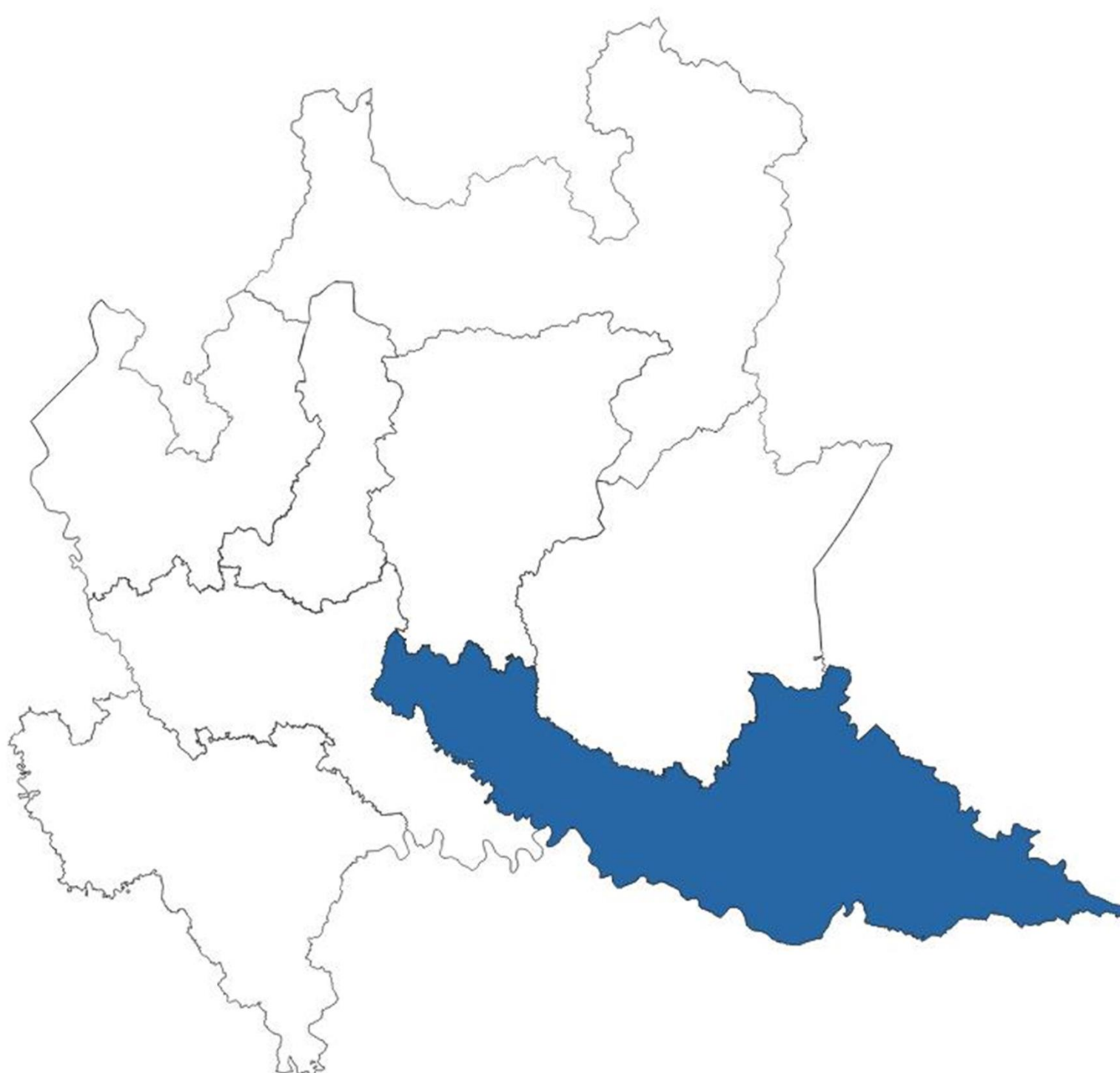


IL BILANCIO SOCIALE DELLO SCREENING COLORETTALE 2021-2024



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Val Padana

Un percorso di prevenzione per la salute

INDICE

Presentazione aziendale.....3

Guida alla lettura.....4

1. IDENTITÀ

1.1 I programmi di screening oncologico organizzato.....5

1.2 La SS Programmi di Screening di Popolazione di ATS Val Padana.....8

1.3 Il contesto epidemiologico e sanitario.....9

1.4 Lo screening del tumore coloretale.....17

1.5 Il percorso di screening e i suoi attori.....20

2. ORGANIZZAZIONE E RISORSE

2.1Il modello organizzativo aziendale e risorse umane
impiegate.....25

2.2 Le risorse economico-finanziarie destinate al programma.....25

3 OBIETTIVI, ATTIVITÀ E RISULTATI

3.1 Selezione della popolazione e invito.....28

3.2 Primo livello di screening29

3.3 Secondo livello di screening29

3.4 Obiettivi di miglioramento e Ricerca.....33

PRESENTAZIONE AZIENDALE

Il Bilancio Sociale applicato all'attività riguardante i programmi di screening oncologici 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 per condividere gli obiettivi, l'impiego delle risorse, le attività realizzate e i risultati raggiunti, mettendo in luce i successi ma anche le criticità che sono emerse lungo il percorso. Il documento che ATS Val Padana presenta è stato strutturato seguendo le "Linee guida per la rendicontazione sociale dei programmi di screening" consultabili sul sito dell'ONS (<https://www.osservatorionazionale screening.it/content/linee-guida-della-rendicontazione-sociale>). Documenti ministeriali, quali il DPCM del 12/01/2017 e le disposizioni del DM 02/08/2019 prevedono che lo sviluppo e la diffusione della rendicontazione sociale nei programmi di screening organizzato rientrino nei piani organizzativi regionali e nazionali. Coerentemente, Regione Lombardia, nella DGR n. XII/3720 del 30/12/2024, ha indicato alle ATS di elaborare un bilancio sociale per ogni linea di screening oncologico: questo primo documento riguarda lo screening per la prevenzione e diagnosi precoce dei tumori coloretali, seguiranno in successione temporale gli altri due riguardanti lo screening per la diagnosi precoce dei tumori della mammella e per la prevenzione dei tumori della cervice uterina. ATS Val Padana ha già avuto esperienza in questo ambito, avendo partecipato ad una sperimentazione coordinata da ISPRO tra il 2020 e il 2022 (Programma CCM 2019), il documento elaborato è disponibile sul sito dell'ONS e sul sito di ATS Val Padana (<https://www.ats-valpadana.it/screening-prevenzione-tumore-colon-retto>). Questa nuova edizione del bilancio sociale dedicato allo screening coloretale valuta un periodo temporale più esteso e più recente della