti HPV fino al compimento del 26esimo anno di età (sia per i maschi che per le femmine);
- l'offerta gratuita e attiva a tutte le 25enni non vaccinate in occasione della chiamata attiva per l'offerta dello screening cervicale, in attuazione di quanto raccomandato nel PNPV 2017-2019, che individua la chiamata al primo screening per la citologia cervicale quale occasione opportuna per l'offerta attiva della vaccinazione anti HPV, e ribadito dal Ministero della Salute con nota prot. n. 33045 del 12.11.2019 "Vaccinazioni raccomandate per le donne in età fertile e in gravidanza";
- l'offerta gratuita a tutte le donne già trattate per lesioni precancerose HPV correlate, in attuazione di quanto raccomandato dalle "Linee guida condivise per la prevenzione del carcinoma della cervice uterina" (pubblicate nel 2020 nel SNLG dell'ISS).

Al fine di garantire la integrazione operativa tra i servizi vaccinali e i Centri screening relativamente all'offerta gratuita e attiva alle 25enni in occasione della chiamata attiva allo screening cervicale e all'offerta alle donne trattate per lesioni precancerose, ciascun Dipartimento di prevenzione dovrà definire un Piano con i dettagli organizzativi entro i primi sei mesi del 2022.

L'offerta gratuita e attiva dovrà essere garantita a tutte le 25enni non vaccinate in occasione della chiamata attiva per l'offerta dello screening cervicale a tutte le donne già trattate per lesioni precancerose HPV correlate entro il 2022.

PROGRAMMA	PL13
TITOLO AZIONE (4 di 8)	Completamento della transizione verso il modello basato sul test HPV-DNA primario per lo screening del cervico-carcinoma
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L'ACCESSIBILITÀ E L'APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIO SANITARI E L'ADESIONE A MISURE DI PREVENZIONE, IN RELAZIONE ALL'OFFERTA INDIVIDUALE (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI,

	ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	5.1 Istituzione/miglioramento/sviluppo di servizi di diagnosi precoce e chiamata attiva organizzata
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta; donne in età fertile
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Nel precedente ciclo di programmazione 2014-2019, nell'ambito del Programma P-1.4, Azione P-1.4.3, la regione Sardegna ha adottato, con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 56/17 del 20 dicembre 2017, il documento tecnico di indirizzo per la riconversione del programma di screening del cervico-carcinoma con l'introduzione del test HPV-DNA quale test primario, ed ha individuato, nell'ambito della rete regionale delle anatomie patologiche, il laboratorio unico regionale per la lettura dei test citologici e per l'esecuzione dei test HPV-DNA di screening. Il processo di riconversione prevedeva l'espletamento di numerose attività di tipo tecnico, organizzativo e amministrativo dirette a dare concreta attuazione agli indirizzi regionali e propedeutiche all'avvio del percorso di screening del cervico-carcinoma con il test HPV-DNA primario, in particolare:

1. la definizione della gara d'appalto per l'acquisizione del sistema di prelievo e trasporto del campione biologico e del sistema diagnostico per la determinazione di HPV HR, sulla base della stima del fabbisogno complessivo riferita ad un quinquennio di attività, tenuto conto della fase di transizione della durata di quattro anni e quindi dell'introduzione graduale del test HPV DNA primario, a partire dalle donne collocate nella fascia di età più avanzata;
2. l'adozione degli atti, da parte di ATS Sardegna, diretti a garantire:
 - a) la dotazione organica necessaria al funzionamento del laboratorio unico regionale, tenuto conto del carico di lavoro stimato nella fase di transizione e a regime. Le linee di indirizzo prevedono al riguardo, a regime, un carico di lavoro annuo di circa 45.000 HPV test (50.000 comprendendo il follow up) e di circa 12.000 Pap test (15.000/16.000 comprendendo il follow up), e attribuiscono al laboratorio unico regionale, la seguente dotazione organica (sempre a regime):
 - due tecnici di laboratorio (TSLB) e due dirigenti sanitari completamente dedicati per la gestione dell'attività di screening con test HPV-DNA (accettazione, esecuzione del test HPV, refertazione);
 - due TSLB e tre dirigenti sanitari completamente dedicati per l'allestimento, la lettura e la refertazione delle citologie (screening primario, triage e follow up);
 - b) i requisiti di qualità in capo al laboratorio unico regionale indicati negli allegati 1 e 2 al documento di indirizzo;
3. la definizione delle procedure per l'invio dei campioni al laboratorio unico regionale, conformemente alle indicazioni contenute nel paragrafo 3.3 delle linee di indirizzo (programmazione e coordinamento dei flussi di attività tra centri screening e laboratorio unico);
4. l'adeguamento dell'applicativo informatico in uso per la gestione degli screening oncologici al fine di consentire lo sviluppo differenziato dei due percorsi: il primo rivolto alle donne più giovani (25 – 29 anni), con un intervallo temporale di tre anni, il secondo riservato alle donne meno giovani (30 – 64 anni) alle quali è offerto attivamente l'HPV test, quale test primario, con un intervallo temporale di 5 anni. Inoltre entrambi i test di screening, a seconda dell'età della donna, sono utilizzati come test di triage in caso di positività, sulla base delle indicazioni contenute nel protocollo specifico;
5. la programmazione ed espletamento delle attività di formazione rivolte a tutti gli operatori coinvolti nel percorso screening (compreso il personale operante nel laboratorio unico regionale);
6. la realizzazione di iniziative di informazione/comunicazione dirette alla popolazione target;
7. la realizzazione di incontri informativi/formativi finalizzati al coinvolgimento attivo dei Medici di Medicina Generale e dei ginecologi, anche liberi professionisti.

