

## **Progetto di Audit presso i Centri Screening Oncologici della Regione Emilia-Romagna.**

Il Coordinamento Regionale dei programmi di screening oncologici, ad oltre 20 anni dall'avvio degli screening, ha ritenuto opportuno avviare un percorso per la valutazione dell'attuale organizzazione dei Centri Screening (CS) delle Aziende Sanitarie della Regione Emilia – Romagna, **con lo scopo di condividere esperienze e competenze e migliorare il «sistema screening»**. La modalità individuata come più idonea rispetto all'obiettivo è stata l'audit, inteso come momento di confronto tra pari.

Il percorso è stato avviato in ottobre 2020 con la formalizzazione di un gruppo di lavoro regionale (GdL) che ha messo a punto una prima griglia di requisiti di valutazione sulla base del documento regionale "Requisiti per l'accreditamento dei Programmi di screening per la prevenzione / diagnosi precoce dei tumori del colon - retto, della cervice uterina e della mammella" (DGR 582/2013). Il GdL ha contestualmente realizzato un [percorso formativo rivolto ai 24 auditor formalmente individuati](#) (11 valutatori regionali dell'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA) e 13 professionisti degli screening oncologici, rappresentativi di tutte le Aziende). Durante il percorso formativo si è condivisa una griglia definitiva contenente 33 requisiti trasversali a tutti gli screening, 19 screening specifici e 8 requisiti di clinical competence.

I requisiti erano sostanzialmente rivolti ad analizzare le seguenti aree:

- **funzioni organizzative** del programma (documenti di formalizzazione responsabilità, funzionigramma, organigramma)
- **requisiti dei CS** (organizzativi, programmazione, pianificazione, gestione inviti, integrazioni con le Unità Operative coinvolte negli screening)
- **qualità dell'informazione e trasparenza verso i cittadini** (lettere invito, di sollecito, di esito e di richiamo al follow up, sito web aziendale degli screening, carta dei servizi)
- **gestione e valutazione della qualità del programma** (applicazione locale dei PDT regionali, debiti informativi ONS e schede puntuali regionali di monitoraggio semestrale, analisi delle criticità e azioni conseguenti attuate, clinical competence, formazione).

A tale scopo ad ogni Azienda è stato chiesto di inviare al team di auditor la documentazione richiesta almeno un mese prima della data fissata per l'audit. Ogni visita di audit è stata condotta da un team costituito da un team leader (valutatore OTA a garanzia di terzietà del giudizio), da almeno un auditor esperto tecnico (operatore di Centro Screening) e da un osservatore del coordinamento regionale screening oncologici o membro del gruppo tecnico di lavoro sugli audit). Ogni componente del team ha firmato il codice deontologico che garantiva l'impegno alla riservatezza, l'assenza di conflitti di interesse e incompatibilità territoriale.

Le visite di audit si sono svolte tra dicembre 2021 e luglio 2022 per un totale di 11 giornate di audit (ciascuna con durata media di circa 8 ore), a cui **hanno partecipato 323 operatori di screening** delle Aziende Sanitarie della Regione Emilia – Romagna.

Successivamente ad ogni audit i coordinatori regionali degli screening hanno inviato il **rapporto redatto dal team di audit** a riscontro della fotografia dell'organizzazione, con evidenza dei punti di forza e le aree di miglioramento al Direttore Sanitario Aziendale, al Responsabile del Programma di Screening e al Servizio Qualità e Governo clinico Aziendale

Uno degli obiettivi principali del percorso di audit, infatti, era fornire un supporto alle autorità sanitarie aziendali per la pianificazione di **azioni migliorative** e di interventi atti al conseguimento/mantenimento della qualità dei programmi di screening, **obiettivo inserito nel Piano Regionale della Prevenzione 2021-25** e da realizzare partendo proprio dalle criticità e i suggerimenti evidenziati in corso di audit.

A dicembre 2022, quale momento restitutivo del progetto, si è tenuto a Bologna il **Seminario** “[Il progetto di Audit presso i CS Oncologici dell'Emilia-Romagna: condivisione dell'esperienza](#)”.

Per approfondimenti sul rationale e le modalità di preparazione e svolgimento delle visite di audit:

- [Perché un progetto di audit](#)
- [L'organizzazione degli audit](#).