precedente sperimentazione, ma rimane intatta la volontà di sviluppare processi e strumenti di rendicontazione e comunicazione trasparenti, credibili e verificabili in grado di restituire ai diversi stakeholder il senso e il valore del lavoro svolto, con un occhio di riguardo nei confronti dei cittadini utenti dell'offerta pubblica di prevenzione. La Direzione Strategica di ATS Val Padana augura una buona lettura.

GUIDA ALLA LETTURA

BILANCIO SOCIALE: STESURA E CONTENUTI

Cos'è un bilancio sociale?

Il Bilancio Sociale è un documento con cui un'organizzazione spiega, in modo chiaro e trasparente, cosa viene fatto, come vengono utilizzate le risorse economiche e umane e quali risultati vengono ottenuti.

Perché è importante per i cittadini?

Perché consente di:

- Sapere come funzionano i programmi di screening.
- Capire perché e come sono efficaci nel proteggere la vostra salute.
- Decidere in maniera informata se partecipare o meno allo screening.

Perché è importante per l'organizzazione?

- Redatto sulla base del metodo Reife, rendersi conto per rendere conto.®
- Permette all'organizzazione di avere un confronto con i destinatari dell'attività
- Contribuisce a migliorare i percorsi basando eventuali interventi sulle esigenze della comunità

In linea con le Linee guida nazionali, il Bilancio sociale è composto da tre 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 di ATS Val Padana, fornisce informazioni sulle risorse umane ed economico-finanziarie assorbite.



3. Obiettivi, attività e risultati:

Presenta obiettivi, attività e risultati. Valuta i processi e gli esiti tramite degli indicatori di cui conosciamo gli standard di riferimento.

1.1 I programmi di screening oncologico organizzato

I programmi di screening oncologico di popolazione sono interventi di sanità pubblica nei quali il sistema sanitario offre attivamente, **gratuitamente** e sistematicamente un percorso organizzato di prevenzione secondaria, finalizzato quindi alla diagnosi precoce di una patologia.

L'obiettivo principale dei programmi di screening è quello di ridurre la mortalità per tumore attraverso la diagnosi precoce; in alcuni casi, inoltre, consentono di ridurre anche l'incidenza, cioè la frequenza, della malattia, identificando e trattando precocemente lesioni a rischio di trasformazione maligna.

Per raggiungere tali obiettivi i programmi di screening vengono strettamente monitorati, 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 rientrano nei Livelli Essenziale di Assistenza (LEA) come attività di Prevenzione collettiva e sanità pubblica 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.



Lo screening mammografico ha ridotto del 25% la mortalità per tumore al seno negli ultimi 10-20 anni.



