



ATS Val Padana



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Val Padana

BILANCIO S O C I A L E

Programma CCM 2019

PROGRAMMA DI
**SCREENING PER LA PREVENZIONE
E DIAGNOSI PRECOCE
DEI TUMORI COLO-RETTALI**

Progetto CCM

“Linee guida per la rendicontazione sociale dei programmi di screening”

Coordinatore nazionale

Istituto per lo Studio la Prevenzione e la Rete Oncologica (ISPRO)

Responsabile scientifico

Paola Mantellini

Centri partecipanti

ATS Val Padana, Referente scientifico locale Emanuela Anghinoni

AUSL - IRCCS Reggio Emilia, Referente scientifico locale Cinzia Campari

Supervisione metodologica



*Bilancio Sociale dello screening coloretale ATS Val Padana
a cura di*

Emanuela Anghinoni

Autori del Bilancio Sociale dello screening coloretale ATS Val Padana

Paola Ballotari

Doriana Bertazzo

Marina Bonfanti

Elisabetta Buscarini

Marco Cavarocchi

Barbara Dal Dosso

Silvia Deandrea

Nicola Mantovani

Silvia Marri

Lucia Pirrone

Remo Ruggerini

Si ringrazia Martina Rossi per il supporto segretariale al progetto

© 2022 by ISPRO

Tutti i diritti riservati

È vietata la riproduzione anche parziale,
se non autorizzata in forma scritta dagli autori,
tranne per citazioni e recensioni.

ISBN 978-88-943165-2-0

INDICE

7		Presentazione del Ministero della Salute
8		Lettera del Direttore
9		Perché un bilancio sociale? Il 2020: un anno particolare
10		Guida alla lettura
13		1. IDENTITÀ
13		1.1 I programmi di screening oncologico organizzato
17		1.2 Unità Operativa Programmi di Screening di Popolazione
18		1.3 Il contesto epidemiologico e sanitario di Mantova e della Lombardia
23		1.4 Lo screening del tumore coloretale
29		1.5 Il percorso dello screening
34		1.6 Gli stakeholder
35		2. ORGANIZZAZIONE E RISORSE
35		2.1 Il modello organizzativo regionale
35		2.2 Il modello organizzativo aziendale e risorse umane impiegate
36		2.3 Le risorse economico-finanziarie destinate al programma
38		3. OBIETTIVI, ATTIVITÀ E RISULTATI
38		3.1 Selezione della popolazione e invito
40		3.2 Primo livello
41		3.3 Secondo livello
46		3.4 Lo screening durante l'emergenza Covid-19
48		3.5 Obiettivi di miglioramento

Presentazione

La rendicontazione sociale dei programmi di screening oncologico è un argomento all'attenzione del Ministero della Salute già da molti anni. Successivamente alla sperimentazione operata all'inizio degli anni 2010 che si concluse con la elaborazione di apposite Linee Guida, il DPCM del 12 gennaio 2017 di aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza ha introdotto, nel livello della "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", la rendicontazione sociale, associandola alla promozione della partecipazione consapevole, quale componente del programma F8 "Screening oncologici come definiti dall'Accordo Stato Regioni del 23.05.2005 e dal Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018".

Da allora le motivazioni che sostengono l'adozione della rendicontazione sociale come attività "routinaria" in carico ai programmi di screening oncologico si sono ulteriormente rafforzate. Nel Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025 tanti sono gli elementi a favore di una riflessione ragionata e profonda di quello che si fa e di una restituzione trasparente e vicina ai bisogni dei vari portatori di interesse.

La centralità della persona e della comunità fortemente richiamata nel nuovo Piano si realizza, inevitabilmente, attraverso "azioni finalizzate ad accrescere la capacità degli individui di agire per la propria salute e per quella della collettività e di interagire con il sistema sanitario attraverso relazioni basate sulla fiducia". Pertanto, la rendicontazione sociale offre un supporto fondamentale ai programmi di screening per strutturare un dialogo con i principali portatori di interesse, per incorporare il loro punto di vista all'interno del processo di assistenza e per responsabilizzare i diversi attori nel perseguimento dell'obiettivo comune della prevenzione oncologica. Il bilancio sociale rappresenta infatti uno strumento con cui raccontare ed identificare il valore aggiunto generato dall'attività attraverso una visione non meramente economica. Esso deve pertanto promuovere e migliorare il processo interattivo di comunicazione non auto-referenziale tra servizio sanitario e portatori di interesse ed esporre le linee di indirizzo strategico che le Aziende Sanitarie si impegnano a perseguire nel tempo nell'ambito delle specificazioni del Piano Sanitario Regionale.

In una situazione come quella attuale in cui la pandemia di Covid 19 ha reso più fragile lo screening oncologico organizzato, accentuando ulteriormente le differenze geografiche e le diseguaglianze, la definizione nell'ambito del progetto CCM 2019 di tre esempi di rendicontazione sociale da parte delle Regioni partecipanti, per ciascuno dei programmi di screening organizzato, rappresenta un'opportunità dalla quale partire per l'aggiornamento delle Linee Guida della rendicontazione sociale che forniscano ai coordinamenti regionali di screening e ai singoli programmi un insieme di strumenti per rinnovare e mantenere uno stretto e proficuo rapporto fiduciario con i cittadini.

Giovanni Rezza

*Direttore generale della prevenzione sanitaria
Ministero della salute*

Lettera del Direttore

La stesura del bilancio sociale applicato al programma di screening per il tumore coloretto è stata, per ATS Val Padana, un'esperienza professionale sfidante ed innovativa. Questo documento rappresenta per la nostra Agenzia un punto di partenza per adottare uno stile differente per comunicare ai cittadini utenti l'attività di prevenzione e diagnosi precoce che da anni viene svolta nel nostro territorio come nel resto di Regione Lombardia e come in larga parte d'Italia. Quanto è riportato in queste pagine è frutto del lavoro di un gruppo di professionisti che, ciascuno nel suo ambito e con le proprie responsabilità, è impegnato per offrire alla collettività il suo servizio allo scopo di tutelarne lo stato in salute. La rappresentatività del gruppo è strettamente legata al processo e percorso di screening, comprendendo, oltre a sanitari e funzionari regionali esperti di prevenzione, rappresentanti dei cittadini e del Piano di Zona. I dati elaborati e prodotti per la stesura nel bilancio sociale di ATS rispondono a criteri di veridicità, verificabilità e rilevanza ed insieme ai risultati sono riportati anche obiettivi di miglioramento, a conferma dell'attenzione autentica che viene rivolta a questo importante argomento. In questo momento storico di post-pandemia in cui gli sforzi sono orientati a ripristinare le attività ospedaliere e territoriali in ambito sanitario e socio-sanitario, la divulgazione di questo documento favorisce la prossimità con il punto di vista del cittadino e stimola il confronto partecipato ad una tematica che lo coinvolge in prima persona. Il programma di screening, pur ben organizzato, non potrà raggiungere gli obiettivi di salute che si prefigge se i cittadini non sono convinti e non partecipano aderendo agli inviti che ricevono da ATS: questa la sfida da vincere, come si può ben comprendere da quanto riportato nelle pagine di questo documento. Un ringraziamento sentito a tutti coloro che hanno contribuito alla stesura del bilancio sociale ed un grazie particolare al P.I. dr.ssa Paola Mantellini per aver scelto tra i partner di progetto ATS Val Padana e la realtà di screening coloretto che qui viene svolta.

Dott. Salvatore Mannino

Direttore Generale di ATS Val Padana



Perché un bilancio sociale?

Stilare un Bilancio Sociale è un modo per il nostro Istituto di impegnarsi nella creazione di un dialogo con utenti, operatori, istituzioni, al fine di incorporare il loro punto di vista all'interno del processo di assistenza.

Nei programmi di screening il Bilancio Sociale può responsabilizzare i diversi attori nel perseguimento dell'obiettivo comune della prevenzione oncologica, favorendone la partecipazione, il coinvolgimento attivo e l'adesione consapevole. Il bilancio sociale è infatti uno strumento innovativo con cui raccontare gli obiettivi che abbiamo raggiunto, le funzioni che si stanno svolgendo, le criticità che possono essere incontrate lungo il percorso, permettendo di capire come il valore prodotto viene distribuito nella comunità di riferimento. Ma non solo: questo documento vorrebbe anche condividere con le varie persone coinvolte nel processo di screening (gli stakeholder) i futuri obiettivi e le linee di indirizzo strategico che l'azienda si impegna a perseguire nel tempo. Il Bilancio Sociale non solo racconta ciò che è stato raggiunto fino ad oggi, ma apre alle nuove sfide nell'ambito della salute e della prevenzione oncologica dovute al continuo mutamento della nostra società.

Da qui l'idea e la volontà di sviluppare tramite un progetto CCM, che vede il coordinamento di ISPRO - Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica e la collaborazione del Centro Screening oncologici di Reggio Emilia e il Servizio programmi di screening di popolazione ATS Val Padana, i propri Bilanci Sociali focalizzandosi ognuno su uno dei tre programmi di screening ovvero cervicale, mammografico e coloretale.

Ad ATS Val Padana è stato richiesto di sviluppare il progetto applicando la metodologia del bilancio sociale allo screening dei tumori coloretali concentrando l'attenzione, in questa fase di studio, alla provincia di Mantova, in analogia rispettivamente alla provincia di Firenze, dove il bilancio sociale è stato applicato allo screening mammografico ed alla provincia di Reggio Emilia che lo ha sviluppato per lo screening dei tumori della cervice uterina.

Il 2020: un anno particolare

Il 2020 è stato senz'altro un anno particolare. L'emergenza della pandemia SARS-COV-2 ha determinato un vero e proprio terremoto in tutto il sistema sanitario nazionale. Alle difficoltà dovute al gestire una malattia così contagiosa e così grave, si sono sommate le criticità nel continuare a garantire una adeguata presa in carico delle altre malattie e anche quindi tutta la parte relativa agli screening oncologici organizzati. L'Osservatorio Nazionale Screening (<https://www.osservatorionazionale screening.it/>) ha monitorato l'andamento dei programmi di screening attraverso videoconferenze periodiche con i coordinamenti regionali di screening e il monitoraggio sistematico del recupero dell'attività con la produzione di indagini qualitative e quantitative che hanno permesso di avere il polso della situazione in maniera tempestiva. Sulla base degli andamenti osservati, l'ONS ha prodotto una serie di documenti che avevano come obiettivo quello di definire gli indirizzi sul riavvio dei programmi di screening e di fornire indicazioni sulle strategie comunicative più adeguate.

La realizzazione del progetto CCM 2019 sulla rendicontazione sociale dei programmi di screening è coincisa con questo periodo particolare ed ha perciò dovuto subire delle importanti modifiche organizzative e procedurali. Le difficoltà riscontrate si sono però trasformate in un'opportunità di rendicontare non solo il 2019, ma anche un anno difficile come il 2020. Quindi, sebbene primariamente focalizzati sugli anni 2019-2020, tutte e tre le sperimentazioni riportano alcune considerazioni e alcuni dati relativi sia al 2018 che al 2021.

Guida alla lettura

Definizione di bilancio sociale

Il Bilancio Sociale è l'esito di un processo con il quale l'organizzazione rende conto delle scelte, delle attività, dei risultati e dell'impiego di risorse in un dato periodo, in modo da consentire ai diversi interlocutori di conoscere e formulare una valutazione consapevole su come interpreta e realizza la sua missione. Per i programmi di screening rappresenta, dunque, un utile strumento per conoscere i programmi stessi, valutarne l'efficacia e promuovere un'adesione consapevole da parte dei cittadini.

Un buon bilancio richiede metodo

Il bilancio sociale è stato elaborato in collaborazione con Refe, società esperta di sostenibilità, accountability e partecipazione aggiudicataria del servizio "Linee guida per la rendicontazione sociale dei programmi di screening". Refe si occupa di screening dal 2006 e ha già seguito per il Ministero della Salute la stesura delle Linee guida nazionali per la rendicontazione sociale e lo stakeholder engagement dei programmi di screening oncologico pubblicate nel 2013 e aggiornate nel 2017.

Il Bilancio sociale è stato redatto sulla base del metodo Rendersi conto per rendere conto che aiuta a governare la complessità e produce cambiamenti durevoli sia sulla dimensione strategica e gestionale, sia sulla dimensione comunicativa e partecipativa. La fase del rendersi conto esplicita - in modo condiviso e partecipato con i soggetti interni - elementi identitari e priorità strategiche, verifica attività realizzate e risorse allocate e imposta una misurazione rigorosa di risultati, effetti e impatti ottenuti. La fase del rendere conto - esito del rendersi conto - attiva una comunicazione di senso che rappresenta in modo credibile e verificabile il valore economico, sociale e ambientale prodotto

Il percorso progettuale

Questo documento è stato realizzato nell'ambito del progetto CCM "Linee guida per la rendicontazione sociale dei programmi di screening" attivato dall'ISPRO in attuazione del DPCM del 12/01/2017 e le disposizioni del DM 02/08/2019[1] per recepire le Linee Guida nazionali e avviare una sperimentazione propedeutica all'adozione sistematica del bilancio sociale da parte dei Coordinamenti Regionali di screening e delle direzioni delle Aziende Sanitarie coinvolte nei programmi di screening organizzato

Il progetto ha previsto in particolare:

- un'attività formativa, con riconoscimento di crediti ECM, rivolta a un gruppo di lavoro trasversale alle tre aziende pilota coinvolte nel progetto per rinforzare le competenze performance management e accountability;
- l'elaborazione del Bilancio sociale dei tre programmi di screening oncologici organizzati: mammografico (ISPRO), cervicale (AUSL-IRCCS Reggio Emilia), colon retto (ATS Valpadana);
- la condivisione del Bilancio sociale con un primo gruppo di stakeholder e l'attivazione di una fase di dialogo e valutazione partecipata del lavoro svolto, i cui esiti sono stati integrati nel Bilancio sociale;
- l'aggiornamento delle Linee Guida nazionali e disseminazione a tutti i Coordinamenti di screening.

Bilancio sociale: struttura e contenuti

In linea con le Linee guida nazionali, il Bilancio sociale è composto da 3 sezioni:

- 1. Identità:** presenta la struttura, la storia e le sue funzioni. Descrive il contesto epidemiologico del territorio di riferimento, illustra il programma di screening coloretale e gli stakeholder coinvolti.
- 2. Organizzazione e risorse:** illustra il modello organizzativo regionale e della struttura e dà conto delle risorse umane impegnate nel programma e di quelle economico-finanziarie.
- 3. Obiettivi, attività e risultati:** presenta, per ciascuna fase del programma di screening, obiettivi, attività e risultati misurati sulla base degli indicatori del sistema di monitoraggio e valutazione. Fa il punto sull'impatto della pandemia sullo screening e presenta gli esiti del monitoraggio dei bisogni degli utenti.

Il coinvolgimento degli stakeholder

Il Bilancio sociale è stato sviluppato nell'ambito di un percorso formativo che è stato esteso a un gruppo di stakeholder selezionati dalle tre aziende sanitarie. Queste le principali tappe del coinvolgimento:

- Primo incontro formativo: condivisione di obiettivi, fasi e output attesi del progetto.
- Ultimo incontro formativo: presentazione del percorso svolto e dei tre Bilanci sociali elaborati da ISPRO - Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica, dal Centro Screening oncologici di Reggio Emilia e dal Servizio programmi di screening di popolazione dell'ATS Val Padana.
- Raccolta di valutazioni e indicazioni: presentazione di una form online del questionario per la valutazione dei 3 Bilanci sociali, raccolta e rielaborazione degli esiti.

Il questionario chiedeva di valutare l'utilità del percorso di comunicazione e dello strumento di bilancio sociale, la chiarezza dei contenuti e le informazioni contenute nei documenti. Le risposte raccolte hanno riportato l'utilità del percorso di misurazione, comunicazione e

ascolto realizzato (86% dei rispondenti lo considera abbastanza e molto utile) e del Bilancio sociale come strumento di conoscenza e partecipazione evidenziando che può supportare il coinvolgimento informato da parte di tutti i soggetti coinvolti nei programmi di screening, interni ed esterni al sistema sanitario. I tre documenti prodotti sono stati valutati chiari (100% dei rispondenti considera le informazioni abbastanza e molto chiare), significativi e completi (86% considera le informazioni abbastanza e molto significative). È stata inoltre apprezzata l'integrazione nei BS di criticità e obiettivi di miglioramento, oltre ai risultati raggiunti.