Numerose difficoltà di tipo tecnico-organizzativo e amministrativo non hanno consentito di espletare e/o di portare a termine alcune delle attività più sopra elencate entro il cronoprogramma previsto nella precedente programmazione. In particolare:

- per quanto concerne l'appalto per l'acquisizione del sistema di prelievo e trasporto del campione biologico e del sistema diagnostico per la determinazione di HPV-HR, pur essendo stata bandita la gara da ATS Sardegna con determinazione dirigenziale n. 9638 del 31.12.2019, questa è andata deserta. L'ARES (che subentrerà all'ATS ai sensi della LR 24/2020 per queste attività) dovrà quindi individuare le soluzioni tecnico-amministrative per pervenire alla definizione della gara entro il 2022;
- per quanto concerne il sistema informativo, dovrà essere completata la configurazione del modulo HPV-DNA primario e realizzata l'integrazione con gli strumenti di laboratorio, non appena questi saranno disponibili. Dovrà inoltre essere espletata la formazione del personale dedicato. Queste attività dovranno essere portate a compimento entro il 2023.

Sarà compito del Gruppo tecnico di coordinamento regionale per gli screening oncologici, anche mediante la costituzione di un apposito Gruppo di lavoro per lo screening cervicale, opportunamente integrato con figure professionali specialistiche:

- sovrintendere alla definizione delle procedure per l'invio dei campioni al laboratorio unico regionale, conformemente alle indicazioni contenute nel paragrafo 3.3 delle linee di indirizzo (programmazione e coordinamento dei flussi di attività tra centri screening e laboratorio unico);
- predisporre il Piano di formazione rivolto a tutti gli operatori dello screening del carcinoma della cervice uterina. Il Piano dovrà essere rivolto al personale dei Centri screening e al personale prelevatore per l'acquisizione di adeguate competenze comunicative per la partecipazione consapevole delle donne inserite nel nuovo percorso, al personale del laboratorio unico che referta il test HPV-DNA, per l'acquisizione di competenze e conoscenze contestualizzate al settore specifico dello screening, e al personale del secondo livello per favorire l'utilizzo competente dei protocolli di screening a seguito della introduzione dell'HPV-DNA primario. I corsi di formazione programmati dovranno avvalersi di professionalità di comprovata esperienza e competenza di livello nazionale. Il Piano formativo sarà predisposto entro il 2022. La realizzazione del Piano sarà affidata ad ARES congiuntamente ad una ASSL in qualità di capofila regionale. È prevista la realizzazione di un percorso formativo all'anno a partire dal 2023;
- valutare le interazioni, anche in termini di tempistiche, dell'introduzione del test HPV-DNA primario e l'implementazione del protocollo per le donne vaccinate entro il 15esimo anno di età contro l'HPV;
- definire i contenuti del materiale informativo/comunicativo, compresi i modelli di comunicazione alla popolazione target, (lettere di invito, lettere con esito, brochure, ecc.), in linea con i criteri di qualità definiti a livello nazionale dal GISCi entro il 2023.