Il tumore al colon-retto è il terzo tumore più frequente negli uomini e il 2° nelle donne. Nonostante l'aumento dei casi dagli anni '80, la mortalità è in lieve calo.



Lo screening citologico con pap-test e la vaccinazione HPV hanno ridotto la mortalità per tumore del collo dell'utero di oltre il 50% negli ultimi 20 anni, soprattutto tra le giovani donne.

1.1.1 I programmi di screening oncologico organizzati in Regione Lombardia

L'offerta di screening in Regione Lombardia è estesa ad una fascia di cittadini più ampia rispetto a quanto previsto dai LEA, i Livelli Essenziali di assistenza stabiliti dal Ministero della Salute. Nello specifico, lo screening mammografico è offerto a partire dai 45 anni con mammografia annuale e successivamente biennale dai 50 fino ai 74 anni compiuti (i LEA prevedono 50-69 anni).

Lo screening del tumore del colon-retto è invece offerto dai 50 fino ai 74 anni compiuti (LEA 50-69 anni), tramite ricerca del sangue occulto fecale.

Lo screening della cervice uterina, infine, è previsto a livello regionale e nazionale dai 25 ai 64 anni. Dai 25 ai 29 anni viene offerto con cadenza triennale il Pap test, mentre dopo i 30 anni la donna viene invitata a HPV test ogni 5 anni.

A partire da novembre 2024, in Regione Lombardia è stato introdotto anche lo screening del tumore della prostata, nella prima fase rivolto ai 50enni ma con la prospettiva di essere esteso alla fascia 50 – 69 anni.

Le priorità dei programmi di screening:



1. Universalità e copertura della popolazione:

il programma di screening invita tutta la popolazione avente diritto secondo l'intervallo di tempo specifico per ogni percorso.



5. Qualità e sicurezza delle prestazioni e del percorso nel suo complesso:

utilizzo di test validati, formazione continua dei professionisti, creazione di una rete diffusa di servizi, rigorosa osservanza degli standard di qualità di riferimento.



2. Facilitazione ed equità di accesso e di cura:

gestione attiva dell'invito sia al primo livello (esecuzione del test di screening) che al secondo livello (esecuzione degli approfondimenti diagnostici se il test di screening è dubbio o positivo). Garantita la gratuità del percorso, attenzione posta all'accessibilità ai servizi.



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.



3. Rapidità delle risposte e accompagnamento dell'utente in tutte le fasi del percorso:

attenzione alla tempistica e alla qualità 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.



7. Programmazione:

è la pianificazione a medio-lungo termine che consente il mantenimento nel tempo del sistema e del relativo adeguamento in funzione delle tempistiche di esecuzione dei test, della disponibilità di agenda degli ambulatori degli specialisti, dei budget allocati per le prestazioni da garantire secondo le modalità previste dai protocolli.