I partecipanti hanno indicato alcune informazioni da integrare - come ad esempio i risparmi prodotti grazie ai tumori prevenuti e diagnosticati precocemente - e hanno sottolineato l'importanza di comunicare il Bilancio sociale alle diverse tipologie di stakeholder anche tramite rappresentazioni, estratti profilati o strumenti di comunicazione dedicati. Tra gli stakeholder prioritari da raggiungere, oltre ai cittadini, sono stati indicati: Medici di medicina generale, Consultori, medici specialisti, Comuni, Media, Associazioni ed Enti del Terzo Settore competenti, Farmacie.

Il documento è strutturato in tre sezioni

1

Sezione prima:
CHI SIAMO

La prima sezione racchiude la presentazione della struttura, la sua storia e le sue funzioni. Si presenta anche il contesto epidemiologico nel quale ATS Val Padana opera, il percorso di screening colorettaie e gli attori che contribuiscono a questo percorso.



2

Sezione seconda:
**ORGANIZZAZIONE
DELLE RISORSE**

La seconda sezione offre una panoramica sul modello organizzativo aziendale e regionale. Si presentano anche dati relativi alle risorse umane impegnate dal programma e le risorse economico-finanziarie.



3

Sezione terza:
**OBIETTIVI,
ATTIVITÀ
E RISULTATI**

Questa sezione presenta i dati elaborati dall'attività di monitoraggio e valutazione corrente rapportati agli standard di riferimento. Inoltre è presente un focus sull'impatto della pandemia nello screening colorettaie e i risultati dell'attività monitoraggio dei bisogni degli utenti.



1. Identità

1.1 PRESENTAZIONE DEI PROGRAMMI DI SCREENING ORGANIZZATO

I programmi di screening oncologico di popolazione sono interventi articolati di sanità pubblica, nei quali il sistema sanitario offre attivamente, gratuitamente e sistematicamente un percorso organizzato di prevenzione secondaria, riferendosi quindi alla diagnosi precoce di una patologia, permettendo così di intervenire tempestivamente su di essa.

L'obiettivo principale dei programmi di screening è ridurre la mortalità per tumore attraverso una diagnosi precoce; inoltre, in alcuni casi, si può ridurre anche l'incidenza, cioè la frequenza della malattia.

Per raggiungere tali obiettivi, i programmi di screening vengono fortemente controllati al fine di garantire la qualità delle prestazioni e limitare i possibili effetti indesiderati.

Gli screening oncologici rappresentano lo strumento attraverso il quale il guadagno in salute del singolo diventa ricchezza per la collettività, il concetto di salute come bene individuale viene traslato a salute come patrimonio della comunità. In quest'ottica gli screening possono essere considerati un "motore di equità sociale".

Gli screening oncologici sono un Livello Essenziale di Assistenza e in quanto tali devono essere presenti e attuati su tutto il territorio nazionale.

Gli screening oncologici offerti in Italia sono:

- lo **screening cervicale**, per la prevenzione del tumore al collo dell'utero;
- lo **screening mammografico**, per la diagnosi precoce del tumore del seno;
- lo **screening coloretale**, per la prevenzione del tumore del colon-retto.

L'offerta di screening, in Regione Lombardia è estesa ad una fascia di cittadini più ampia di quanto previsto dai LEA, per cui lo screening mammografico è offerto a partire dai 45 anni (i LEA prevedono 50 anni) fino ai 74 anni compiuti (i LEA prevedono 69 anni), mentre lo screening dei tumori coloretali è offerto fino ai 74 anni compiuti (i LEA prevedono 69 anni).

Le parole chiave che identificano un programma di screening sono:

- 1. Universalità e copertura della popolazione:**
il programma di screening deve invitare tutta la popolazione avente diritto secondo l'intervallo di tempo specifico per ogni percorso.
- 2. Facilitazione ed equità di accesso e di cura:**
gestione attiva dell'invito sia al primo (esecuzione del test di screening) che al secondo (esecuzione degli approfondimenti diagnostici se il test di screening è dubbio o positivo) livello, gratuità del percorso, attenzione posta all'accessibilità ai servizi.
- 3. Rapidità delle risposte e accompagnamento dell'utenza in tutte le fasi del percorso:**
i programmi di screening pongono attenzione alla qualità e all'adeguatezza dell'informazione, in un'ottica di aumento delle conoscenze e della consapevolezza del cittadino. Gli screening dovrebbero, infatti, concorrere al rafforzamento del senso di responsabilità sociale dei singoli sulla propria salute.
- 4. Appropriatezza:**
elemento qualificante che si esplica in ogni fase del percorso, nella gradualità dell'intensità diagnostica in relazione all'esito della fase precedente, nell'adozione di protocolli uniformi e linee guida.
- 5. Qualità e sicurezza delle prestazioni e del percorso nel suo complesso:**
sono garantite anche mediante l'utilizzo di test validati, la formazione continua dei professionisti, la creazione di una rete diffusa di servizi, la rigorosa osservanza degli standard di qualità di riferimento.
- 6. Valutazione di efficacia e rendicontazione:**
si realizzano attraverso un robusto sistema di raccolta dati e monitoraggio a livello locale/regionale/nazionale e che consentono la costruzione di indicatori per analisi su base territoriali, temporali e di confronto tra territori, Aziende Sanitarie e Regioni.
- 7. Programmazione:**
è la pianificazione a medio-lungo termine che consente il mantenimento nel tempo del sistema e l'adeguamento in funzione dei tempi e delle modalità previsti dai protocolli.

Finalità dello screening e presentazione dei 3 programmi di screening oncologico organizzato

Gli **SCREENING ONCOLOGICI** sono:

- **INTERVENTI DI SANITÀ PUBBLICA**, offerti **gratuitamente** ai cittadini tramite un percorso organizzato di prevenzione secondaria
- mirano ad **INDIVIDUARE PRECOCEMENTE UN TUMORE** o i suoi **PRECURSORI**
- sono un **LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (LEA)** e sono attuati su tutto il territorio nazionale in un'ottica di benessere collettivo

OBIETTIVO

Ridurre la mortalità per tumore attraverso una diagnosi precoce.

In alcuni casi, si può **ridurre anche l'incidenza**, cioè la frequenza della malattia.

GLI SCREENING ONCOLOGICI ORGANIZZATI in Italia sono 3

TIPOLOGIA DI SCREENING E FINALITÀ	POPOLAZIONE BERSAGLIO Italia	POPOLAZIONE BERSAGLIO Lombardia
Screening coloretale Per la prevenzione del tumore del colon-retto	Uomini e Donne 50-69 anni	Uomini e Donne 50-69 anni
Screening cervice uterina Per la prevenzione del tumore al collo dell'utero	Donne 25-64 anni	Donne 25-64 anni
Screening mammografico Per la diagnosi precoce del tumore del seno	Donne 50-69 anni	Donne 45-74 anni

La governance dello screening

Il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) nel nostro Paese è organizzato in tre livelli istituzionali, in una logica di prossimità ed uguaglianza di offerta di salute pubblica: i livelli sono strettamente interconnessi tra loro per mezzo di organismi che garantiscono la visione nazionale nel rispetto delle autonomie devolute alle regioni e alle province autonome. In sintesi:

- **livello nazionale**, composto da organi di indirizzo (Governo, Ministero della Salute) ed organi ausiliari tecnico-scientifici (Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Sanitario Nazionale) con funzioni di programmazione generale e di allocazione delle risorse sanitarie;
- **livello regionale**, composto da Regioni e Province Autonome, con funzioni di programmazione attuativa e di definizione generale dell'organizzazione dei servizi sanitari, rispettando i principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello stato;
- **livello locale**, composto da Aziende sanitarie territoriali ed Enti locali.

In Regione Lombardia, a seguito di recenti riforme del sistema sanitario regionale, il livello locale è rappresentato dalle ATS (Agenzie di Tutela della Salute), con finalità di programmazione, acquisto e controllo delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie e dalle ASST (Aziende Socio Sanitarie Territoriali) con finalità di diagnosi, terapia e cura. Nello specifico, le ATS provvedono alla negoziazione e acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dalle strutture accreditate; attivando di un "governo del percorso di presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi"; hanno compiti programmatori e gestionali e di vigilanza nell'ambito di programmi di educazione alla salute, di sicurezza alimentare, di controllo della salute degli ambienti di vita e di lavoro, di sanità pubblica veterinaria, nonché di monitoraggio della spesa farmaceutica.

Le ASST (Aziende Socio Sanitarie Territoriali) si sostituiscono alle vecchie Aziende Ospedaliere e sono delle strutture operative pubbliche della sanità lombarda che, oltre ad assicurare l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e di eventuali livelli aggiuntivi definiti da Regione con risorse proprie nella logica della presa in carico della persona, hanno acquisito anche specifiche funzioni "territoriali". Le ASST si articolano, pertanto, in due settori aziendali, uno dedicato all'attività di tipo ospedaliero ("polo ospedaliero") e l'altro a quella di tipo territoriale ("rete territoriale"). Il Polo Ospedaliero rappresenta i servizi che prima erano in capo alle aziende ospedaliere, mentre la competenza territoriale viene esercitata attraverso i seguenti servizi:

- prestazioni specialistiche, di prevenzione sanitaria, diagnosi, cura e riabilitazione a media e bassa complessità, cure intermedie;
- prestazioni distrettuali, in precedenza a carico delle vecchie ASL (aziende sanitarie locali)
- prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali territoriali e domiciliari anche delegate dalle ATS o dalle autonomie locali.

ATS in Lombardia



Nel territorio di competenza di ATS Val Padana, Province di Mantova e Cremona, con l'applicazione della riforma regionale, sono presenti tre ASST: ASST di Mantova, ASST di Cremona e ASST di Crema.

Le competenze e le attività che garantiscono la prevenzione e diagnosi precoce dei tumori per i cittadini attraverso l'offerta di sanità pubblica delle tre linee di screening (mammografico, coloretale, citologico) sono collocate nel contesto gerarchico dei tre livelli istituzionali del SSN, che possono essere rappresentati secondo il diagramma che segue:

Screening: competenze



1.2 UNITÀ OPERATIVA PROGRAMMI DI SCREENING DI POPOLAZIONE

La storia della Unità Operativa (UO) Programmi di Screening di Popolazione ha radici profonde nei territori provinciali di Mantova e Cremona, ambiti di competenza di ATS Val Padana.

In particolare, a Mantova le attività di offerta di sanità pubblica oncologica iniziarono intorno al 1966, con l'organizzazione del primo screening che ha dato evidenza di efficacia per la prevenzione del cervicocarcinoma uterino. L'iniziativa partì da un Consorzio di Comuni Mantovani (Consorzio Sanitario di zona) che fu in grado di organizzare una rete di sedi con personale sanitario ospedaliero per offrire gratuitamente il pap-test alle donne appartenenti alle liste anagrafiche comunali.

Facendo un balzo cronologico di 25 anni, con il Decreto Legislativo 502/1992 nascono in tutta Italia i dipartimenti di prevenzione (attivi in Lombardia già dal 1985) nella cui articolazione organizzativa compare il Servizio di Medicina Preventiva di Comunità. Con la Legge regionale 31 del 1997 vengono istituite 15 Aziende Sanitarie Locali (ASL) e nel 1999 l'ASL di Mantova, per effetto del "passaggio di consegne" da parte dell'Ospedale Carlo Poma di Mantova, acquisisce la titolarità organizzativa e gestionale delle campagne di prevenzione oncologica, ad iniziare da quella già esistente per le donne con il pap-test.

Successivamente, nel 2001 si avvia l'attività di screening mammografico a cui segue, nel 2005, quella per lo screening coloretale, anche in virtù della legge 138 del 2004, seguita da un accordo Stato-Regioni (2005), che stabilisce un finanziamento a sostegno degli interventi di sanità pubblica per la prevenzione oncologica. Con la Legge regionale 23 del 2015 il sistema sanitario lombardo assume un diverso assetto, per cui le 15 ASL esistenti vengono riorganizzate in 8 Agenzie di tutela della salute (ATS), tra cui quella della Val Padana, che unifica i Dipartimenti di Prevenzione di Mantova e Cremona e, all'interno dell'unico Dipartimento, viene istituita la Struttura Complessa di Prevenzione nelle Comunità, a cui afferiscono due Unità Operative: Prevenzione delle Malattie Infettive e Programmi di Screening di Popolazione.



1.3 IL CONTESTO EPIDEMIOLOGICO E SANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA E DI MANTOVA

Regione Lombardia

In Lombardia al 1° gennaio 2019 risiedevano 10.060.574 persone (16,7% del totale della popolazione residente in Italia). Poco più di 1/4 abita nei 12 capoluoghi di provincia, tra cui Milano che raccoglie il 13,7% del totale. In Lombardia gli anziani >65 anni rappresentano il 22,9% della popolazione totale, quelli tra 15 e 64 anni il 63,7%, mentre solo il 13,4% ha meno di 15 anni. L'età media è di 45,5 anni (range: 44,7 Bergamo e 47,1 Pavia).

Nel 2019 l'analisi dell'*indice di vecchiaia* (165,5) e di *dipendenza strutturale totale* (56,8) evidenzia come il peso assoluto della popolazione anziana sia progressivamente consistente negli anni. Un trend analogo si osserva anche per il tasso di dipendenza strutturale per la sola fascia di anziani >65 anni (35,4). Le province di Pavia, Cremona e Mantova presentano valori superiori alla media per tutti e tre gli indici demografici.

Province in Lombardia



Provincia di Mantova

La provincia di Mantova ha un'estensione di 2.341 km² e la popolazione residente¹ al 01.01.2021 era pari a 405.585 abitanti, di cui 198.616 (il 49%) maschi.

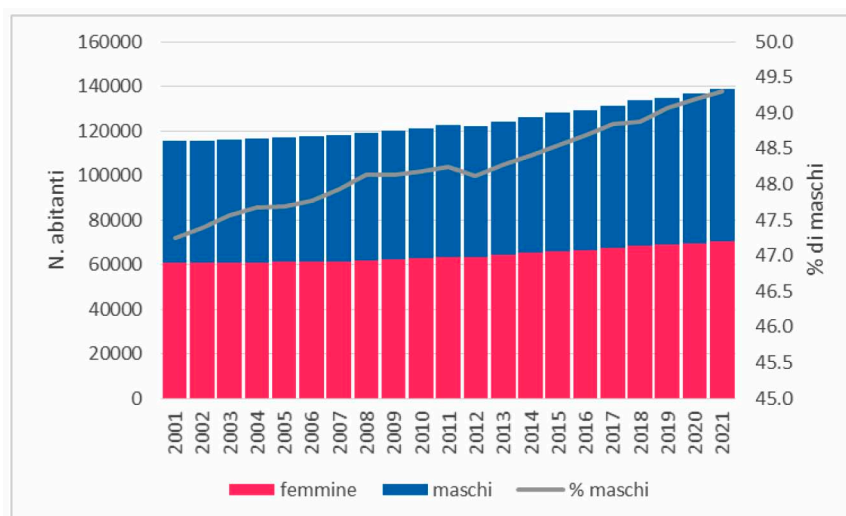
	LOMBARDIA	PROVINCIA DI MANTOVA
Estensione	23.864 Km ²	2.341 km ²
Totale Comuni	1506	64
Popolazione residente	10.060.574	405.585

Concentrando l'attenzione sulla popolazione bersaglio dello screening coloretale, la popolazione mantovana di età compresa tra i 50 e i 74 anni è pari a 138.972 abitanti e rappresenta il 34% della popolazione totale, valore analogo a quello lombardo e a quello italiano.

La popolazione bersaglio dello screening è in leggera crescita nel corso degli anni (circa 23.500 unità nel corso degli ultimi 20 anni), così come la percentuale di maschi.