A livello locale (ASSL) dovranno essere realizzate iniziative di informazione/comunicazione dirette alla popolazione target e incontri informativi/formativi finalizzati al coinvolgimento attivo dei Medici di Medicina Generale e dei ginecologi, anche libero professionisti, a partire dal 2023.

Si prevede l'avvio del percorso secondo il protocollo HPV-DNA primario in una ASSL pilota nel 2024 e l'estensione progressiva a tutti i programmi entro il 2025.

PROGRAMMA	PL13
TITOLO AZIONE (6 di 8)	Implementazione degli indirizzi regionali per la riorganizzazione dei percorsi di screening su base regionale, in funzione della qualità e della sostenibilità dei programmi.
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L'ACCESSIBILITÀ E L'APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIO SANITARI E L'ADESIONE A MISURE DI PREVENZIONE, IN RELAZIONE ALL'OFFERTA INDIVIDUALE (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)

SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	5.1 Istituzione/miglioramento/sviluppo di servizi di diagnosi precoce e chiamata attiva organizzata
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta; donne in età fertile
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Come evidenziato nell'analisi di contesto del presente Programma Libero PL 13, nell'ambito del precedente ciclo di programmazione 2014-2019, al fine di pervenire al progressivo innalzamento dei tassi di estensione e di adesione della popolazione target ai Programmi di screening oncologico organizzato, sono stati emanati indirizzi per la riorganizzazione dei percorsi su base regionale, in funzione del miglioramento della qualità e della sostenibilità del sistema. Infatti, affinché lo screening di popolazione sia efficace (in termini di riduzione della mortalità specifica) ed efficiente (massimizzazione dei benefici in rapporto ai costi) è fondamentale che tutto il target possa accedere concretamente alle prestazioni, sia quelle di primo livello (test di screening), sia quelle di secondo livello (approfondimento diagnostico, in caso di positività al test di screening), con una tempistica e secondo standard di qualità definiti dalle linee guida nazionali e internazionali. Inoltre, è dimostrato che se il percorso è ben strutturato, affidabile nella tempistica di risposta, garantito con continuità nel tempo, e quindi di qualità e con una buona visibilità, l'adesione della popolazione target cresce.

Pertanto, con la deliberazione n. 5/32 del 29.01.2019, la Giunta Regionale ha definito i criteri di coordinamento e raccordo sistematico delle strutture organizzative e dei professionisti inseriti nei percorsi di screening oncologico organizzato, con un focus particolare sui Centri che erogano le prestazioni di secondo livello (approfondimento diagnostico, in caso di positività al test di screening), i quali rappresentano lo snodo fondamentale per migliorare sia l'estensione dei Programmi di screening oncologico organizzato, sia la qualità dei percorsi di diagnosi precoce e, quindi, gli esiti delle eventuali terapie da intraprendere. Le predette linee di indirizzo hanno definito che i Centri di secondo livello, specifici per ciascun Programma di screening (centri di senologia diagnostica per lo screening mammografico, centri di esecuzione delle colposcopie per lo screening cervicale e centri di endoscopia digestiva per lo screening coloretale), dovranno farsi carico del ruolo di coordinamento del percorso diagnostico e terapeutico di ciascun paziente, raccordandosi sistematicamente con il centro screening, sia nella fase organizzativa (programmazione delle attività), sia nella fase di restituzione degli esiti per le finalità epidemiologiche, di monitoraggio e di valutazione dei Programmi, proprie degli interventi di sanità pubblica. Questi Centri dovranno identificare, per ciascun paziente inviato dal centro screening, il case manager che sarà responsabile della presa in carico, con eventuale invio al terzo livello di riferimento, e del ritorno informativo (prestazioni ed esiti) al Centro screening. I servizi di anatomia patologica, anch'essi fondamentali nella fase di approfondimento diagnostico del percorso, dovranno raccordarsi nella fase organizzativa (programmazione delle attività) sia con il centro screening sia con i centri di secondo livello specifici per ciascun Programma di screening. La medesima deliberazione n. 5/32, al fine di mobilitare tutte le risorse presenti nel territorio regionale, vista la difficoltà di attivare i percorsi inter-aziendali, ha definito le modalità di inclusione nel percorso screening dei Centri di secondo livello ubicati presso le aziende Ospedaliere/ospedaliero-universitarie, regolamentando a livello regionale i rapporti di committenza.