La scelta di focalizzare l'audit sulla valutazione della rispondenza a requisiti di prevalente natura organizzativa ha consentito di:

- avere una lettura trasversale sui **sistemi di gestione** implementati dai CS in contesti differenti
- verificare l'**uniformità** di interpretazione e di risposta ai **requisiti** da parte dei diversi CS
- mettere in evidenza eventuali **criticità** comuni e **punti di forza**
- analizzare e riflettere sulle variabili di contesto riscontrate (organizzative, gestionali, tecnologiche, di **integrazione con i Servizi che intercorrono lungo il percorso**)
- aumentare le conoscenze e la formazione degli operatori e favorire la **condivisione** tra loro di **buone pratiche**
- identificare **soluzioni applicabili al contesto locale**
- individuare, anche nella valutazione dei requisiti specifici dei CS, elementi di risposta ai requisiti generali di Accredimento Istituzionale.

Il percorso condiviso con i CS ha rafforzato la consapevolezza della qualità dei programmi di screening della nostra regione, dell'indiscusso impegno e dello spirito di squadra dei professionisti coinvolti. La capacità di resilienza mostrata durante la pandemia e di recupero dei programmi di screening (tra i più rapidi e completi in Italia) ne sono stati una chiara dimostrazione.

Questa modalità di confronto è stata accolta favorevolmente dagli operatori e vissuta come occasione di dialogo, confronto e condivisione del lavoro svolto in tanti anni. L'entusiasmo e la reciproca condivisione di esperienze e criticità in uno spirito costruttivo tra i professionisti del programma e gli auditor è stato molto apprezzato.

Al termine dell'esperienza sono emersi come elementi fondamentali per il buon funzionamento dei programmi di screening e del CS:

- l'imprescindibile individuazione e formalizzazione di una **figura con responsabilità organizzativa**, che conosca bene i percorsi, con competenze gestionali e in area comunicativa, capace di presidiare tutte le fasi e punto di riferimento per i professionisti dei tre percorsi, di monitorare le attività e attivarsi tempestivamente nella risoluzione di eventuali criticità attraverso l'implementazione di azioni correttive specifiche
- la disponibilità di **personale dedicato** a tempo pieno al Centro Screening, **numericamente adeguato** a garantire tutte le funzioni che la normativa cogente richiede e adeguatamente formato. In particolare, gli operatori del front office, biglietto da visita del programma di screening, dovrebbero costituire un'equipe stabile nel tempo dove figure amministrative e sanitarie integrano le loro competenze per fornire al cittadino una risposta adeguata e completa, sia per gli aspetti organizzativi che di percorso di 1° e 2° livello. Un'equipe così strutturata favorisce il sentirsi parte di un percorso di squadra con obiettivi condivisi. Sono inoltre necessarie competenze professionali interne per il monitoraggio dei dati e la valutazione della qualità dei programmi di screening
- la **formalizzazione dei ruoli e delle responsabilità** delle figure principali del percorso di screening
- il riconoscimento istituzionale e il **sostegno della Direzione Sanitaria**

- **il ruolo del CS di cabina di regia del percorso di screening**, in particolare per l'integrazione dei Servizi e la raccolta e gestione delle informazioni necessarie alla valutazione dei programmi e come promotore della qualità.

Laddove le risorse umane assegnate al Centro Screening appaiono non adeguate e/o con carenze di alcune professionalità necessarie alla funzionalità della complessa macchina organizzativa e valutativa dei percorsi di screening, si riscontrano **livelli di adesione inferiore ai programmi di screening**. In egual modo si è riscontrata una minore capacità di recupero dei ritardi dovuti all'emergenza COVID-19. Il **buon funzionamento organizzativo** del programma insieme alla **qualità delle prestazioni** offerte costituiscono elementi essenziali per costruire un **rapporto di fiducia con i cittadini**.

Tra i punti che hanno contribuito al successo del progetto riteniamo importante la **formalizzazione** del team di auditor e del progetto stesso con **coinvolgimento delle Direzioni aziendali fin dall'inizio**, mentre come punto di miglioramento riportiamo la **difficoltà ad una conduzione uniforme delle visite di audit**, nonostante la griglia guida dei requisiti, legata sia al tempo dedicato all'interazione e discussione con gli operatori dei CS che alla diversificata esperienza e competenza dei componenti del team. Tra gli esiti positivi più spesso riportati dai programmi di screening citiamo la **formalizzazione di alcune figure**, la **condivisione di buone pratiche** e l'occasione di **aggiornamento e revisione di documenti** del percorso di screening, quest'ultima tuttavia ha comportato un lavoro impegnativo per le Aziende Sanitarie.

Gli screening oncologici sono in costante evoluzione, aggiornandosi rispetto alle nuove evidenze di efficacia che emergono dalla comunità scientifica: solo una forte spinta organizzativa e un riconoscimento istituzionale dell'importante ruolo degli screening, potrà renderci all'altezza delle sfide, entusiasmanti e impegnative, che ci attendono per l'implementazione di protocolli e percorsi basati sulle nuove Linee Guida e sulle indicazioni dell'Unione Europea.