¹ - ISTAT – www.demoistat.it

Andamento popolazione bersaglio in Lombardia per lo screening del colon retto



Determinanti della salute e fattori di rischio

I programmi di screening sono interventi di **prevenzione secondaria**, ovvero che si occupano della diagnosi di un tumore in fase iniziale, quando è ancora curabile. La **prevenzione primaria** consiste invece nell'insieme di interventi e misure volte a prevenire le cause che provocano l'insorgenza di una patologia, attraverso la riduzione dei fattori di rischio, delle esposizioni nocive e mediante la promozione di stili di vita salutari.

Determinanti della salute e fattori di rischio

FATTORI DI RISCHIO	SOGGETTI A RISCHIO IN LOMBARDIA *	SOGGETTI A RISCHIO IN ITALIA
CONSUMO DI ALCOL	19,5%	16,2%
ABITUDINE AL FUMO	22,6%	25,3%
ABITUDINI ALIMENTARI (OBESI + SOVRAPPESO)	35,2%	42,4%

*Fonte: PASSI, dati 2016-2019

LO SAPEVI CHE

- ✓ Basso livello di istruzione
- ✓ Difficoltà economiche
- ✓ Cittadinanza straniera
- ✓ Condizione di solitudine
- ✓ Disabilità

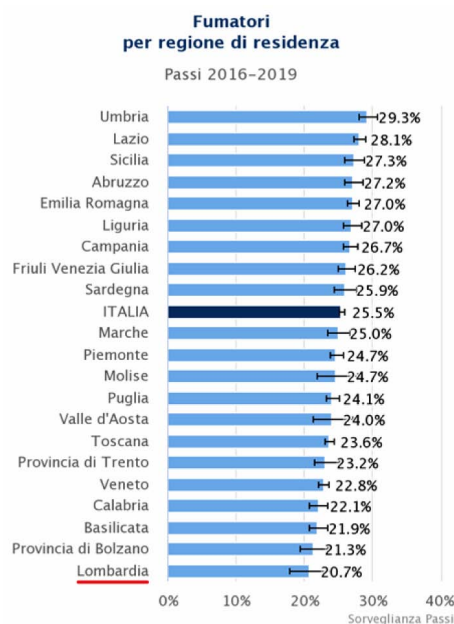
Rendono più difficile l'accesso ai programmi di screening



Per monitorare lo stato di salute della popolazione sono presentati i dati della sorveglianza Passi (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), avviata nel 2006, e che ha l'obiettivo di effettuare un monitoraggio a 360 gradi sullo stato di salute della popolazione adulta italiana. PASSI è un'indagine a campione svolta attraverso interviste telefoniche. Sono presentati in particolare i dati relativi alla popolazione toscana.

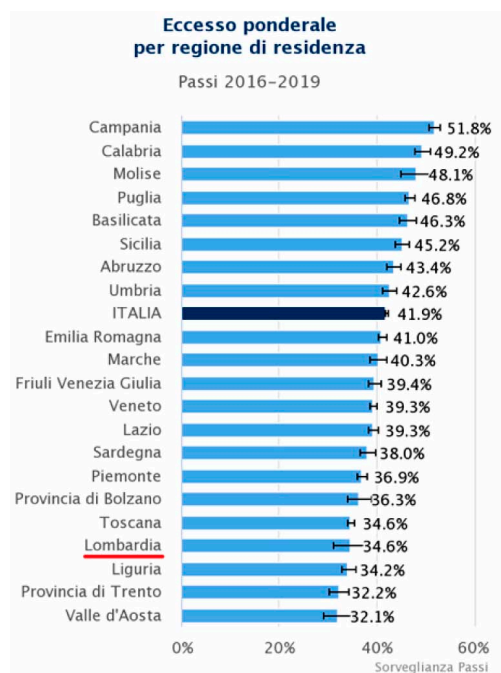
Abitudine al fumo

Nel 2019, la quota di fumatori tra la popolazione lombarda di età 14 anni ed oltre è del 20,7% (Italia 25,5%). Nel periodo 2007-2019, si osserva un trend in diminuzione con una riduzione nell'ultimo anno pari al -9,0 (Osservasalute 2020).



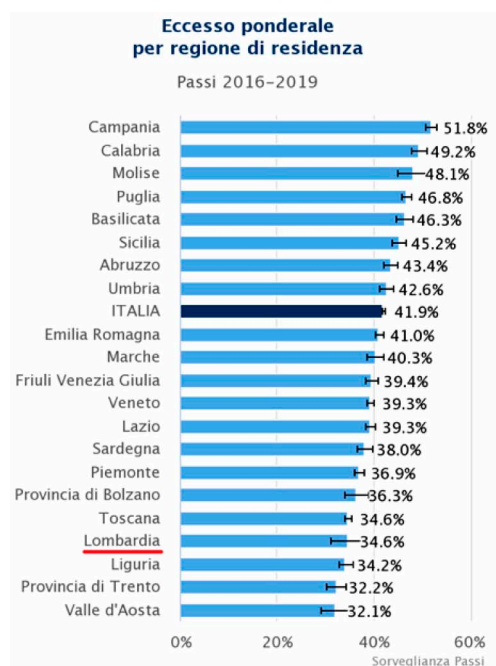
Sovrappeso

Nel 2019, la prevalenza di persone di 18 anni ed oltre in condizione di sovrappeso in Lombardia è del 34,6 % (Italia 41,9%). Nell'intero periodo si è registrato un aumento del 2,6% (Italia-0,6%) (Osservasalute 2020).



Obesità

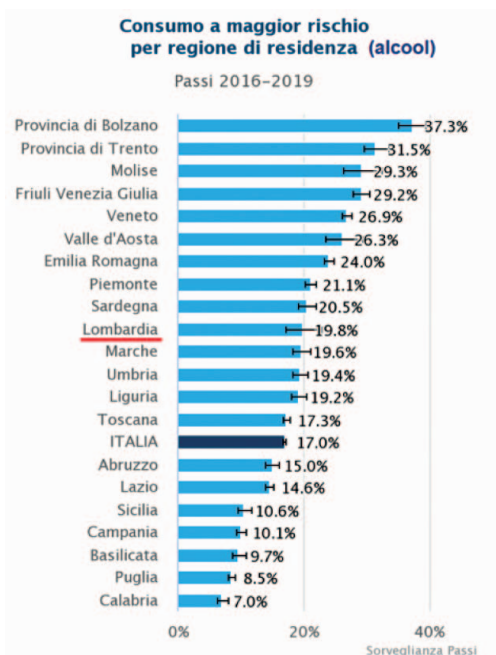
Nel 2019, la prevalenza di persone obese lombarde di età 18 anni ed oltre è pari al 10,0% (Italia: 10,9%). Nel periodo 2007-2019, i dati presentano un andamento oscillante (compresi tra 8,7-10,5%). Il dato 2019 risulta in aumento rispetto al 2018 (+6,4%). Considerando il periodo 2007-2019, si è registrato un aumento pari all'11,1% (aumento nazionale +10,1%) (Osservasalute 2020).



Consumo di alcol

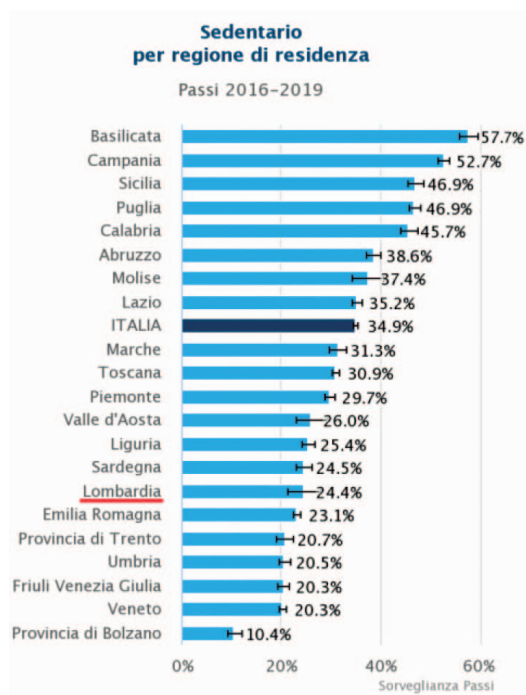
Il 68% della popolazione lombarda >11 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica nell'anno (Italia 66,8%) e per il 19,8% il consumo è stato giornaliero (Italia 17,0%). L'assunzione di alcolici è più frequente nella popolazione maschile (78% vs 58,7 nell'anno e 29,6% vs 11,3 nel consumo giornaliero).

Il consumo giornaliero durante i pasti è un'abitudine per il 48,7% dei lombardi (Italia 46,2%). Il dato per genere mostra: uomini 41,8% e donne 57,5%. Il 51% ha bevuto alcolici almeno una volta al di fuori del momento del pasto (58,2% uomini vs 42,5% donne).



Attività fisica

Nel 2019, la prevalenza di chi dichiara di non praticare sport è del 24,4% (Italia 34,9%). Nel periodo 2007-2019, i dati mostrano un andamento oscillante, con differenza tra valore massimo/minimo pari a 9 punti percentuali. Considerando l'intero periodo in Lombardia si registra una diminuzione del -23,5% (Osservasalute 2020).



La **percezione dello stato di salute** rappresenta un indicatore globale delle condizioni di salute della popolazione (fisica e mentale). L'83,3% dei lombardi, età ≥ 14 anni, si dichiara "molto o abbastanza soddisfatto" del proprio stato di salute, quota superiore all'81,6% dell'Italia. Il livello di soddisfazione per questo aspetto della vita è in lieve crescita rispetto al 2019 (+0,5%)

Fattori di rischio

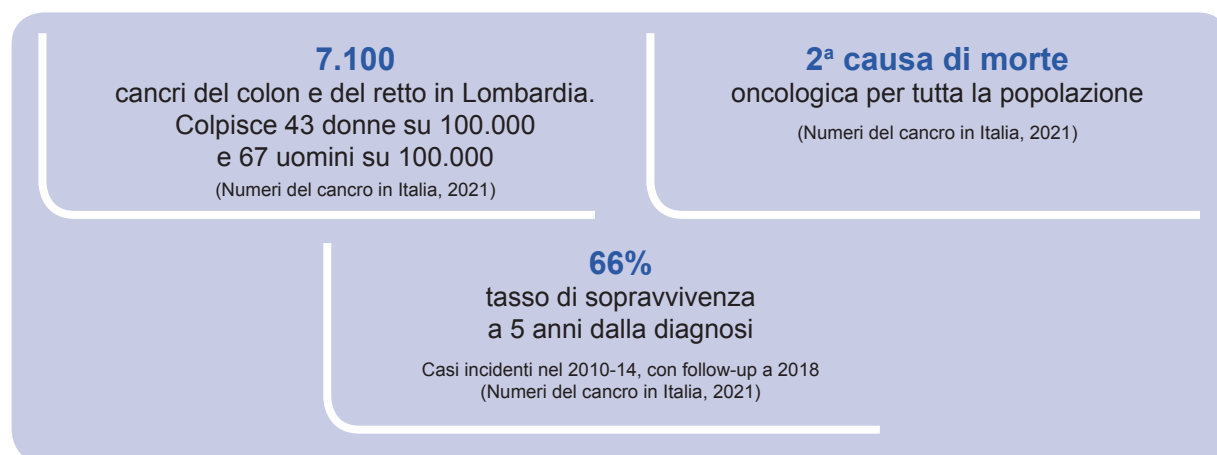
I fattori di rischio² per i tumori del colon retto sono riconducibili a stili di vita e familiarità. Fattori di rischio sono rappresentati da un eccessivo consumo di carni rosse e di insaccati, farine e zuccheri raffinati, sovrappeso e ridotta attività fisica, fumo ed eccesso di alcool. Ulteriori condizioni di rischio sono costituite da malattie croniche di cui il soggetto può essere affetto: malattia di Crohn, rettocolite ulcerosa, mentre situazioni di suscettibilità ereditarie (2-5%) riconducibili a sindromi in cui sono state identificate mutazioni genetiche sono la poliposi adenomatosa familiare (FAP) e la sindrome di Lynch. Al 01.01.2021 i soggetti che risultano essere esenti dalla spesa sanitaria per patologia cronica, per quanto riguarda il morbo di Chron sono 670 (165 x 100.000 abitanti), mentre quelli per sindrome di Lynch solo 7.

2 - Da "I numeri del cancro in Italia 2020" - AIOM, AIRTUM

1.4 LO SCREENING DEL TUMORE COLORETTALE

Il tumore del colon retto

I numeri del tumore al colon retto



I tumori in Lombardia

Il Rapporto "I numeri del cancro in Italia 2021"³ riporta per Regione Lombardia una stima del numero totale di **nuovi casi di cancro** pari a **60.000** (30.000 nei maschi e 30.000 nelle femmine). Di questi, si stima che 10.000 siano cancri della mammella (circa 1 cancro su 3 per il sesso femminile), 7.100 cancri del colon e del retto e 550 cancri della cervice uterina. L'incidenza per cancro del colon risulta essere in diminuzione per entrambi i sessi. In Tabella 1 sono riportate le stime dell'incidenza riferite all'anno 2019.

Incidenza per i tumori più frequenti in entrambi i sessi in Regione Lombardia (stima 2019, tasso per 100.000 standardizzato sulla nuova popolazione europea)

Posizione	Maschi		Femmine	
	Sede tumorale	Incidenza	Sede tumorale	Incidenza
Primo	Prostata	125,4	Mammella	188,1
Secondo	Polmone	93,7	Polmone	50,2
Terzo	Colon	67,0	Colon	43,3

Fonte: I numeri del cancro in Italia (2019)

Riguardo ai decessi, per la Lombardia i dati ISTAT 2016 riportano un numero totale di **decessi per cancro** pari a **29.652**, di cui 2.315 attribuibili al cancro della mammella, 2.951 al cancro coloretale (1.609 nei maschi e 1.342 nelle femmine) e 99 al cancro della cervice uterina.

A 5 anni dalla diagnosi è ancora vivo l'87% delle donne con diagnosi di cancro della mammella, il 66% dei soggetti con cancro del colon e del retto e il 70% delle donne con diagnosi di cancro della cervice (sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi per i casi incidenti 2005-2009, standardizzata per età).

3 - <https://www.registritumori.it/cms/sites/default/files/pubblicazioni/I%20numeri%20del%20cancro%20in%20Italia%20-%20versione%20per%20operatori.pdf>

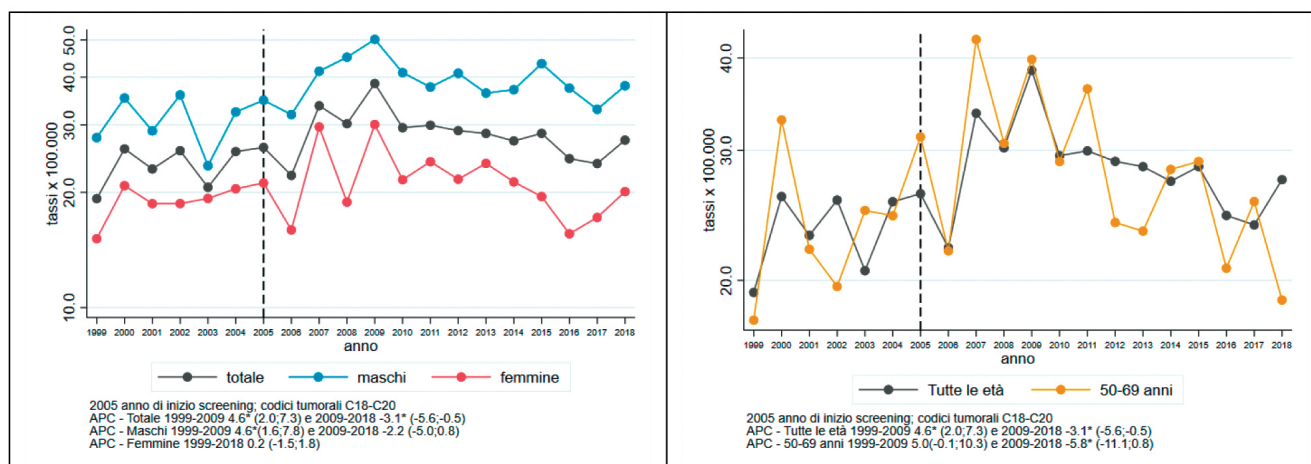
I tumori nella provincia di Mantova: mortalità

Nel triennio 2016-2018, in provincia di Mantova, i tumori hanno causato in media la morte di 1.312 persone l'anno, equivalenti al 28,8% di tutte le morti registrate in quegli anni. Questa percentuale è leggermente più elevata di quella riscontrata in Italia⁴ per il 2017, pari a 27,7%.