Come evidenziato nell'analisi di contesto i predetti indirizzi necessitano di essere attuati a livello locale. A tal fine:

- nell'ambito del potenziamento dei Coordinamenti screening aziendali, ciascuna ASSL dovrà individuare formalmente i referenti tecnici, con competenze di tipo clinico-diagnostico, dei professionisti coinvolti nei percorsi, che dovranno promuovere l'appropriata applicazione dei protocolli clinici e il rispetto degli standard di qualità fissati a livello nazionale e regionale;

- ciascun Coordinamento screening aziendale dovrà definire, con il supporto dei referenti tecnici, procedure scritte di tipo organizzativo, e organizzare riunioni periodiche multidisciplinari tra i professionisti coinvolti nel percorso per supportare l'analisi e proporre soluzioni a eventuali criticità;
- le attività di screening dovranno essere ricomprese nei Piani annuali di attività con previsione di risorse tecniche e di personale necessarie al conseguimento degli obiettivi previsti, assegnati alle strutture coinvolte nell'intero percorso, e soggetti a valutazione secondo gli strumenti correnti;
- ciascuna ASL dovrà attivare, sulla base dei fabbisogni definiti nei Piani annuali di attività gli eventuali accordi inter-aziendali necessari a garantire i livelli di copertura programmati.

Il predetto assetto organizzativo – gestionale dovrà essere implementato in almeno 3 ASL entro il 2023 e in tutte le ASL entro il 2025.

Sempre nell'ottica del miglioramento organizzativo del percorso di screening mammografico, nella passata programmazione 2014-2019 sono state approvate, con la deliberazione della Giunta Regionale n. 1/14 del 10 gennaio 2018, le linee di indirizzo per la ridefinizione, su base regionale, del percorso di screening organizzato del carcinoma della mammella secondo criteri di qualità dettati dalle linee guida nazionali e internazionali, e di sostenibilità del sistema, con l'intento di superare la frammentazione dell'offerta, che caratterizza anche l'ambito della senologia clinica, e che determina l'inefficienza complessiva, organizzativa e tecnologica, dei Servizi di diagnostica clinica senologica, e non garantisce adeguati livelli di qualità delle prestazioni e la piena operatività dei Programmi di screening.

A tale scopo il documento di indirizzo regionale:

- individua gli standard organizzativi e tecnologici dei Centri che effettuano l'erogazione della mammografia (primo livello di screening);
- individua gli standard organizzativi e tecnologici dei Centri deputati alla refertazione delle mammografie (primo livello di screening) e agli approfondimenti diagnostici (secondo livello di screening);
- dispone che le attività di screening organizzato siano inserite nell'ambito della rete regionale dei Centri di diagnostica clinica senologica, come raccomandato dall'Intesa Stato-Regioni rep/Atti n.185/CSR del 18 dicembre 2014;
- effettua la mappatura dei centri pubblici che erogano le mammografie e identifica, secondo criteri espliciti (bacino d'utenza, volume teorico annuo di prestazioni), quelli che costituiscono la rete regionale dei Centri di diagnostica clinica senologica, che deve garantire sia le funzioni di prevenzione secondaria (refertazione delle mammografie e approfondimenti diagnostici nell'ambito dei programmi organizzati, e prevenzione spontanea), sia la diagnostica clinica su donne sintomatiche e/o in follow up, evitando così duplicazioni inutili, costose e potenzialmente dannose;
- introduce una modalità operativa basata sulla "équipe unica di professionisti" che include i professionisti operanti in più Centri, ubicati nella medesima area territoriale e/o in aree territoriali diverse e, se del caso, interaziendali.
- prevede un adeguato programma di formazione dei professionisti individuati (Radiologi e Tecnici Sanitari di Radiologia Medica - TSRM).

