Progetto "Implementazione dei programmi di screening: analisi delle barriere e dei fattori facilitanti, modificabili e non. Seconda fase: Sperimentazione di strumenti evidence-based per la programmazione locale."

Premessa

In Italia i programmi di screening oncologici della cervice uterina, mammella e colon retto sono inclusi nei LEA. Ciononostante la loro implementazione vede grandi differenze fra regioni e fra aziende sanitarie locali, creando una sostanziale iniquità geografica. Ciò emerge anche dal Rapporto 2014 dell'Osservatorio nazionale screening (ONS), il quale rileva che, a parte lo screening cervicale, gli aumenti di attività di controllo sono tutti a carico del Centro-Nord. Per le mammografie, 9 donne su 10 nel Centro-Nord hanno ricevuto inviti al controllo, mentre al Sud si è registrato un calo del 15,8%. Per lo screening colorettale, a fronte di una media del 57%, al Sud ci si ferma al 20%.

Durante la prima fase di lavoro, svolta nell'ambito del Progetto CCM 2012 *"Implementazione dei programmi di screening: analisi delle barriere e dei fattori facilitanti, modificabili e non"*, sono state effettuate analisi dei fattori organizzativi, dei determinati dell'estensione dei programmi di screening e della partecipazione ai programmi stessi da parte della popolazione e della normativa regionale. Ciò ha portato a rilevare:

- dall'analisi dei determinanti dell'estensione è emerso che i programmi delle Regioni del Sud e di alcune Regioni del Centro registrano frequenti episodi di discontinuità, con brusche riduzioni dell'estensione o anche cessazione dell'attività di invito. I programmi con popolazione bersaglio molto ampia faticano di più a raggiungere l'estensione completa, mentre programmi più anziani completano più facilmente l'estensione degli inviti nei tempi raccomandati. Infine un alto tasso di richiami ha un effetto negativo sull'estensione degli inviti negli anni successivi nel caso dello screening mammografico;
- dall'analisi dei determinanti dell'adesione è emerso che i programmi più anziani ottengono adesioni più alte e i programmi con una popolazione target di più di 50.000 donne, generalmente situati in grandi aree metropolitane, hanno adesione più bassa. A parità di altre condizioni, l'adesione per cervice e mammella è più alta al Nord, seguito dal Centro, e molto più bassa al Sud. Per il colon retto le differenze per macro-area sono meno marcate e in particolare l'adesione è simile al Sud e al Centro. La presenza di una forte attività spontanea è associata a una minore adesione ai programmi di screening, ma ha un effetto solo marginale sulla copertura di popolazione nelle aree dove lo screening organizzato è attivo. È da notare che lo screening del colon retto è l'unico per il quale non vi è un'attività spontanea rilevante;

- dall'analisi dei contesti organizzativi e stewardship regionale sono emerse le seguenti considerazioni: un elevato livello di capitale sociale è associato ad un incremento dell'adesione ai programmi di screening. Inoltre le Regioni in piano di rientro presentano un'estensione dei programmi di screening e degli inviti che è sicuramente più limitata rispetto a quelle non in piano di rientro e il dato più significativo è relativo allo screening del colon-retto (analisi relativa all'anno 2010);
- dall'analisi della normativa regionale è emerso un divario programmatorio tra le Regioni. In particolare: alcune hanno anticipato quanto – successivamente - previsto dalla vigente normativa nazionale ed europea; alcune Regioni hanno avviato i programmi di screening adeguandosi a quanto previsto; altre si sono attivate in tempi successivi e in alcuni casi non è stato completato l'iter, in particolare per quanto riguarda lo screening del colon-retto. Inoltre si è rilevata in alcune Regioni la difficoltà ad attuare quanto previsto dalla programmazione regionale, talvolta anche a causa di una frammentazione normativa.

A seguito di questo lavoro di analisi il gruppo di lavoro ha prodotto una versione contestualizzata ai programmi di screening italiani dello strumento per la programmazione di interventi tesi al miglioramento dell'estensione e dell'adesione secondo il modello PRECEDE-PROCEED.

Con queste premesse si vuole ora avviare una vasta sperimentazione di questi strumenti applicandoli alla programmazione degli interventi previsti dal Piano Nazionale della Prevenzione e dai conseguenti piani regionali in un ampio campione di ASL.

Razionale

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha identificato il modello di governance della stewardship come prioritario; esso è stato accettato formalmente dall'Italia nel 2008 e poi espressamente messo a fondamento della pianificazione nella prevenzione. Tale modello di governance, sempre secondo l'OMS, si concretizza in "sub-funzioni" il cui senso generale è di sviluppare azioni di governo sinergiche su vari piani, al fine di ottimizzare e potenziare le prerogative e le capacità del livello di governo centrale, in una "dimensione " che, stante lo scenario di devoluzione/ federalismo, è di fatto basata su rapporti di tipo "orizzontale".