Nei maschi la prima causa tumorale di morte è il tumore al polmone (23,5%), seguito da colon-retto e ano (10,7%), in linea con le percentuali nazionali, rispettivamente pari a 23,9% e 10,6%. Nelle femmine, la prima causa tumorale di morte è il tumore alla mammella (18,5%), seguita dal polmone (12,2%) e dal colon-retto e ano (9,8%), anche in questo caso in linea con quanto avviene in Italia anche se con percentuali leggermente diverse, rispettivamente del 16,1%, 12,5% e 11,0%.

L'ultimo valore disponibile del tasso standardizzato⁵ di mortalità per l'Italia è relativo al 2015 ed è pari a 40,0 per i maschi e 24,9 per le femmine (per 100.000 abitanti). Nella provincia di Mantova nello stesso anno i tassi sono rispettivamente 43,4 per i maschi e 19,5 per le femmine. Il trend per l'intera popolazione mostra un incremento significativo sino al 2009 e quindi un decremento, anch'esso significativo⁶. L'andamento è determinato dal trend del genere maschile, mentre la mortalità delle femmine è sostanzialmente stabile. Nella fascia di screening 50-69 anni il decremento a partire dal 2009 è ancora più marcato.

Tassi standardizzati di mortalità per tumore al colon-retto, per sesso e fascia d'età, 1999-2018



A seguito della diffusione della pandemia da SARS COV 2, l'ISTAT ha stimato⁷ un aumento del 15,6% del numero di morti nel 2020 sull'intero territorio nazionale. La stima per la provincia di Mantova è pari a 5.671 morti, il 21,6% in più rispetto al 2019. Al di là della crescita in valori assoluti della mortalità, le regole di classificazione delle cause di morte avranno avuto presumibilmente un impatto sulla definizione della causa principale di morte, per cui è plausibile che si debba ricorrere all'analisi di tutte le cause (e non solo di quella principale) per la determinazione dei trend.

4 - Da "I numeri del cancro in Italia 2020" - AIOM, AIRTUM.

5 - Tasso di mortalità standardizzato per età (popolazione di riferimento: popolazione Europea 2013).

6 - L'APC (Annual Percentage Change) identifica gli eventuali cambi di direzione del trend e per ogni segmento fornisce una stima della "pendenza" e del suo intervallo di confidenza (i valori con l'asterisco sono statisticamente significativi).

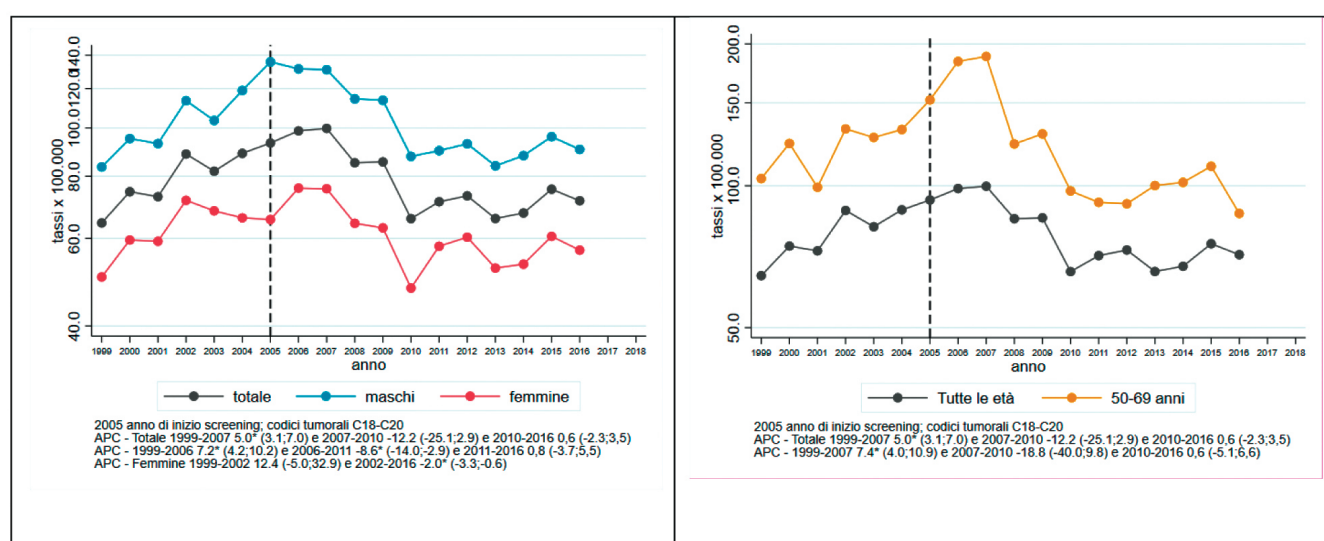
7 - https://www.istat.it/it/files//2021/06/Report_ISS_Istat_2021_10_giugno.pdf

I tumori nella provincia di Mantova: incidenza

Rispetto all'incidenza (nuovi casi/anno) dei tumori, negli ultimi tre anni disponibili (2014-2016), nei maschi il tumore al colon retto in provincia di Mantova è al 3° posto (12,5%), preceduto dai tumori di prostata e polmone, con un numero medio di circa 330 nuovi casi all'anno, mentre nelle femmine occupa la 2° posizione (11,1%), preceduto dai tumori della mammella, con un numero medio di 280 nuovi casi all'anno. L'analisi del trend nazionale (2003-2014) di incidenza sia a livello di fascia di screening che a livello di popolazione mostra un incremento precedente all'avvio dello screening, seguita da un picco di incidenza in concomitanza con l'avvio dello screening e da una successiva riduzione⁸.

Nella provincia di Mantova l'andamento è analogo sino al 2014, ma poi rimane essenzialmente stabile.

Tassi di incidenza per tumore al colon-retto, per sesso e fascia d'età, 1999-2018



Screening organizzato del colon retto

I programmi di screening oncologici per la diagnosi precoce dei tumori della mammella, del colon retto e della cervice uterina sono dei **Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)**⁹ garantiti a tutti i cittadini e le cittadine residenti nel territorio di Regione Lombardia.

Il **Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025** riporta i programmi di screening oncologici come strategie di provata efficacia, basata sulla misura dei risultati, per ridurre la mortalità e l'incidenza dei tumori oggetto di interventi di sanità pubblica (tumori della mammella, della cervice uterina, del colon retto). Il mandato per tutte le regioni è quello di ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche non trasmissibili ed è per questo consolidato un sistema di monitoraggio di indicatori per la valutazione di performance dei sistemi sanitari regionali (**Network delle Regioni**)¹⁰.

I tumori del colon-retto rappresentano in Italia la terza neoplasia negli uomini e la seconda nelle donne e la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi in Italia è pari al 65,3% negli uomini e 66,3% nelle donne¹¹.

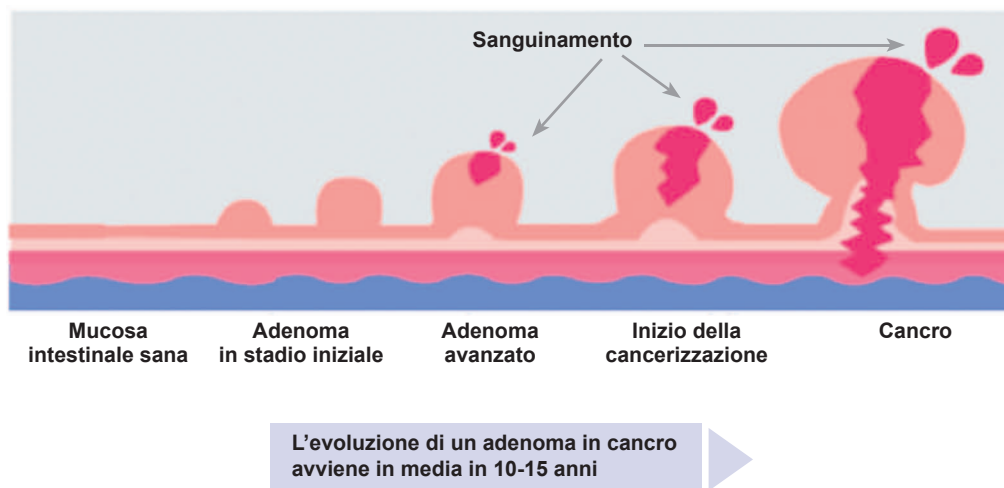
8 - Zorzi M., Dal Maso L., Francisci S., Buzzoni C., Rugge M., Guzzinati S.; AIRTUM Working Group. Trends of colorectal cancer incidence and mortality rates from 2003 to 2014 in Italy. Tumori. 2019.

9 - DPCM del 12 gennaio 2017.

10 - <https://www.santannapisa.it/it/sistema-di-valutazione-del-network-delle-regioni>.

11 - Fonte: I numeri del cancro in Italia, 2021.

Il tumore è spesso conseguente ad una evoluzione di lesioni benigne (quali, ad esempio, i polipi adenomatosi) della mucosa dell'intestino, che impiegano un periodo molto lungo (dai 7 ai 15 anni) per trasformarsi in forme maligne. La figura che segue rappresenta in forma grafica la storia naturale del cancro coloretale:



La storia naturale della malattia e la sua diffusione sono gli elementi di maggior rilevanza per giustificare la pratica di prevenzione e diagnosi precoce offerta dai programmi di screening. Secondo uno studio recente¹², **un'adesione dell'80% al programma riduce del 25,5% l'incidenza e del 52,4% la mortalità.**

L'obiettivo dello screening è quello di intercettare i precursori del carcinoma (adenomi o polipi) quando ancora non ci sono sintomi. I polipi benigni sono piuttosto comuni in persone di età superiore ai 50 anni e, sebbene nella maggior parte delle persone non creino problemi, esiste comunque il rischio che si sviluppino e subiscano una trasformazione maligna con conseguente diffusione di cellule cancerose nel resto del corpo. I polipi, come si vede nella figura precedente, crescono sporgendo all'interno del lume intestinale o del retto. Di conseguenza, possono essere fragili e sanguinare in maniera intermittente, in special modo in seguito al passaggio ed allo strofinamento con il materiale fecale. Il sangue rilasciato dai polipi si mescola al materiale fecale e, se in piccola quantità, può non essere visibile ad occhio nudo. Attualmente, in Italia i test utilizzati per lo screening del tumore del colon-retto sono due: la ricerca di sangue occulto nelle feci (SOF) e la rettoscopia.

Relativamente allo screening coloretale, il Rapporto "I numeri del cancro in Italia 2021" riporta che nel 2019 nel nostro Paese quasi 6 milioni di cittadini (5.921.032) di età compresa tra i 50 e i 69 anni sono stati invitati a eseguire il test di screening per la ricerca del sangue occulto (SOF). Inoltre, sono stati invitati a eseguire il SOF altri 430.748 di cittadini di età compresa fra i 70 e i 74 anni (7% del totale), in particolare in Lombardia e in Lazio. Il Piemonte, invece, ha invitato allo screening, tramite rettoscopia, 68.417 soggetti 58enni, proponendo successivamente il SOF a coloro che non accettano la rettoscopia (l'adesione alla sigmoidoscopia nel 2019 è stata del 23%).

Considerando entrambe le modalità di invito, l'estensione degli inviti è risultata stabile, essendo stato invitato il 75% della popolazione target. La copertura della popolazione è stata del 91,4% e del 95,5% nelle regioni del Nord e del Centro, mentre al Sud si osserva un valore pari al 43,5%, stabile rispetto all'anno precedente. Le persone che hanno risposto all'invito sono state complessivamente 2.359.061 (2.345.725 a SOF e 13.336 a rettoscopia).

La partecipazione complessiva al SOF si attesta al 40,5%, con più di venti punti percentuali di differenza fra Nord e Sud. Si conferma la differenza in adesione tra i due sessi, con un valore del 38,5% negli uomini e del 42,8% nelle

12 - Ong AM. Outrunning Burnout in a GI Fellowship Program During the COVID-19 Pandemic. Dig Dis Sci. 2020 Aug; 65(8):2161-2163.

donne. L'attività di screening ha portato all'individuazione e al trattamento complessivamente di 2.916 carcinomi e di 18.055 adenomi avanzati. È stato possibile trattare con sola resezione endoscopica il 14,6% dei carcinomi, evitando per questi pazienti l'intervento chirurgico o la necessità di una terapia medica.

In Lombardia, nei primi anni duemila, si avviano i programmi di screening oncologico¹³ che prevedevano:

- Mammella: mammografia bilaterale biennale per donne in fascia di età 50-69 anni.
- Colon retto: test del sangue occulto nelle feci per uomini e donne in fascia di età 50-69 anni.
- Cervice: pap-test triennale per donne in fascia di età 25-64 anni.

I programmi di screening mammografico e coloretale possono considerarsi a regime sul territorio regionale a partire dal 2007. Per quanto riguarda la cervice uterina, risulta attivo da oltre 25 anni un programma di screening di popolazione con il pap-test come test primario in 5 ASL: Brescia, Lodi, Mantova, Pavia e Vallecmonica Sebino. In particolare, nel 2010 in ASL Vallecmonica Sebino è stato avviato, nell'ambito di uno studio pilota multicentrico del Ministero della Salute - CCM, lo screening cervicale con HPV-DNA come test primario per la prevenzione del tumore della cervice uterina¹⁴. Nei restanti territori di Regione Lombardia lo screening per la prevenzione del cervicocarcinoma uterino si sta attivando dal 2021, con l'offerta del pap-test integrata all'offerta del test hpv, secondo le indicazioni regionali e ministeriali più recenti.

Nel 2017 le fasce di età per lo screening mammografico e coloretale sono state ampliate con l'inclusione dei soggetti in fascia di età compresa tra 70 e 74 anni (per entrambi) e 45-49 anni (per il solo mammografico, previsto a partire dal 2019¹⁵, in attuazione del **Piano Regionale della Prevenzione 2014-2019**¹⁶.

Gli screening oncologici in Regione Lombardia (DGR 3003/2015, DDG 3711/2017)

Sede tumorale	Test di screening	Fascia di età	Periodicità
Mammella	Mammografia bilaterale	50-74	Biennale
	Mammografia bilaterale	45-49	Annuale
Colon retto	Ricerca del sangue occulto fecale	50-74	Biennale
Cervice uterina (in corso)	Pap test	25-29	Triennale
	HPV-DNA test	30-64	Quinquennale

L'ampliamento dell'invito attivo alla fascia 70-74 è entrato a pieno regime nel corso del 2018, raggiungendo per entrambi gli screening il 100% della popolazione eleggibile.

Nel 2014 la Regione, partendo dall'esperienza della Scuola Superiore Sant'Anna¹⁷, in collaborazione con EUPO-LIS¹⁸, ha attivato un percorso per la definizione di un set di indicatori e di un **modello di valutazione delle**

13 - In accordo con le Linee di indirizzo regionale emanate nello stesso periodo (DDG 26954/2000, DDG 32012/2001 e DDG 25854/2004) aggiornate con raccomandazioni sulla qualità nel 2007 (DDG 7248/2007) e sull'organizzazione dei Centri Screening nel 2018 (DDG 13960/2017).

14 - Pasquale L., Giorgi Rossi P., Carozzi F. et al., Cervical cancer screening with HPV testing in the Valcamonica (Italy) screening programme. J Med Screen. 2015 Mar; 22(1):38-48.

15 - DDG 3711/2017.

16 - <http://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/DettaglioRedazionale/istituzione/direzioni-general/direzione-generale-welfare/piano-regionale-prevenzione/piano-regionale-prevenzione>

17 - "Misurazione e valutazione delle performance dei servizi di prevenzione: un confronto interregionale". Scuola Superiore Sant'Anna, Laboratorio MeS, con Regione Toscana, Regione Basilicata, Regione Liguria, Regione Marche, Regione Umbria, Regione Valle d'Aosta, PA Bolzano e PA Trento.