Come evidenziato nell'analisi di contesto i predetti indirizzi necessitano di essere attuati a livello locale. A tal fine:

- dovranno essere costituite, entro il 2023, le "équipe uniche di professionisti (Medici radiologi e TSRM)" di ASL o inter ASL che faranno capo funzionalmente ai Centri di diagnostica clinica senologica di riferimento come individuati nelle linee di indirizzo regionali. Questi ultimi dovranno garantire il mantenimento dei requisiti in capo a ciascun componente dell'équipe unica di professionisti della ASL o inter ASL, sia in termini di volumi minimi di prestazioni, sia in termini di competenze e aggiornamento professionale;
- dovrà essere predisposto nell'ambito del Gruppo tecnico di coordinamento regionale per gli screening oncologici, anche mediante la costituzione di un apposito Gruppo di lavoro per lo screening mammografico, un

Piano formativo di livello regionale delle équipes di professionisti costituite sulle tematiche ritenute prioritarie. Il Piano dovrà essere disponibile nel 2023. La realizzazione del Piano di formazione sarà affidata ad ARES in collaborazione con una ASSL in qualità di capofila regionale a partire dal 2024.

Con la deliberazione n. 33/5 del 26.6.2018, la Giunta regionale ha approvato la proposta di Accordo tra la Regione Sardegna e la Federfarma Sardegna, per la partecipazione delle Farmacie convenzionate al Programma di screening del carcinoma del colon retto, finalizzato al miglioramento della qualità del percorso diagnostico specifico, mediante la chiara definizione delle modalità operative, uniformi a livello regionale, e al miglioramento dei tassi di adesione allo screening della popolazione target, attraverso l'intervento professionale del farmacista diretto a promuovere l'adesione e ad informare sulla corretta modalità di esecuzione del prelievo e di conservazione del campione, sulle modalità di comunicazione dei risultati e sull'eventuale percorso di approfondimento dei casi positivi.

L'Accordo tra la Regione Sardegna e la Federfarma Sardegna, sottoscritto nel 2018, dovrà essere rinnovato nel 2022.

PROGRAMMA	PL13
TITOLO AZIONE (7 di 8)	Definizione dei percorsi diagnostico terapeutici per l'identificazione e la presa in carico dei soggetti a rischio di tumore eredo familiare della mammella e dell'ovaio
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L'ACCESSIBILITÀ E L'APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIOSANITARI E L'ADESIONE A MISURE DI PREVENZIONE, IN RELAZIONE ALL'OFFERTA INDIVIDUALE (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	5.1 Istituzione/miglioramento/sviluppo di servizi di diagnosi precoce e chiamata attiva organizzata
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta; donne in età fertile
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Questa Azione è rivolta a tutti i soggetti ad alto rischio per il tumore eredo familiare della mammella e dell'ovaio derivante da una mutazione dominante dei geni BRCA1 e BRCA2. Chi possiede queste mutazioni presenta un rischio cumulativo di sviluppare un tumore mammario pari al 50-85%, con un ulteriore rischio di sviluppare un tumore all'ovaio pari al 25-40%. Benché le forme ereditarie dei tumori della mammella e dell'ovaio abbiano una incidenza relativamente bassa, stimata nel 7-10% del totale di questi tumori, esse rappresentano una condizione di grave rischio per la salute che è necessario affrontare con interventi di sanità pubblica in grado di incidere significativamente su morbilità e mortalità.

L'identificazione e la presa in carico dei soggetti ad alto rischio per il tumore eredo familiare della mammella e dell'ovaio richiede la definizione di un percorso diagnostico terapeutico ad hoc, integrato con i Programmi di screening mammografico già in essere (come raccomandato dall'Obiettivo Strategico 1.22 e dalla relativa linea strategica q del PNP 2020-2025).

Sarà compito del Gruppo tecnico di coordinamento regionale, anche mediante la costituzione di un apposito Gruppo di lavoro opportunamente integrato con figure professionali specialistiche:



- definire i criteri per l'identificazione dei soggetti ad alto rischio eredo familiare per il tumore della mammella/ovaio e degli strumenti da adottare per la valutazione dei livelli di rischio incrementale;
- elaborare i percorsi diagnostico terapeutici regionali per l'individuazione e la successiva presa in carico dei soggetti ad alto rischio per il tumore eredo familiare della mammella e dell'ovaio, secondo un modello organizzativo basato su Centri Hub e Centri Spoke.