La necessità di sviluppare e testare uno strumento che valuti in maniera efficace e condivisibile la qualità dei programmi di prevenzione di comunità e che, inoltre, possa assistere nelle fasi di valutazione di processo – impatto – risultato, richiede, innanzitutto, l'individuazione di un modello teorico di riferimento: uno di quelli più flessibili e completi in questo campo è il Modello PRECEDE-PROCEED. Tale modello rende possibile inserire i fattori di contesto, barriere ed elementi facilitanti, e individuare le azioni che possono essere messe in atto in un modello interpretativo e allo stesso tempo pragmatico.

Il modello PRECEDE-PROCEED (mPP - Green & Kreuter, 2005), ampiamente utilizzato per sostenere il processo di progettazione e valutazione nell'ambito delle azioni volte alla Promozione della Salute, ha struttura multidimensionale e multidisciplinare che considera tutti quei fattori – epidemiologici, socio-psicologici, amministrativi, politici, ambientali – che possono influenzare i comportamenti di salute.

Obiettivi

Sviluppare in sede locale e regionale uno strumento condiviso di valutazione dei programmi di screening oncologici, al fine di migliorare l'estensione e l'adesione agli stessi e di favorire l'omogeneità sul territorio nazionale. Tale obiettivo è perseguito tramite la sperimentazione del modello PRECEED – PROCEDE contestualizzato alla realtà dei programmi di screening italiani per programmare interventi di miglioramento dell'estensione e adesione ai programmi stessi.

La sperimentazione sarà effettuata in almeno 9 Aziende sanitarie di 6 regioni: Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Lombardia, Piemonte, Sicilia e sarà estendibile ad altre realtà regionali, nella seconda metà del 2015, qualora fossero interessate.

Metodologia

Il progetto si sviluppa con la collaborazione dei principali stakeholder istituzionali: Ministero della Salute, Regioni, Osservatorio Nazionale Screening, Coordinamento interregionale per la prevenzione, oltre alla Sapienza Università di Roma e all'Università Cattolica del Sacro Cuore per gli aspetti metodologici. Il coordinamento scientifico è affidato al dott. Paolo Giorgi Rossi, mentre Agenas svolge attività di coordinamento istituzionale. La sperimentazione sarà seguita da un nucleo ristretto di referenti ed esperti degli strumenti Precede-Procede, individuati nell'ambito delle istituzioni sopra indicate.

In merito ai determinanti dell'estensione e dell'adesione ai programmi di screening, le raccomandazioni europee evidenziano quattro macro-aree sulle quali è necessario lavorare al fine di garantire un livello qualitativo elevato: area organizzativa; area economico-politica; area comunitaria; area della ricerca scientifica. Ed è su queste macro aree che si è applicato il modello, la cui struttura prevede:

- una fase PRECEDE che individua evidenze, mete e criteri specifici per la definizione dei modelli applicativi migliori, la messa in atto e la valutazione dell'efficacia di un intervento;
- una fase PROCEED che riguarda le azioni di pretest, training, attivazione, implementazione e valutazione dell'intervento.

In questo progetto, la messa in pratica del mPP ha previsto lo sviluppo di uno strumento che aiuti a valutare in maniera efficace e sistematica i fattori costituenti e la qualità dei programmi di screening e che, inoltre, possa assistere nelle fasi di progettazione e valutazione degli interventi migliorativi,

fornendo materiali integrati da dati nazionali aggiornati e specifici per Regione. La struttura a schede (in formato elettronico e stampabile) è costituita da sei moduli distinti:

- ***Analisi Situazionale***: per definire la vision e le fonti d'informazione circa l'ambiente di pianificazione (ad esempio, la popolazione target, le risorse disponibili, gli obiettivi di programma, etc.).

- ***Analisi Sociale***: per stabilire il livello reale di partecipazione della comunità, le modalità di raccolta e analisi delle possibili risorse che possono essere offerte/utilizzate dagli operatori coinvolti nella pianificazione.

- ***Analisi Epidemiologica***: per chiarire la portata del problema di salute oggetto dell'intervento di prevenzione in corso di programmazione nelle singole Regioni, attraverso l'analisi di dati aggiornati (incidenza e mortalità, comparazione con altri problemi di salute, definizione degli obiettivi di salute, etc.).

- ***Analisi Comportamentale e Ambientale***: per identificare le priorità relative ai fattori che influenzano – o potrebbero influenzare – gli obiettivi di salute programmati: stima della partecipazione ai programmi di screening e analisi dei fattori – concorrenti alla partecipazione – comportamentali e ambientali.