18 - EUPOLIS. Supporto tecnico scientifico al percorso di riordino del sistema sanitario lombardo. Sottoprogetto 6 valutazione delle performance ASL nell'area della prevenzione. Gennaio 2015.

attività di prevenzione, sperimentato nel 2015 e validato nel 2016, che include un indicatore di sintesi per lo screening oncologico. Nel 2018, il modello è stato ulteriormente aggiornato per renderlo più confrontabile con l'esperienza di misurazione dei risultati raggiunti effettuata nell'ambito del Network delle Regioni. Inoltre, alla fine del 2021¹⁹ Regione Lombardia ha istituito il Gruppo di lavoro multidisciplinare per il coordinamento regionale degli screening oncologici, in cui è rappresentato un gruppo regionale specifico per lo screening coloretale.

Nel territorio mantovano di ATS Val Padana, il primo round di screening è stato inaugurato nel maggio 2005. Questo ha significato che entro maggio 2007, in due anni, fossero state invitate almeno una volta tutte le persone aventi diritto (elegibili): maschi e femmine in età compresa tra 50 e 69 anni, che non avessero avuto già un tumore del colon retto e che non fossero affette da patologia d'organo specifica (come la sindrome di Lynch, Crohn, malattie infiammatorie intestinali -IBD).

L'offerta di screening viene successivamente estesa nel 2017 (come da direttiva regionale) anche alla popolazione in età compresa tra 70-74 anni. Il modello di screening che si è implementato, in coerenza con le indicazioni regionali, è basato sulla distribuzione del kit per la ricerca del sangue occulto fecale attraverso le farmacie del territorio. Il kit viene ritirato dai cittadini gratuitamente, esibendo l'invito che è stato ricevuto al domicilio. L'estrema diversità organizzativa di questo modello di screening, rispetto agli altri due screening erano una sfida. Si trattava infatti, per la prima volta, di offrire uno screening oncologico anche alla popolazione maschile e questo elemento fu oggetto di attenzione nel curare la campagna di promozione dello screening attraverso media e materiali divulgativi, a quel tempo prevalentemente cartacei.

La grafica e i messaggi sono stati studiati e perfezionati dagli alunni del quinto anno dell'Istituto d'arte "Isabella d'Este" di Mantova, supportati da uno psicologo esperto di comunicazione, e il prodotto realizzato venne diffuso in tutti gli ospedali, cliniche, farmacie e sedi consultoriali del territorio.

Di seguito immagini e testi inseriti in materiale divulgativo (depliant).



19 - Con Decreto di Giunta regionale nr 17314.

1.5 IL PERCORSO DELLO SCREENING

Il test di screening utilizzato nella quasi totalità dei programmi di screening, compreso quello di ATS Val Padana, che sfrutta la possibilità di sanguinamento dei polipi, è il **test per la ricerca del sangue occulto nelle feci**, eseguito ogni 2 anni da uomini e donne, tra i 50 e i 69 anni (in Lombardia, come detto, 50-74).

In Italia si sono sviluppate diverse modalità di distribuzione del kit diagnostico per effettuare il test: in ATS Val Padana e in tutta Regione Lombardia il ritiro del kit è organizzato presso le Farmacie grazie ad accordi intercorsi tra Regione e le principali associazioni dei farmacisti titolari di farmacia, Federfarma Lombardia ed Assofarm. L'esame, estremamente semplice, consiste nella raccolta, eseguita a casa, di un piccolo campione di feci utilizzando un dispositivo medico (kit, vedi figura) che, successivamente, verrà processato in Laboratorio per la ricerca di tracce di sangue non visibili a occhio nudo. Si stima che sottoponendosi ogni 2 anni, fino a 69 anni, a questo test si possa ridurre del 25% il rischio di morire di tumore del colon-retto.

Sebbene la presenza di sangue nelle feci possa essere dovuta a molteplici cause, è importante effettuare esami di approfondimento per cercare di comprendere la causa del sanguinamento. Per questo, in caso di positività del test, verrà offerta la possibilità di effettuare un esame di approfondimento, la colonscopia, un accertamento diagnostico eseguito da un medico gastroenterologo mediante una sonda flessibile detta colonscopio, dotata di una telecamera collegata ad una fonte luminosa, che consente di esplorare sotto visione diretta la mucosa del grosso intestino (colon).

Una piccola parte dei programmi di screening attivi in

Italia (in particolare nella regione Piemonte) utilizza, al posto della ricerca del sangue occulto, un altro esame di screening: la rettossigmoidoscopia, eseguita una sola volta all'età di 58-60 anni. Anche essa permette di asportare eventuali polipi, interrompendo la loro

possibile evoluzione verso il cancro. Sottoporsi ad una sigmoidoscopia all'età di 58 anni, una sola volta nella vita, permette di ottenere una riduzione del 40% del rischio di ammalarsi di tumore del colon-retto, poiché viene indagata l'ultima parte dell'intestino (il sigma e il retto) in cui si sviluppa il 70% dei tumori del colon-retto²⁰.

Quindi, nel caso di positività al test del sangue occulto nelle feci o alla rettossigmoidoscopia, i programmi di screening prevedono l'esecuzione di una colonscopia come esame di approfondimento. La colonscopia permette di esaminare l'intero colon retto e, oltre a essere un efficace strumento diagnostico, è anche uno strumento terapeutico. Nel caso venisse confermata la presenza di polipi, consente, infatti, di rimuoverli nel corso della stessa seduta: i polipi rimossi vengono successivamente analizzati dagli anatomopatologi e, in base al loro numero, alle loro dimensioni e alle caratteristiche delle loro cellule, vengono avviati percorsi terapeutici e di controllo *ad hoc*.



Il kit diagnostico per effettuare il test

20 - <https://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita/prevenzione/screening-tumore-colon-retto>

Le fasi operative del programma di screening in ATS Val Padana sono descritte in tabella:

FASI E ATTIVITÀ	AZIONI
INDIVIDUAZIONE DELLA POPOLAZIONE OBIETTIVO E SPEDIZIONE INVITO	Reclutamento e spedizione lettere di invito
PRIMO LIVELLO Esecuzione del test e refertazione dell'esito	Ritiro del kit per eseguire il test presso la farmacia di fiducia / riconsegna del kit contenente il campione di feci
Restituzione dei risultati	In caso di esito negativo: spedizione lettera di esito negativo In caso di esito positivo: telefonata per offerta esame di approfondimento
Monitoraggio dell'adesione al test	Verifica della popolazione che non ha risposto all'invito e spedizione di lettere di sollecito
SECONDO LIVELLO Esecuzione della colonscopia e refertazione dell'esito	Prenotazione della colonscopia e spiegazioni per la preparazione intestinale Aggiornamento della scheda screening individuale con esiti e programmazione successivo appuntamento
Restituzione dei risultati	In caso di esito negativo: si riprogramma un test di primo livello dopo 5 anni In caso di esito positivo: nel caso di adenomi (polipi) si riprogramma una colonscopia di follow-up, nel caso di carcinomi si programma percorso clinico oncologico con esclusione definitiva dallo screening
Monitoraggio dell'adesione agli approfondimenti	Verifica dell'avvenuta colonscopia, nel caso di riscontro negativo si ricontatta l'assistito, si spedisce raccomandata e si avvisa il medico curante
TERZO LIVELLO/TRATTAMENTO	Nel caso di invio a chirurgia, per impossibilità di trattamento endoscopico, si valuta 'esclusione temporanea o definitiva dal programma di screening (per tumore, per malattia cronica organo-specifica, per rifiuto con firma) oppure il rientro nel percorso di screening secondo tempistiche stabilite dal clinico
MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DELLE FASI	Compilazione annuale delle rilevazioni epidemiologiche da inviare a Regione ed al Ministero (survey GISCoR - Gruppo Italiano Screening Coloretale)

L'intero percorso, con maggior dettaglio, è descritto con un diagramma di flusso e con dei codici-colore, come rappresentato di seguito. Per ciascun passaggio possono essere individuati dei responsabili di attività, a seconda del profilo professionale e del ruolo all'interno del programma di screening.

```

graph TD
    Anagrafe[Anagrafe sanitaria maschi e femmine 50-74 anni] --> INVITO
    INVITO --> ADESIONE
    ADESIONE -- SI --> ESAME_SOF[ESAME S.O.F.]
    ADESIONE -- NO --> INVITO_INESATTO[INVITO INESATTO]
    INVITO_INESATTO --> VERIFICA_INDIRIZZO[VERIFICA INDIRIZZO]
    VERIFICA_INDIRIZZO --> AGGIORNAMENTO[Aggiornamento costante anagrafe]
    AGGIORNAMENTO --> INVITO
    INVITO_INESATTO --> NON_RISPONDE[NON RISPONDE]
    NON_RISPONDE --> RICHIAMO[RICHIAMO]
    RICHIAMO --> ADESIONE_Q[ADESIONE?]
    ADESIONE_Q -- SI --> INVITO_2LIV[INVITO 2° LIVELLO VISITA SPEC. PANCOLOSCOPIA]
    ADESIONE_Q -- NO --> N_RICHIAMI[N. RICHIAMI >3?]
    N_RICHIAMI -- SI --> MEDICO_DI_BASE[MEDICO DI BASE]
    MEDICO_DI_BASE --> PREGRESSO_CA[PREGRESSO CA COLORETTALE]
    PREGRESSO_CA --> FUORI_SCREENING[FUORI SCREENING]
    N_RICHIAMI -- NO --> ADESIONE_Q
    ADESIONE_Q -- SI --> INVITO_2LIV
    INVITO_2LIV --> ADESIONE_Q_2[ADESIONE?]
    ADESIONE_Q_2 -- SI --> ESECUZ_2LIV[ESECUZ. 2° LIV.]
    ADESIONE_Q_2 -- NO --> INDAGINE_CONOSCITIVA[INDAGINE CONOSCITIVA]
    INDAGINE_CONOSCITIVA --> SENSIBILIZZAZIONE[SENSIBILIZZAZIONE]
    SENSIBILIZZAZIONE --> RIFIUTO[RIFIUTO]
    RIFIUTO --> FUORI_SCREENING
    SENSIBILIZZAZIONE --> UTENTE_PRIVATO[UTENTE PRIVATO]
    UTENTE_PRIVATO --> AGGIORNAMENTO_SCHEDA[AGGIORNAMENTO SCHEDA]
    AGGIORNAMENTO_SCHEDA --> POS[POS]
    POS --> DECISIONI_DIAGNOSTICHE[DECISIONI DIAGNOSTICO TERAPEUTICHE]
    DECISIONI_DIAGNOSTICHE --> NEG[NEG]
    NEG --> PROSSIMO_APPUNTAMENTO[PROSSIMO APPUNTAMENTO]
    ESECUZ_2LIV -- POSITIVA --> DECISIONI_DIAGNOSTICHE
    ESECUZ_2LIV -- NEGATIVA --> INVIO_COMUNICAZIONE[INVIO COMUNICAZIONE ESITO]
    INVIO_COMUNICAZIONE --> PROSSIMO_APPUNTAMENTO
    ESAME_SOF -- POSITIVO --> INVITO_2LIV
    ESAME_SOF -- NEGATIVO --> INVIO_COMUNICAZIONE
    ESECUZ_2LIV --> PROSSIMO_APPUNTAMENTO
    INVITO --> ESEGUITA_RIPETIZIONE[ESEGUITA RIPETIZIONE]
    ESEGUITA_RIPETIZIONE --> INVITO
    ESEGUITA_RIPETIZIONE --> INADEGUATO[INADEGUATO]
    INADEGUATO --> FUORI_SCREENING
  
```

The flowchart illustrates the colorectal cancer screening process for men and women aged 50-74. It begins with an invitation (INVITO) and branches into various paths based on response, adherence, and test results, leading to either a second-level examination or a final decision on screening status.

- Initial Invitation (INVITO):**
 - If **ADHERENCE (ADESIONE)** is **YES (SI)**, proceed to **TEST (ESAME S.O.F.)**.
 - If **ADHERENCE** is **NO (NO)**, proceed to **INVITE AGAIN (INVITO INESATTO)**.
- Invitation Again (INVITO INESATTO):**
 - Check **ADDRESS VERIFICATION (VERIFICA INDIRIZZO)**. If correct, update the **ANAGRAFE** and re-invite.
 - If **NON RISPONDE** (Does not respond), proceed to **CALL (RICHIAMO)**.
- Call (RICHIAMO):**
 - Check **ADHERENCE? (ADESIONE?)**.
 - If **SI**, proceed to **2nd Level Invitation (INVITO 2° LIVELLO VISITA SPEC. PANCOLOSCOPIA)**.
 - If **NO**, check **Number of calls > 3? (N. RICHIAMI >3?)**.
 - If **SI**, refer to the **General Practitioner (MEDICO DI BASE)** for **Colorectal Cancer History (PREGRESSO CA COLORETTALE)**. If present, the patient is **OUT OF SCREENING (FUORI SCREENING)**.
 - If **NO**, return to **ADHERENCE?**
- 2nd Level Invitation (INVITO 2° LIVELLO VISITA SPEC. PANCOLOSCOPIA):**
 - Check **ADHERENCE? (ADESIONE?)**.
 - If **SI**, proceed to **2nd Level Examination (ESECUZ. 2° LIV.)**.
 - If **NO**, proceed to **CONSCIOUSNESS SURVEY (INDAGINE CONOSCITIVA)**.
- Consciousness Survey (INDAGINE CONOSCITIVA):**
 - Proceed to **SENSITIZATION (SENSIBILIZZAZIONE)**.
 - If **RIFIUTO** (Refusal), the patient is **OUT OF SCREENING**.
 - Proceed to **PRIVATE USER (UTENTE PRIVATO)**, then **SCHEDULE UPDATE (AGGIORNAMENTO SCHEDA)**, leading to **POS** (Positive).
- 2nd Level Examination (ESECUZ. 2° LIV.):**
 - If **POSITIVA** (Positive), proceed to **DIAGNOSTIC THERAPEUTIC DECISIONS (DECISIONI DIAGNOSTICO TERAPEUTICHE)**, leading to **NEG** (Negative).
 - If **NEGATIVA** (Negative), proceed to **SEND COMMUNICATION RESULT (INVIO COMUNICAZIONE ESITO)**.
- Test Results (ESAME S.O.F.):**
 - If **POSITIVO** (Positive), proceed to **2nd Level Invitation**.
 - If **NEGATIVO** (Negative), proceed to **SEND COMMUNICATION RESULT**.
- Final Outcomes:**
 - PROSSIMO APPUNTAMENTO** (Next Appointment) is reached from **NEG**, **NEGATIVA**, or **ESECUZ. 2° LIV.**
 - INADEGUATO** (Inadequate) leads to **OUT OF SCREENING**.
 - ESEGUITA RIPETIZIONE** (Repeat performed) leads back to **INVITO**.