Nell'elaborare tali percorsi il Gruppo di lavoro dovrà tenere conto:

- del documento di "Ridefinizione della rete ospedaliera della Regione Autonoma della Sardegna", approvato dal Consiglio Regionale nella seduta del 25.10.2017, che ha individuato tre Breast Unit pubbliche;
- degli indirizzi emanati con la DGR n. 35/19 del 10.7.2018 "Riorganizzazione della rete dei laboratori e dei servizi di genetica medica della regione Sardegna", che ha individuato il Centro Hub per la consulenza genetica e l'esecuzione del test genetico nei tumori eredo familiari;
- degli indirizzi emanati con la DGR n. 1/14 del 10.01.2018 "Indirizzi per la ridefinizione, su base regionale, del percorso di screening organizzato del carcinoma della mammella" che, recependo le raccomandazioni dell'Intesa Stato-Regioni rep/Atti n.185/CSR del 18 dicembre 2014, ha individuato la rete regionale dei Centri di diagnostica clinica senologica deputati alla prevenzione secondaria, alla diagnostica su donne sintomatiche e/o in follow up, e alla sorveglianza delle donne a rischio di tumore eredo familiare;
- valutare l'integrazione dei protocolli di sorveglianza previsti per i soggetti ad alto rischio nell'ambito del percorso di screening;
- definire il programma di formazione per gli operatori dei Centri designati a far parte della rete regionale (su percorsi organizzativi e protocolli assistenziali);
- individuare le esigenze informative del percorso, ai fini della organizzazione, monitoraggio e valutazione delle attività.

I Centri Hub della rete dei tumori eredo familiari della mammella e dell'ovaio dovranno avere i requisiti previsti per le Breast Unit (Intesa Stato-Regioni rep/Atti n.185/CSR del 18 dicembre 2014).

I Centri Spoke della rete dei tumori eredo familiari dovranno garantire la presa in carico qualora la strategia prescelta sia la sorveglianza.

Il percorso sarà attivato in una ASSL pilota, sede di Centro Hub entro il 2024 ed esteso ad ulteriori 3 ASSL entro il 2025.

AZIONE EQUITY

PROGRAMMA	PL13
TITOLO AZIONE (8 di 8)	Azione trasversale: intersettorialità
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	4.2 Sottoscrizione di accordi di collaborazione – protocolli d'intesa, convenzioni con stakeholder (es. Associazioni di categoria, di cittadini, di pazienti, di promozione sociale e sportiva, Società Scientifiche, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	

CICLO DI VITA	età adulta; donne in età fertile
SETTING	comunità; servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

La presente Azione è diretta a rafforzare e favorire la partecipazione attiva dei cittadini/pazienti alle iniziative di prevenzione primaria e secondaria dei tumori promosse dal Servizio sanitario regionale, attraverso le loro associazioni operanti in campo oncologico e/o a tutela delle fasce di popolazione più vulnerabile (es immigrati), che scontano maggiori difficoltà nell'accesso ai servizi.

Queste associazioni possono svolgere un ruolo rilevante per favorire l'adesione consapevole ai Programmi di screening oncologico organizzato della popolazione target, e facilitare l'accesso ai servizi dei soggetti più fragili e di gruppi di popolazione vulnerabili per condizioni personali o sociali, contribuendo alla realizzazione di azioni di empowerment comunitario e individuale.

Inoltre queste associazioni sono le prime ad intercettare i bisogni dei cittadini e a favorire iniziative per rispondervi e possono, quindi, contribuire alla valutazione della qualità delle strutture e dei percorsi di prevenzione oncologica e al loro miglioramento.

La presente Azione persegue quindi i seguenti obiettivi:

- favorire l'adesione consapevole ai Programmi di screening oncologico organizzato, con azioni dirette all'empowerment comunitario e individuale della popolazione target e dirette a raggiungere i soggetti più fragili, mediante lo sviluppo e il consolidamento di alleanze intersettoriali con le Associazioni di cittadini/pazienti e/o le Associazioni di promozione sociale in oncologia e/o le associazioni/organizzazioni impegnate nel territorio regionale nel settore dell'immigrazione;
- favorire la partecipazione dei cittadini, attraverso i loro rappresentanti nell'ambito dell'associazionismo, quali interlocutori fondamentali, nella loro attività di advocacy, sin dalle fasi progettuali e organizzative degli interventi sanitari.

A tale scopo si prevede di:

- definire almeno un accordo, entro il 2023, con Associazioni di cittadini/pazienti e/o Associazioni di promozione sociale in oncologia e/o Associazioni impegnate nel settore dell'immigrazione;
- inserire nel Coordinamento tecnico regionale degli screening oncologici un rappresentante delle Associazioni di promozione sociale in campo oncologico attive nel territorio.