- ***Analisi Educativa e Organizzativa***: per l'analisi dei fattori predisponenti, facilitanti e rinforzanti cruciali al fine dell'identificazione degli obiettivi specifici per il target d'intervento (fattori che influenzano i comportamenti, gli atteggiamenti e le credenze circa uno specifico comportamento di salute, condizioni di vita, etc.).

- ***Analisi Amministrativa e Politica***: per diminuire il divario tra le risorse di cui si ha bisogno (individuate dalle fasi precedenti) e le risorse effettivamente disponibili (supporto alla definizione di: budget, cronoprogramma, lista di barriere all'implementazione del programma, etc.).

Nella prima fase del progetto sono stati messi a punto strumenti di conoscenza (analisi dei determinanti di estensione e adesione e analisi dei contesti organizzativi e stewardship) e di valutazione dei programmi (modello PRECEED PROCEDE). Tali strumenti sono stati discussi da un gruppo di esperti e stakeholder che hanno fornito utili feedback per la loro messa a punto. Si è così pervenuti ad una versione aggiornata del modello PRECEED PROCEDE, che ha ricevuto un primo breve test nell'ambito di una ASL (Roma B) per verificarne e migliorarne l'applicabilità e facilità d'uso. Si dispone dunque ora di uno strumento validato internazionalmente e contestualizzato alla realtà italiana, che ha dimostrato una face validity e che è pronto per essere sperimentato su più ampia scala.

Durante la consultazione di esperti e stakeholder lo strumento è stato presentato, con un riscontro molto positivo, a tutti i coordinatori regionali degli screening, all'ONS, all'Istituto Superiore di Sanità, ai rappresentanti del Ministero della Salute e della conferenza Stato Regioni. In questa

occasione sono state raccolte le adesioni alla sperimentazione da parte delle regioni, che hanno poi identificato i programmi in cui mettere in atto la programmazione con il modello PRECEED PROCEDE. L'Agenas valuterà le candidature e sulla base delle priorità (criticità di estensione e adesione relative in confronto alla media regionale) e delle risorse disponibili e individuerà i programmi su cui condurre la sperimentazione.

La sperimentazione verrà condotta in almeno 9 programmi in tutta Italia. Per il momento la sperimentazione è limitata allo screening mammografico e del colonretto.

La sperimentazione prevederà un incontro iniziale fra uno degli autori dello strumento e i responsabili del programma, possibilmente nella sede del coordinamento screening. Qualora lo si ritenga necessario si potrà organizzare un secondo incontro per risolvere criticità specifiche che dovessero emergere durante l'uso dello strumento.

Verranno poi raccolte copie delle schede compilate o comunque usate per la definizione dell'intervento di miglioramento e l'impostazione della sua messa in atto e monitoraggio, possibilmente con allegati anche i commenti degli utilizzatori che individuino i punti critici e, se possibile, con indicazioni per il miglioramento.

Verrà poi richiesta ai programmi impegnati nella sperimentazione una valutazione dello strumento, tramite una breve intervista.

Una volta identificati i programmi si metteranno in calendario gli incontri con gli autori dello strumento (gennaio - febbraio 2015), mentre i feed-back verranno raccolti entro aprile 2015.

Il Progetto proseguirà nella seconda metà del 2015 con:

- un evento di presentazione dei risultati della sperimentazione del modello PRECEED PROCEDE, da parte delle aziende sanitarie coinvolte, rivolto ai referenti dei Programmi di Screening sul territorio nazionale ;
- l'avvio di un'applicazione più ampia sia nelle Regioni già coinvolte, nelle quali sarà utilizzato il know how acquisito nel corso della sperimentazione dai referenti dei Programmi di Screening scelti, che in ulteriori Regioni a cui sarà chiesto di aderire e che saranno assistite dal pool di autori del Modello. Il focus principale rimane sulle Regioni del Sud.

A conclusione del Progetto, si produrrà una relazione sul livello di diffusione, efficacia ed applicazione dello strumento nei diversi contesti regionali, nell'ambito del perseguimento degli obiettivi sugli screening oncologici indicati dal Piano nazionale di Prevenzione 2014-2018.

UNITA' OPERATIVE COINVOLTE

Unità operative	Composizione della stima del costo
Convenzioni con Enti/Regioni/Università, ecc.	Si prevede di attivare convenzioni con: · 10 Asl (€10.000/Asl) · AUSL Reggio Emilia - capofila · CPO Piemonte · Sapienza Università di Roma UCSC
Consulenze, collaborazioni	Si stima di attivare un contratto di collaborazione di ricerca con esperti in materia: · Angela Guarino - esperta Modello Preceed Procede

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 1386 DEL 19 NOV. 2015

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO *Dott.ssa Antonella Carreras*

IL DIRETTORE SANITARIO *Dott. Pier Paolo Pani*

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dott.ssa Savina Ortu

Il presente allegato è composto di n° SEI fogli

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione
Dott.ssa Silvana Tilocca