COLORE DEL DIAGRAMMA	FASE	ATTIVITÀ	RESPONSABILE
	La popolazione da invitare viene individuata	L'anagrafe degli assistiti viene filtrata per fascia d'età - 50-74 anni - per entrambi i generi. Vengono effettuati controlli di incrocio dati del registro tumori e della banca dati assistiti per gli affetti da sindrome di Lynch, Crohn, IBD e questi soggetti vengono esclusi per patologia d'organo specifica.	▪ SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI ▪ OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO
	La popolazione aderisce all'invito e il test risulta negativo	La lettera contiene l'esito e l'indicazione del successivo invito a due anni di distanza.	▪ FARMACISTI ▪ LABORATORIO DI SANITÀ PUBBLICA ▪ SERVIZIO SCREENING
	La popolazione aderisce all'invito e il test risulta inadeguato	Il test inadeguato deve essere ripetuto subito, per questo viene rispedito altro invito di reclutamento.	▪ FARMACISTI ▪ LABORATORIO DI SANITÀ PUBBLICA ▪ SERVIZIO SCREENING
	La popolazione aderisce all'invito e il test risulta positivo	1. Le persone vengono contattate telefonicamente dal personale sanitario dello screening e si programma la pancolonsopia, prenotando nelle agende di screening degli Enti erogatori di prestazioni sanitarie. Viene seguito e monitorato il percorso di approfondimento fino al rientro in screening.	▪ FARMACISTI ▪ LABORATORIO DI SANITÀ PUBBLICA ▪ SERVIZIO SCREENING ▪ MEDICO DI MEDICINA GENERALE ▪ ENDOSCOPIA DIGESTIVA ▪ ANATOMIA PATOLOGICA
		2. Le persone vengono contattate dal personale sanitario, rifiutano l'approfondimento: viene spedita loro una raccomandata r/r che formalizza il rifiuto e vengono riprogrammati al test di screening dopo 2 anni. Viene avvisato il medico di medicina generale.	▪ FARMACISTI ▪ LABORATORIO DI SANITÀ PUBBLICA ▪ SERVIZIO SCREENING ▪ MEDICO DI MEDICINA GENERALE
	La popolazione non aderisce	1. Se la non adesione è riferita al mancato recapito dell'invito si fanno verifiche anagrafiche e si rispedisce al corretto indirizzo	▪ SERVIZIO SCREENING
		2. Se l'invito risulta recapitato, si inviano 1-2 lettere di sollecito. Periodicamente l'elenco dei non aderenti viene verificato dai medici di medicina generale che possono compiere azioni di promozione all'adesione e consultare le cartelle screening dei loro assistiti con le proprie credenziali di accesso al gestionale.	▪ SERVIZIO SCREENING ▪ MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Lo sapevi che...



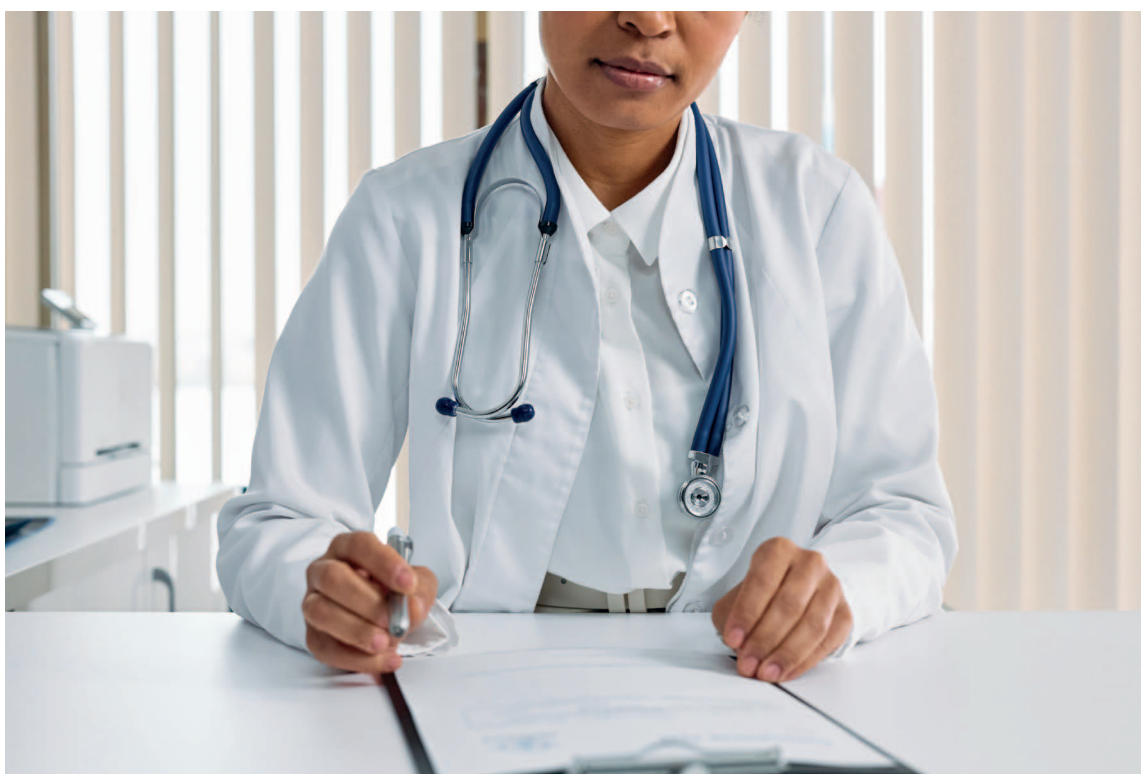
LO SAPEVI CHE...

Il test si effettua a persone che non presentano disturbi (**asintomatiche**)

Il test è completamente **gratuito**

È la **struttura sanitaria** che contatta l'utente tramite **lettera di invito** recapitata a casa

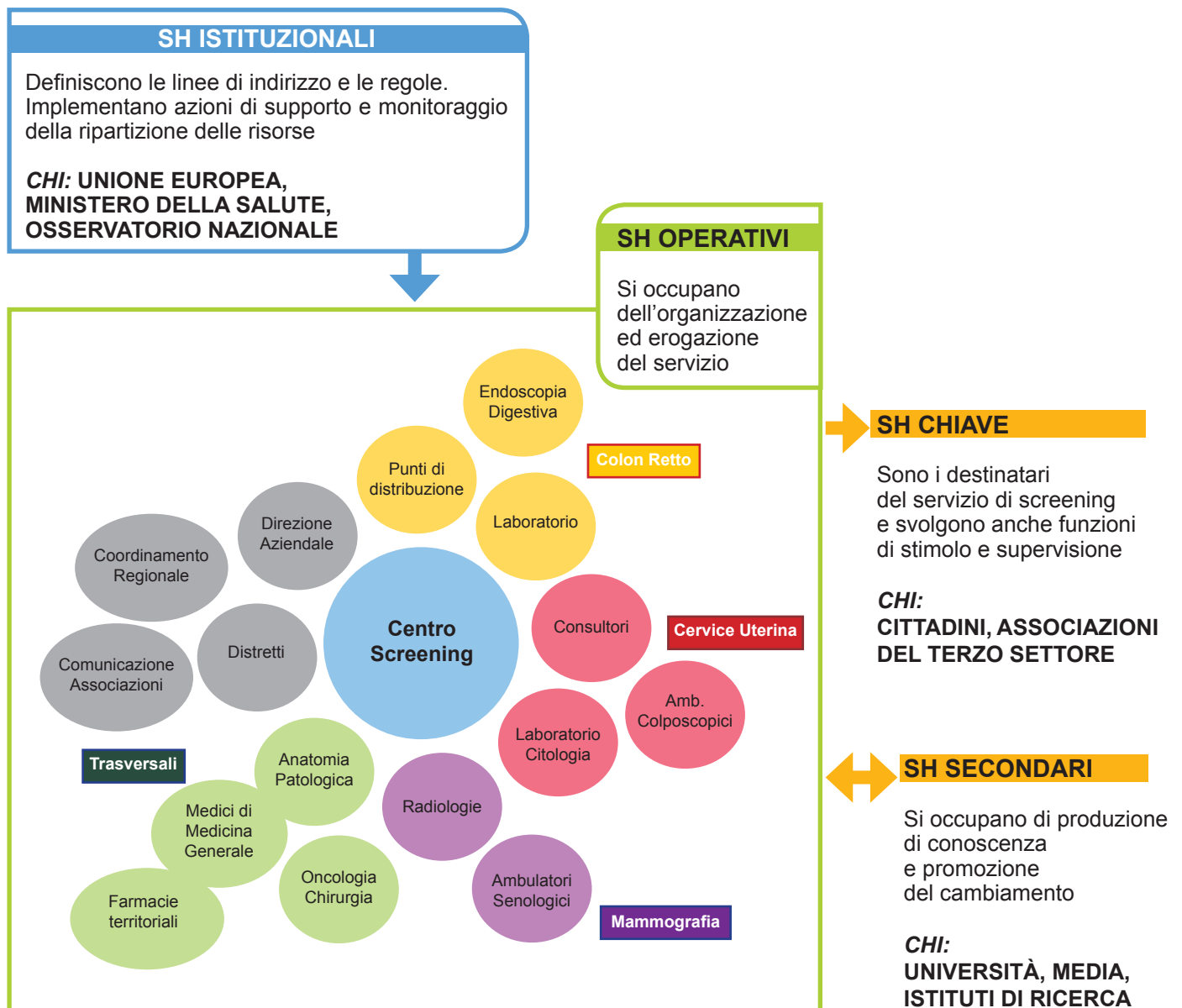
Il test consente di **rilevare lesioni pre-cancerose o stadi tumorali precoci**, in modo da intervenire tempestivamente con i trattamenti



1.6 GLI STAKEHOLDER

Di seguito sono presentati tutti i soggetti coinvolti - direttamente o indirettamente - nell'erogazione e gestione dei programmi di screening

Gli stakeholder



*L'Osservatorio Nazionale Screening - ONS è la rete nazionale dei Centri Screening a cui collaborano anche le seguenti Società Scientifiche:

- **GISMa** - Gruppo Italiano Screening Mammografico
- **GISCi** - Gruppo Italiano Screening del Cervicocarcinoma
- **GISCoR** - Gruppo Italiano Screening coloretale
- **FASO**: Federazione delle Associazioni degli Screening Oncologici

2. Organizzazione e risorse

2.1 IL MODELLO ORGANIZZATIVO REGIONALE

La Legge regionale n. 23/2015 - che ha ridisegnato il sistema sanitario lombardo creando le 8 ATS e le Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST) che incorporano la gestione delle Aziende Ospedaliere (Poli Ospedalieri Territoriali) e dei Presidi Socio Sanitari Territoriali - ha confermato il ruolo di *governance* dei programmi di screening organizzati in capo alle ATS, che svolgono le seguenti funzioni:

- invito e sensibilizzazione del cittadino,
- controllo del percorso fino alla diagnosi,
- erogazione: accoglienza del cittadino, realizzazione e rendicontazione delle prestazioni, realizzazione degli approfondimenti che possono essere effettuati dalle ASST o da altre strutture sanitarie contrattualizzate.

Le **Regole di esercizio** e gli **obiettivi aziendali di interesse regionale** sono gli strumenti di Regione Lombardia per individuare annualmente processi e azioni finalizzati all'incremento dei livelli di copertura della popolazione target e per puntare al miglioramento continuo di qualità ed appropriatezza dei programmi gestiti dalle ATS.

Nel 2021, la Regione Lombardia²¹ ha istituito il **Gruppo di lavoro multidisciplinare per il coordinamento regionale degli screening oncologici**, costituito da tutti i responsabili di screening delle ATS e da profili professionali che hanno un ruolo specifico nel percorso di screening, oltre che rappresentanti di società scientifiche specifiche di questo ambito.

2.2 IL MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE E RISORSE IMPIEGATE

Il personale di ATS Val Padana che si occupa della gestione dello screening coloretale appartiene alla Unità Operativa Semplice Programmi di Screening di Popolazione e al Laboratorio di Prevenzione di Agenzia.

Attualmente, l'Unità Operativa Programmi di Screening di Popolazione è costituita da un dirigente, un biologo con specialità in statistica medica ed epidemiologia, 2 amministrativi, 11 assistenti sanitarie e 1 logopedista. Il Servizio è organizzato in 2 sedi, quelle delle ex-ASL: una a Mantova (via dei Toscani, 1) e una a Cremona (via Belgardino, 14).

La UO impegna 3 assistenti sanitarie dedicate all'80% a questa linea di screening in provincia di Mantova, mentre per il resto del tempo partecipano alla turnazione per l'attività di sportello telefonico (numero verde) o ad altre attività di servizio. Il dirigente della UO è impegnato quota parte del tempo, circa il 30%, nel coordinamento e rendicontazione delle attività e nei rapporti con le farmacie e con gli ospedali pubblici e privati che hanno sottoscritto il contratto per effettuare le prestazioni di colonscopia.

Il Laboratorio di Prevenzione impegna 7 tecnici di laboratorio dedicati al 17% per accogliere e classificare i campioni pervenuti con i vettori farmaceutici, per la parte analitica, refertazione e trasmissione dati al programma gestionale dello screening. L'attività di supervisione e gestione delle procedure è in capo a due dirigenti che sono impegnati al 10% del loro tempo lavorativo.

Nelle diverse fasi dello screening, come è descritto nei capitoli precedenti, sono coinvolti i Farmacisti delle farmacie territoriali per la distribuzione dei kit per la ricerca del sangue occulto (tracciata informaticamente).

Altre risorse umane sono dedicate presso gli ospedali che effettuano sedute di screening in endoscopia, medici endoscopisti ed infermieri: per la provincia di Mantova sono impegnati 6 medici e 6 infermieri oltre alla segretaria per gli aspetti amministrativi per il 30% del loro tempo. È da sottolineare il fatto che l'impatto economico di queste figure sanitarie sullo screening viene valorizzato all'interno dei contratti che vengono stipulati tra la direzione degli ospedali e la direzione di ATS in ragione della numerosità e tipologia di prestazioni eseguite e del loro valore economico, stabilito secondo il tariffario delle prestazioni ambulatoriali.

21 - Con Decreto di Giunta regionale n° 17314.

2.3 LE RISORSE ECONOMICO-FINANZIARIE DEL PROGRAMMA

Nelle tabelle seguenti sono valorizzati i costi riguardanti l'attività svolta dal Servizio Screening e dal Laboratorio di Prevenzione di ATS Val Padana per lo screening coloretale in provincia di Mantova, per le tre annualità: 2018-2019-2020:

UO SERVIZIO SCREENING (€)	ANNO			
	2018	2019	2020	Totale
1. CONSUMI MATERIALE SANITARIO			22,82	22,82
2. CONSUMI MATERIALE NON SANITARIO	790,61	980,35	550,22	2.321,18
3. SERVIZI SANITARI	1.726,63	1.021,80	518,03	3.266,46
4. SERVIZI NON SANITARI	6.560,74	7.981,75	3.990,33	18.532,82
5. MANUTENZIONI	4.492,89	7.048,68	6.503,55	18.045,11
6. NOLEGGI	227,42	488,85	556,29	1.272,56
7.1 COSTI DIRIGENTI SANITARI	16.629,13	18.603,21	8.699,71	43.932,05
7.2 COSTI PERSONALE VIGILANZA E ISPEZIONE	90.264,06	100.979,51	59.412,17	250.655,73
7.3 COSTI PERSONALE AMMINISTRATIVO	7.105,50	7.949,01	8.723,87	23.778,38
7.4 AMMORTAMENTI	166,76	266,50	84,02	517,28
Totale per anno	127.963,73	145.319,65	89.061,01	362.344,38

LABORATORIO (€)	2018	2019	2020	Totale
1. CONSUMI MATERIALE SANITARIO	46.485,42	44.393,50	28.086,99	118.965,90
6. NOLEGGI ATTREZZATURE LABORATORIO	598,61	598,61	552,32	1.749,55
7. COSTO DEL PERSONALE	38.375,81	41.592,49	38.375,81	118.965,90
Totale per anno	85.459,84	86.584,60	67.015,11	239.681,35

Nella tabella seguente, la somma totale dei costi sostenuti da ATS per l'attività del servizio screening e del laboratorio sono sottratti alla valorizzazione dei test di screening prodotti: **dalla tabella emerge quanto i costi superino il valore dei test effettuati, per un totale di oltre 600 mila euro.**

VALORI TOTALI ANNUI (€)	ANNO			
	2018	2019	2020	Totale
Tabella 1: valorizzazione output attività (refertazione test per la ricerca del sangue occulto nelle feci)	130.742,21	149.754,04	86.076,27	366.572,52
Sintesi tabella costi servizio screening (a)	127.963,73	145.319,65	89.061,01	362.344,38
Sintesi tabella 3 costi laboratorio (b)	85.459,84	86.584,60	67.015,11	239.059,55
Totale costi (a)+(b)	213.423,57	231.904,25	156.076,12	967.976,46
Differenza tra costi e valore dell'attività prodotta	-82.681,36	-82.150,21	-69.999,85	-601.403,94

Nella tabella seguente, i costi sostenuti per l'attività di screening sono rapportati al numero di test eseguiti ogni anno: stante i costi fissi sostenuti ogni anno, si verifica come nell'anno della pandemia (2020) il costo unitario sia più alto del biennio precedente: 7,51 euro contro 6,40 euro del 2018 e 6,43 euro del 2019.