Come evidenziato nel profilo di salute ed equità del presente Programma, esistono notevoli differenze di copertura allo screening della popolazione target stratificata in relazione ad alcune variabili demografiche e socio economiche. I programmi di screening organizzato sono in grado di ridurre il differenziale di copertura dovuto a fattori demografici o socioeconomici, ma non di annullarlo, rendendo auspicabili interventi diretti a garantire una migliore equità di accesso a gruppi di popolazione svantaggiati per condizioni sociali, economiche o particolarmente vulnerabili in relazione al loro status sociale.

In particolare, per lo screening mammografico e per quello cervicale, la copertura è più bassa per le straniere provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (Pfpm). Per questi gruppi di popolazione, particolarmente vulnerabili e difficili da intercettare, risulta fondamentale il coinvolgimento dei mediatori culturali e delle associazioni che operano nel campo dell'immigrazione, e sarà identificato un obiettivo di riduzione delle disuguaglianze di salute al 2025 con l'orientamento in tal senso di questa azione specifica.



MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Riduzione delle disuguaglianze nell'accesso ai programmi di screening cervicale e mammografico delle donne immigrate, in particolar modo di quelle provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria (Pfp)
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	Al fine di incrementare l'adesione ai programmi di screening delle donne immigrate sono previste le seguenti attività: - creazione di sinergie con le associazioni/organizzazioni impegnate nel territorio regionale nel settore dell'immigrazione; - realizzazione di iniziative di informazione/formazione sull'importanza degli screening rivolta agli operatori socio-sanitari e ai mediatori culturali; - incontri di sensibilizzazione con la popolazione immigrata sul tema presso i punti di maggiore aggregazione, organizzati in collaborazione con le associazioni impegnate nel settore dell'immigrazione e i mediatori culturali; - Preparazione e diffusione di materiale informativo multilingue; - monitoraggio annuale dei livelli di partecipazione delle donne immigrate e valutazione degli esiti e degli indicatori diagnostici delle donne immigrate e comparazione con i dati delle donne italiane
ATTORI COINVOLTI	Operatori sanitari dei Centri screening, mediatori culturali, associazioni che operano nel settore dell'immigrazione, Enti del terzo settore, ANCI
INDICATORE	Incontri di sensibilizzazione con la popolazione immigrata sul tema presso i punti di maggiore aggregazione, organizzati in collaborazione con le associazioni impegnate nel settore dell'immigrazione e i mediatori culturali
	• Formula: numero di incontri realizzati • Standard: almeno un incontro all'anno a partire dal 2023 • Fonte: Regione
OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Riduzione delle disuguaglianze nell'accesso ai programmi di screening cervicale e mammografico delle donne immigrate, in particolar modo di quelle provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria (Pfp)
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	Al fine di incrementare l'adesione ai programmi di screening delle donne immigrate sono previste le seguenti attività: - creazione di sinergie con le associazioni/organizzazioni impegnate nel territorio regionale nel settore dell'immigrazione; - realizzazione di iniziative di informazione/formazione sull'importanza degli screening rivolta agli operatori socio-sanitari e ai mediatori culturali; - incontri di sensibilizzazione con la popolazione immigrata sul tema presso i punti di maggiore aggregazione, organizzati in collaborazione con le associazioni impegnate nel settore dell'immigrazione e i mediatori culturali; - Preparazione e diffusione di materiale informativo multilingue; - monitoraggio annuale dei livelli di partecipazione delle donne immigrate e valutazione degli esiti e degli indicatori diagnostici delle donne immigrate e comparazione con i dati delle donne italiane
ATTORI COINVOLTI	Operatori sanitari dei Centri screening, mediatori culturali, associazioni che operano nel settore dell'immigrazione, Enti del terzo settore, ANCI
INDICATORE	Miglioramento dei tassi di adesione allo screening cervicale e mammografico delle donne immigrate, in particolar modo di quello provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria (Pfp)
	• Formula: rispondenti/(invitati - inesitati- esclusi dopo l'invito)*100 • Standard: tassi di adesione delle donne straniere sovrapponibili a quelli delle



	donne con cittadinanza italiana, sia per lo screening cervicale che per quello mammografico • Fonte: Regione - sistema informativo screening
--	---