VOLUMI DI PRESTAZIONI	ANNO			
	2018	2019	2020	Totale
Nr Test sangue occulto nelle feci per provincia di Mantova	33.368	36.071	20.780	90.219
VALORI ANNUI PER SINGOLO TEST (€)	2018	ANNO 2019	2020	Totale
Valorizzazione unitaria output attività	3,92	4,15	4,14	4,06
Costi servizio screening	3,83	4,03	4,29	4,02
Costi laboratorio	2,56	2,40	3,22	2,65
Totale costi	6,40	6,43	7,51	6,67
Differenza tra costi e valore dell'attività per singolo test	-2,48	-2,28	-3,37	-2,61

Per quanto riguarda il costo dei casi di approfondimento di secondo livello, nella tabella seguente sono riportati il numero di colonscopie /anno e il numero di esami sitologici a seguito di prelievi effettuati (polipi, biopsie) durante l'esame. A seguire, la tabella di valorizzazione economica delle prestazioni, secondo il nomenclatore tariffario regionale per le prestazioni ambulatoriali. Rapportando il costo totale di approfondimento con il numero di persone che hanno aderito allo screening, si calcola il costo aggiuntivo per gli approfondimenti.

ATTIVITÀ DI SECONDO LIVELLO	2018	2019	2020	Totale
Nr soggetti sottoposti ad approfondimento	1.889	1.859	1.182	4.328
Nr colonscopie	1.889	1.859	1.182	4.328
Nr esami istologici	620	997	420	2.037
VALORIZZAZIONE ATTIVITÀ DI SECONDO LIVELLO (€)	2018	2019	2020	Totale
Costo per colonscopie*	€ 169.509	€ 168.665,32	€ 103.375,65	€ 441.549,97
Costo per esami istologici*	€ 9.703,0	€ 15.603,05	€ 6.573,0	€ 31.879,05
Totale costo approfondimento	€ 179.212,0	€ 184.268,37	€ 109.948,65	€ 473.429,02
VALORE ANNUO DEL SECONDO LIVELLO ATTRIBUITO AL SINGOLO SOGGETTO CHE ESEGUE IL TEST	€ 5,37	€ 5,11	€ 6,69	€ 5,25

* Nomenclatore Tariffario - Regione Lombardia, scaricabile <https://www.regione.lombardia.it>

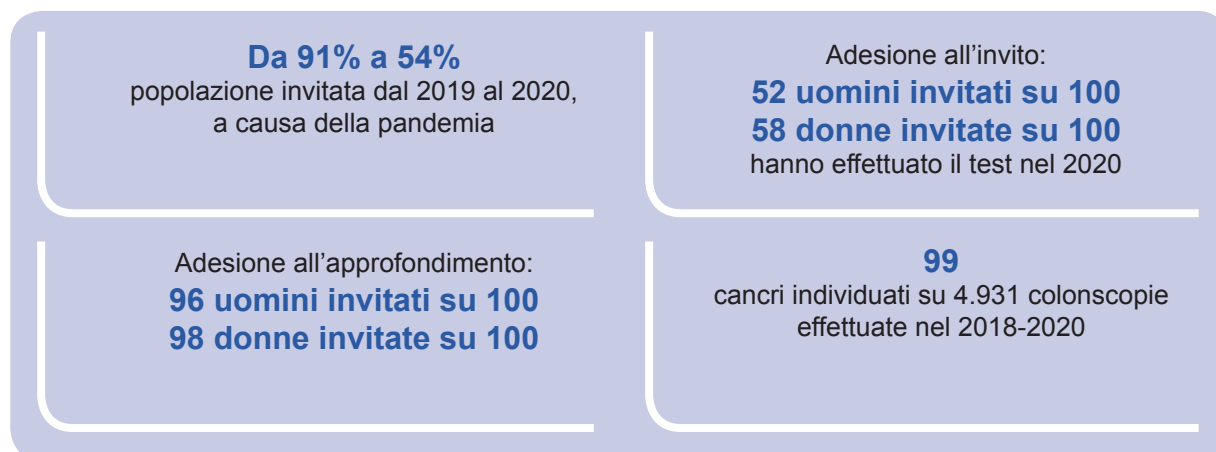
Nella tabella che segue sono sommati, per ogni anno e per ogni soggetto aderente allo screening, i costi sostenuti per il primo ed il secondo livello. Il valore calcolato sul triennio corrisponde a 11,92 euro per ogni soggetto aderente allo screening.

VALORIZZAZIONE PER SINGOLO SOGGETTO ADERENTE ALLO SCREENING (€)	2018	2019	2020	Totale
COSTI TEST PRIMO LIVELLO	€ 6,40	€ 6,43	€ 7,51	€ 6,67
COSTI APPROFONDIMENTI	€ 5,37	€ 5,11	€ 6,69	€ 5,25
TOTALE COSTO PER SOGGETTO SCREENATO	€ 11,77	€ 11,54	€ 14,20	€ 11,92

3. Obiettivi, attività e risultati

In questa sezione si presentano, per ciascuna fase del programma di screening, obiettivi, attività e risultati ottenuti, misurati sulla base degli indicatori previsti dagli standard di riferimento²². La sezione presenta, inoltre, un focus dedicato agli impatti del Covid e illustra gli obiettivi di miglioramento.

I numeri del 2020



3.1 SELEZIONE DELLA POPOLAZIONE E INVITO

Nel corso del triennio considerato (2018-2020) la popolazione target dello screening che ha ricevuto un invito per effettuare il test è così distribuita:

Anno di screening	Popolazione residente a Mantova fascia d'età bersaglio (50-74 ANNI) Maschi e femmine	Popolazione bersaglio ANNUA Maschi e femmine N° femmine invitate nell'anno N° maschi invitati nell'anno			Estensione*
2018	134.057	67.030	35.504	34.248	104
2019	138.769	69.385	32.163	31.025	91
2020	140.058	70.029	19.184	18.505	54

*Estensione = (invitati - inesitati) / (popolazione bersaglio annua) * 100

La popolazione bersaglio, nel corso del triennio, è aumentata e di conseguenza è aumentata la popolazione bersaglio annua da invitare al test. Di contro, si verifica una progressiva riduzione di capacità di reclutamento della popolazione bersaglio, che viene misurata dall'indicatore di seguito rappresentato: l'estensione degli inviti. Tale indicatore, che nel 2018 misurava il fatto che si era chiamato il 4% in più della popolazione, ha avuto un vero e proprio crollo nel 2020, anno in cui, a causa della pandemia, l'attività di screening è stata sospesa per oltre 5 mesi;

22 - Indicatori di qualità per la valutazione dei programmi di screening per i tumori colorettali: manuale operativo, EpidemiolPrev. 2007; 31 (1 Suppl): 1-56.

quando gli inviti sono ripresi, verso la fine di giugno 2020, si è dovuto fare i conti con una disponibilità limitata delle endoscopie ad eseguire gli approfondimenti, stante il recupero della coda di attività sui casi positivi dei 5 mesi di blocco e stante le norme di distanziamento e il diverso utilizzo degli spazi ospedalieri per emergenza sanitaria in corso. Non disponendo appieno degli accertamenti in caso di positività, si sono ridotti gli inviti per eseguire il test di primo livello.

Fase	Indicatore	Significato	Standard accettabile	Standard desiderabile	2018	2019	2020
Reclutamento della popolazione	Estensione degli inviti	Raggiungere 100% popolazione obiettivo	>80%	>90%	104%	91%	54%

Obiettivo di miglioramento

Il recupero della estensione degli inviti comporta di rinegoziare le agende per l'attività delle endoscopie, allo scopo di ottenere un aumento di posti/settimana. La disponibilità di esami di approfondimento consente l'incremento annuo degli inviti ed il recupero delle situazioni in cui il cittadino non abbia ricevuto l'invito nel corso del biennio di round di screening.

A seguito degli inviti spediti, la tabella di seguito riportano l'adesione e l'esecuzione del test. Le tabelle sono suddivise per anno di screening e per genere.

Anno di screening	Maschi			Femmine		
	INVITATI	ADERENTI	% ADESIONE	INVITATE	ADERENTI	% ADESIONE
2018	34.248	15.349	45%	35.504	18.019	51%
2019	31.025	16.233	52%	32.163	19.839	62%
2020	18.505	9.559	52%	19.184	11.221	58%

L'adesione delle donne all'offerta di screening è nettamente superiore per le donne, che già all'età di ingresso nello screening, 50 anni, conoscono da molti anni lo screening per il cervicocarcinoma e per il tumore della mammella. L'atteggiamento favorevole delle donne nei confronti degli screening è un volano che può essere sfruttato anche per convincere la popolazione maschile ad aderire.

3.2 PRIMO LIVELLO

È esperienza comune per chi si occupa di screening verificare che le donne si rechino in farmacia con l'invito del marito, del padre o del fratello per ritirare il kit e favorire così l'adesione anche della componente maschile della famiglia. Nell'anno della pandemia, 2020, è più significativa la riduzione dell'attività di screening (l'estensione degli inviti è praticamente dimezzata) che non l'orientamento ad effettuare il test: è da rilevare tuttavia che gli inviti, nel 2020, hanno riguardato quasi totalmente la popolazione che era in programma di invitare, sulla scorta del test di due anni prima, per cui si tratta di popolazione fidelizzata allo screening e questo giustifica la stabilità del tasso di adesione nonostante l'emergenza sanitaria.

Fase	Indicatore	Significato	Standard accettabile	Standard desiderabile	2018	2019	2020
Esecuzione del test di primo livello	Adesione agli inviti	Valutare quanti soggetti eseguono il test a seguito di invito	>45%	>65%	45% M 51% F	52% M 52% F	52%M 58% F

Obiettivo di miglioramento

L'indicatore ci serve non solo a verificare l'adesione ma a concentrarsi sulla NON adesione, sulla popolazione, cioè, che non si avvale dei benefici sanitari legati allo screening. Campagne informative sviluppate sui social network oltre che sui siti delle ATS e delle ASST devono puntare ad aumentare l'indicatore, per favorire l'efficacia di questo screening. Altro elemento che influisce sul tasso di adesione è la qualità dell'anagrafe assistiti: una quota variabile di inviti, tra il 3-5% non raggiunge la destinazione per errori anagrafici che i Centri Screening non possono modificare.

È necessario prevedere una clausola contrattuale con Poste Italiane affinché vengano restituiti al mittente tutti gli inviti inesitati, in modo da individuare il soggetto ed attivare quanto necessario per ripristinare la situazione della scheda screening.



3.2 SECONDO LIVELLO

Positività del test e adesione alla colonscopia

L'esito del test è lo snodo decisionale dello screening che distingue tra i test negativi e quelli positivi che comportano l'invio al secondo livello diagnostico dello screening per la verifica del risultato. La percentuale di soggetti con test positivo e la percentuale di adesione all'approfondimento sono importanti indicatori di processo clinico. Perdere soggetti al secondo livello di screening significa vanificare tutto il percorso di salute e di prevenzione intrapreso e pone la difficoltà di procedere con le azioni seguenti in screening.

Anni Screening	Maschi				Femmine			
	Positivi al test	% Positività sugli screenati	Colonscopie eseguite	% adesione alla colonscopia	Positivi al test	% Positività sulle screenate	Colonscopie eseguite	% adesione alla colonscopia
2018	1.151	7,5%	1.105	96%	864	4,8%	784	91%
2019	1.185	7,3%	1.014	86%	972	4,9%	845	87%
2020	669	7,0%	645	96%	550	4,9%	537	98%

Fase	Indicatore	Significato	Standard accettabile	Standard desiderabile	2018	2019	2020
Secondo livello	Tasso di positività	Individuazione dei casi positivi da inviare ad accertamento	<6%	<5%	7,5% M 4,8% F	7,3% M 4,9% F	7,0% M 4,9% F
	Tasso di adesione all'approfondimento	Valutazione della compliance agli esami di approfondimento per verifica della positività al test	>85%	>90%	96% M 91% F	86% M 87% F	96% M 98% F

Obiettivo di miglioramento

Il rifiuto alla colonscopia va indagato per valutare la possibilità di rinnovare campagne di sensibilizzazione allo screening che favoriscano il completamento dell'iter diagnostico, per ottenere la riduzione del rischio di patologia. Il Centro Screening si può avvalere della collaborazione con il medico di medicina generale durante l'opera di convincimento, anche perché frequentemente chi rifiuta la colonscopia di screening cerca poi di eseguire l'esame in regime ambulatoriale con impegnativa del medico o privatamente: in questi casi, oltre alla notifica con raccomandata R/R di rifiuto all'approfondimento (da tenere agli atti, ad ogni conseguente effetto), è raccomandato che il Centro Screening riesca ad ottenere l'esito degli accertamenti, allo scopo di aggiornare la cartella di screening con le evidenze documentali e procedere all'azione programmatica successiva.

Risultati alla colonscopia e percorso di sorveglianza endoscopica

Nella tabella seguente sono rappresentati i principali risultati di patologia individuata, a seguito dell'esecuzione della colonscopia. La tabella è suddivisa per genere, per esito dell'esame di approfondimento e per anno:

Anni screening	Maschi				Femmine			
	Negativo (*)	Adenoma a basso rischio (*)	Adenoma a rischio medio/alto (**)	Carcinoma (***)	Negativo (*)	Adenoma a basso rischio (*)	Adenoma a rischio medio/alto (**)	Carcinoma (***)
2018	580	243	256	26	495	138	138	13
2019	512	221	267	24	529	147	148	17
2020	381	107	141	12	366	84	79	7

(*) Rientra in screening dopo 5 anni con test per la ricerca del sangue occulto nelle feci.

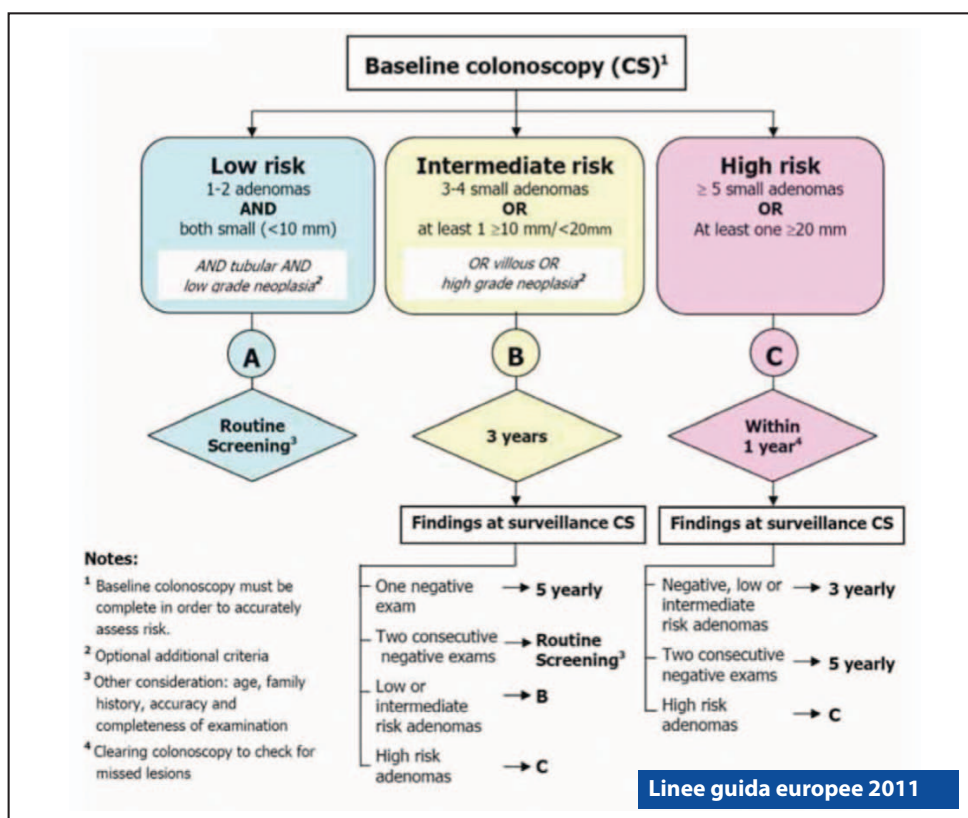
(**) Entra in un percorso di follow-up con programmazione di colonscopie di sorveglianza.

(***) Esce dal programma di screening per percorso clinico oncologico.

Complessivamente, nei 3 anni di screening considerati, la popolazione che si è sottoposta alla colonscopia di accertamento è così distribuita: il 77% rientra in screening (58,1%+19,1%), circa il 21% entra in un percorso di follow-up, il 2% entra in un percorso clinico oncologico.

Esiti colonscopia	Esito negativo	Basso rischio	Intermedio/ alto rischio	Carcinoma	Totale
Numerosità	2.863	940	1.029	99	4.931
% sul totale colonscopie	58,1%	19,1%	20,9%	2,0%	100%

La stratificazione del rischio consente di ridurre il numero di procedure non necessarie e quindi i carichi di lavoro ed i costi nonché il numero di complicanze, garantendo nello stesso tempo la maggiore protezione per i soggetti a più alto rischio.



- Le colonscopie con **esito negativo** per patologia comportano un rientro nel programma di screening con ripetizione del test di primo livello dopo 5 anni
- **Basso rischio:** pazienti con uno o due adenomi ed entrambi < 10 mm, a cui viene programmato un rientro nel programma di screening con ripetizione del test di primo livello dopo 5 anni
- **Rischio intermedio:** pazienti con tre o quattro adenomi o almeno un adenoma ≥ 10 mm e < 20 mm (o polipi < 10 mm con componente villosa o displasia di alto grado), viene programmato un percorso di sorveglianza endoscopica con appuntamento per colonscopia a tre anni
- **Alto rischio:** pazienti con 5 o più adenomi o un adenoma ≥ 20 mm), viene programmato un percorso di sorveglianza endoscopica con appuntamento per colonscopia a 1 anno (Linee Guida Europee, 2011)
- Le colonscopie che hanno permesso l'individuazione di un **carcinoma** in fase asintomatica consentono interventi non invasivi e prognosi favorevoli.

Fasi	Obiettivi strategici	Indicatore	Standard	2018	2019	2020
Identificazione del rischio di tumore nella popolazione inviata ad approfondimento	Monitorare la patologia oncologica individuata in fase precoce	Tasso di identificazione carcinoma	>2‰ primi esami			
			>1‰ Successivi	0,9‰	0,7‰	0,8%
	Monitorare l'efficacia di diagnosi precoci	Tasso di dell'adenoma avanzato	>7,5 % primi esami	6,3‰	6,1%	5,6%
			>5,0‰esami successivi	4,8%	4,4%	4,7%

Obiettivo di miglioramento

Il percorso di sorveglianza endoscopica rappresenta un importante risultato di sanità pubblica, poiché consente di offrire ai cittadini prestazioni programmate secondo scadenze che garantiscono il controllo del maggior rischio rispetto alla popolazione normale. Tuttavia, non sempre i programmi riescono ad avere adeguata disponibilità di agenda presso le endoscopie, spesso oberate dalla routine ambulatoriale e non sempre i cittadini aderiscono all'appuntamento prefissato. Si rende necessario sostenere questi percorsi personalizzati e valutare, con la comunità scientifica, percorsi di sorveglianza tali da ottimizzare al massimo l'impiego della colonscopia in modo da liberare risorse ed aumentare il numero dei sorvegliati a parità di esami programmati.

Tempi di attesa in screening

I tempi di attesa per ricevere le comunicazioni di risultato del test di primo livello o per eseguire la colonscopia dopo una positività contribuiscono a valutare l'efficienza organizzativa del programma di screening. Lo screening risulta efficace se, dopo l'effettuazione del test, si garantisce l'adesione all'intero processo diagnostico-terapeutico, condizione essenziale per poter modificare la storia naturale della malattia. Anche se non si tratta di interventi con carattere di urgenza, l'esito dei test di screening non dovrebbe superare le 3-4 settimane, nel caso della negatività. Il percorso previsto per la comunicazione di una positività si diversifica anche nello strumento: la comunicazione è telefonica, non cartacea. In questo senso l'intero ciclo di passaggi esecuzione test-refertazione positività- comunicazione positività-prenotazione colonscopia non deve superare il mese.

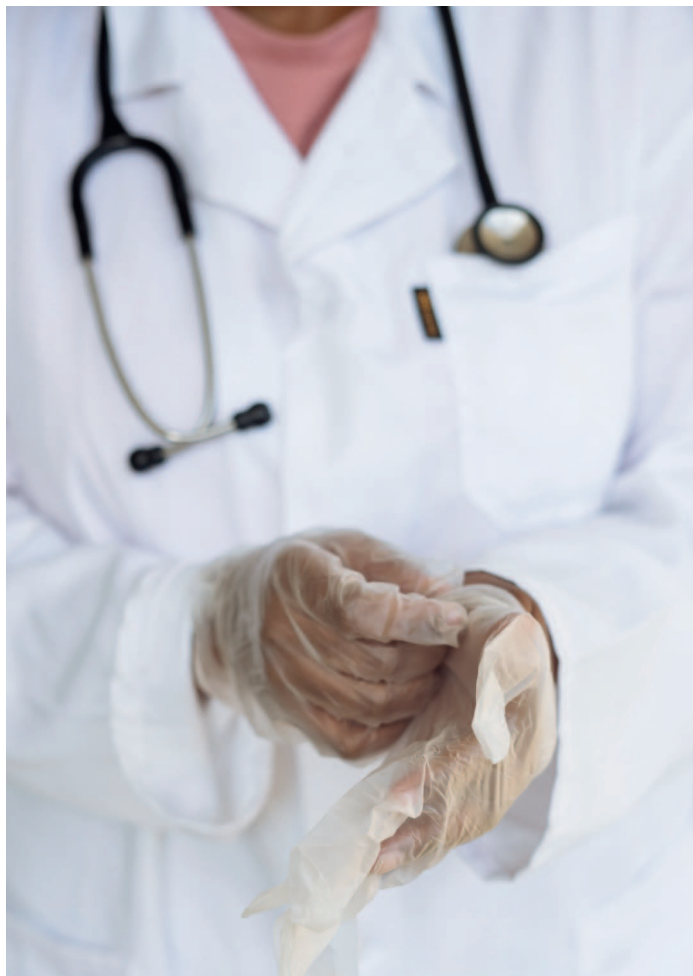
Fase	Indicatore	Significato	Standard accettabile	Standard desiderabile	2018	2019	2020
Tempi di attesa	Tempo tra la riconsegna del kit e l'esito di negatività	Valuta l'efficienza del programma. Serve a ridurre ansia e stato di discomfort al cittadino.	>90 % entro 21 giorni	>90% entro 15 giorni	99 entro 21 gg	98% entro 21 gg	97% entro 21gg
	Tempo tra la data positività ed esecuzione colonscopia	Valutare l'efficienza del programma nel pianificare l'espletamento delle procedure diagnostiche nel più breve tempo possibile.	>90% entro 30 giorni	>95% entro 30 giorni	34%	36%	38,8%

Obiettivo di miglioramento

Negli ultimi anni si è assistito ad un aumento dei tempi di presa in carico del percorso di approfondimento diagnostico. Anche se studi internazionali hanno dimostrato che la colonscopia di screening può essere effettuata entro sei mesi dal test positivo senza modifica della prognosi, è nella pratica quotidiana riscontrare ansia e preoccupazione nei giorni in cui si attende il risultato del test e i tempi di comunicazione devono essere i più brevi possibili. Investire nel rapporto con il cittadino e cercare le condizioni per un buon servizio pubblico farà guadagnare fidelizzazione al programma.

La richiesta di aumentare la capienza di agenda per le colonscopie di screening presso le endoscopie rappresenta un obiettivo che va nel verso di migliorare il servizio per i cittadini virtuosi che aderiscono allo screening. Tuttavia, per razionalizzare il carico delle endoscopie, è raccomandato il controllo dell'appropriatezza prescrittiva della colonscopia e la possibilità di riorientare i controlli endoscopici inappropriati verso l'adesione al programma e al protocollo di screening.

3.4 SCREENING DURANTE L'EMERGENZA COVID-19



L'emergenza sanitaria ha imposto una drastica modifica delle attività routinarie delle strutture sanitarie e sociosanitarie del Sistema Lombardo e molte delle attività peculiari dei Dipartimenti di Prevenzione sono state in parte, o in toto, sospese per liberare risorse necessarie a contrastare l'emergenza. Entrando nel merito delle attività in oggetto, in quel periodo sono state messe in atto diverse azioni, di seguito brevemente sintetizzate:

- Sono state individuate le forze lavoro per le attività essenziali (indagini epidemiologiche, sorveglianze, prenotazioni dei tamponi...) e tra queste sono state inserite le Assistenti Sanitarie dedicate agli screening, viste le loro competenze ed attitudini nel gestire tematiche sanitarie attraverso la comunicazione telefonica ed anche alla luce dell'impatto immediato che l'emergenza avrebbe avuto sulle attività stesse di screening.
- Per differire le prestazioni di screening di primo livello in tempi rapidi, in modo da evitare accessi alle strutture sanitarie, è stato inviato un messaggio telefonico a tutte le persone che avevano ricevuto, o stavano per ricevere, un invito ad effettuare una prestazione di screening. È stato registrato un messaggio ad hoc sul numero verde 800 584850 dedicato allo screening, lasciando comunque una linea sempre attiva dalle 8.30 alle 12.30 e gestita da un amministrativo della UO Screening in smartworking.
- Sono stati mantenuti costanti rapporti con le strutture erogatrici a contratto per le attività di screening in modo che alla dismissione delle attività e al loro differimento, nei diversi ambiti territoriali di ATS e nelle diverse linee di screening, corrispondesse la coerenza comunicativa da parte del numero verde e dei lotti di sms di volta in volta spediti.
- Si è verificato che gli approfondimenti di secondo livello per le tre linee di screening fossero completati, per quanto fosse nelle possibilità delle strutture sanitarie che sono state diversamente coinvolte dall'emergenza sanitaria, in modo da avere continuamente sotto controllo i nominativi delle persone che eventualmente sarebbero state da richiamare per completare l'iter, non appena si fossero ristabilite le minime condizioni di sicurezza.

Dopo il 4 maggio 2020 il Paese si predispondeva per la cosiddetta "fase 2 dell'emergenza Covid" in virtù della flessione favorevole dei dati epidemiologici della pandemia. Nella nota di Regione Lombardia²³ si legge *"lo scenario epidemiologico ha avuto impatti differenti nelle diverse province [...] Nel breve periodo si autorizzano le strutture a programmare un aumento graduale dell'attività, compatibilmente alle risorse disponibili, alla capacità ricettiva dell'ospedale [...] al contempo si ritiene necessario procedere ad una graduale riapertura dell'attività ambulatoriale con modalità organizzative da assicurare una presenza contemporanea di un numero limitato di persone in area attesa"*. Per questo motivo, verso la seconda metà di maggio 2020, sono stati avviati diversi contatti informali con le strutture erogatrici a contratto per verificare, con alcune di esse, la possibilità di cominciare a recuperare le posizioni

23 - Prot. 2020.0017764 del 21/04/2020: Ulteriori indicazioni in merito all'attività di ricovero e ambulatoriale.

di screening rimaste in sospeso nel periodo dell'emergenza, con estrema cautela e nel rispetto dei protocolli di sicurezza adottati per le prestazioni a livello ambulatoriale. In particolare, si è programmato di completare i percorsi di approfondimento dei soggetti che avevano riconsegnato i kit in farmacia prima dell'interruzione del servizio di Federfarma.

Nel settembre 2020 è stato possibile riprendere il reclutamento della popolazione, ma si è reso necessario un contatto telefonico personalizzato con i cittadini utenti, sia per poter gestire con precisione il loro accesso alle strutture, evitando ogni possibilità di assembramento nelle sale attese, sia per poter somministrare il questionario Covid in vigore presso le Aziende Ospedaliere ed agevolare l'acquisizione della firma per accettazione al momento della prestazione. Confrontando l'attività svolta nell'anno della pandemia con l'attività dell'anno precedente, è possibile calcolare le mancate diagnosi di tumore precocemente diagnosticato.

Linea di screening	Test di 1° LIVELLO eseguiti nel 2019	Test di 1° LIVELLO Eseguiti nel 2020	% di attività rispetto al 2019	Stima dei casi di tumore non diagnosticati precocemente in screening
COLORETTALE	36.071	20.780	57%	16 (**)

(**) *Detection rate stimato (per primo test e test successivo) per tumore del colon retto = 1×1.000 persone non screenate.*

È stata verificata la possibilità di reintegrare fino a 5 unità di Personale (Assistenti Sanitarie) della UO Programmi di Screening di Popolazione di ATS da dedicare a questi contatti, in modo da mantenere costante allineamento con il personale delle Aziende Erogatrici sull'andamento delle attività.

Le modifiche organizzative, di merito e di metodo, che il Covid ha imposto (e che tuttora sono in qualche misura ancora attive) per gestire le attività di screening avranno un forte impatto sull'incidenza e sullo stadio alla diagnosi dei tumori organo specifici e, a cascata, sugli indicatori epidemiologici di valutazione.

3.5 OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO

L'attività di programmazione e valutazione dei programmi di screening è un'attività in continuo divenire e questa condizione è indispensabile per poter mantenere allineata l'organizzazione dell'offerta con il cambio degli scenari e delle necessità. Diversi sono gli obiettivi di miglioramento per il medio periodo:

Obiettivo di miglioramento	Fase dello screening	Azioni
Aumentare l'adesione	Reclutamento al primo e al secondo livello di screening	Alla comunicazione cartacea, tipica dei modelli di screening, deve affiancarsi un nuovo approccio di utilizzo dei social network, della messaggistica telefonica, un continuo aggiornamento di materiali e dati sulla homepage di ATS. Il cittadino deve poter gestire in prima persona i propri appuntamenti di screening: con chiavi di accesso deve poter spostare od annullare gli inviti che riceve da ATS. Caratterizzare e mappare i non aderenti al fine di applicare la miglior strategia per aumentare il tasso di adesione. Necessaria una maggiore sinergia con medici di medicina generale, che devono accedere alle schede screening dei propri assistiti per interagire nella programmazione degli appuntamenti, anche in tempo reale con l'assistito in ambulatorio.
Migliorare la comunicazione	Relazione con i cittadini utenti	La comunicazione al cittadino rispetto allo screening si risolve con una lettera di invito accompagnata da una serie di FAQ. Sono da approfondire i rischi ed i benefici dello screening per arrivare ad una adesione o ad un rifiuto consapevole da parte del cittadino. Necessario sviluppare area dedicata agli screening sul portale di ATS in cui trattare per esteso gli argomenti.
Aumentare la capacità di monitorare il percorso	Analisi periodica dei dati raccolti	Gli aspetti organizzativi e gestionali spesso assorbono molte risorse e resta poco tempo per le fasi di monitoraggio dei dati. Da rivedere, specie dopo l'emergenza Covid, la distribuzione dei carichi di lavoro nel servizio, per liberare risorse da allocare allo studio degli indicatori, anche con il supporto metodologico dell'osservatorio epidemiologico.
Ridurre la quota di campioni inadeguati	Fase analitica del kit	Circa il 2,5% dei kit viene classificato inadeguato e ne comporta la ripetizione. Necessario condividere con i farmacisti titolari i casi di inadeguatezza e di non conformità per ridurli al minimo.
Informatizzare la raccolta dei dati di endoscopia	Secondo livello diagnostico	Dotare i servizi di endoscopia di postazione dedicata alla refertazione elettronica della colonscopia e programmazione successivo controllo in screening.
Razionalizzare il percorso di sorveglianza endoscopica	Sorveglianza endoscopica	Rivalutare i percorsi di sorveglianza per gli adenomi ad alto rischio e rischio intermedio per ottimizzare le colonscopie di follow-up e ridurre le inappropriatezze prescrittive.

L'esperienza metodologica di questa fase prototipale del bilancio sociale, applicato in questo progetto CCM allo screening coloretale nell'ambito del territorio mantovano di ATS Val Padana, verrà esteso nel 2023 a tutto il territorio di ATS, comprendendo quindi anche la provincia di Cremona e sarà il modello da applicare alle altre due linee di screening, per i tumori della mammella e della cervice uterina.