4. Appropriatazza: 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.

1.1.2 La governance dello screening

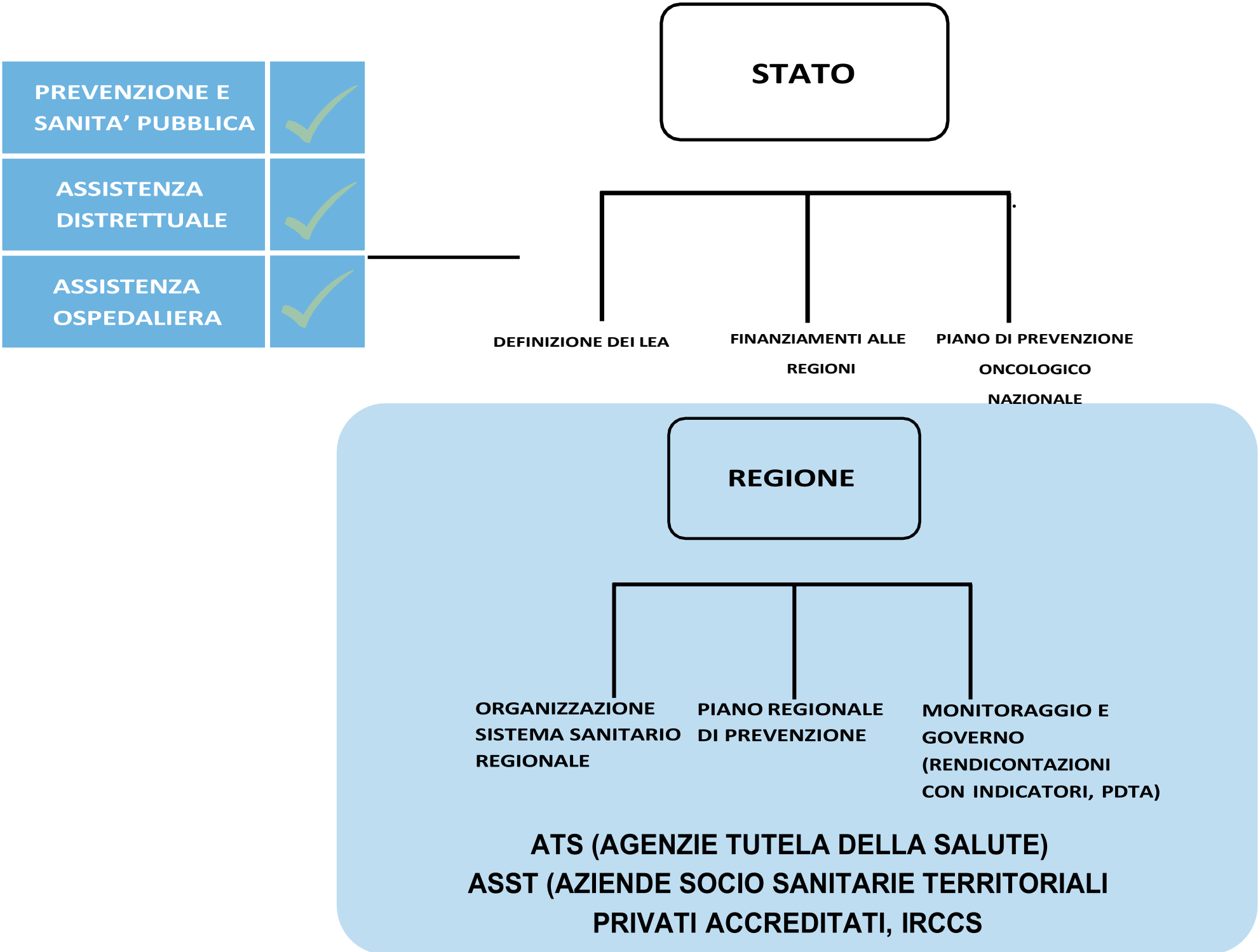
Il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) è organizzato in tre livelli istituzionali strettamente interconnessi, in una logica di prossimità ed uguaglianza di offerta di salute pubblica:

- **livello nazionale**, rappresentato da organi di indirizzo (Governo, Ministero della Salute) ed organi ausiliari tecnico-scientifici, con funzioni di programmazione generale e di allocazione delle risorse; A questo livello vengono definiti i Livelli essenziali di assistenza (LEA).
- **livello regionale**, rappresentato 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 (che in Regione Lombardia si chiamato Agenzie di Tutela della Salute -ATS) ed Enti locali che organizzano e gestiscono operativamente i servizi sanitari sul territorio.

In accordo al documento «**Linee di indirizzo screening del carcinoma coloretale in Regione Lombardia**», tutte le ATS di Regione Lombardia seguono lo stesso percorso. L’intero programma di screening è coordinato dai Centri Screening delle ATS, che assicurano il rispetto delle linee guida regionali. Un monitoraggio continuo delle attività e sistemi di follow up strutturati garantiscono qualità e coerenza in tutte le fasi di screening.

- Le ATS (Agenzie di Tutela della Salute) hanno funzioni governance, attraverso programmazione, acquisto e controllo dei servizi sanitari e sociosanitari. Ogni ATS è responsabile della gestione dei propri dati sanitari, che devono essere trasmessi a Regione Lombardia a intervalli specifici per finalizzare la condivisione, a livello nazionale, con l’Osservatorio Nazionale Screening (**ONS**)
- Le ASST (Aziende Socio-Sanitarie Territoriali), sono le strutture operative che si occupano di fornire direttamente i servizi di diagnosi, cura e riabilitazione, negli ospedali e sul territorio. A queste si aggiungono le strutture private accreditate (case di cura, cliniche etc...) e gli IRCCS (Istituti di ricerca a carattere scientifico).

L’offerta di sanità pubblica delle tre linee di screening (mammografico, coloretale, citologico) è organizzata su mandato regionale da ATS Val Padana, che collabora con gli enti erogatori pubblici e privati accreditati della provincia e con le farmacie sul territorio per garantire a tutti i cittadini un servizio di qualità



1.2 La SS Programmi di Screening di Popolazione di ATS Val Padana

Il Decreto Legislativo 502/1992 istituisce 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. Successivamente, con la Legge regionale 31 del 1997 vengono istituite 15 Aziende Sanitarie Locali (ASL), successivamente riorganizzate nel 2015 in 8 ATS.

ATS Val Padana nasce nel 2015 dalla fusione di 2 ex-ASL, di Cremona e Mantova. Nelle due Province da molti anni era già attivo il programma di screening per i tumori della cervice, 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. In realtà, l'attività di screening per intercettare tumori coloretali in provincia di Cremona fu attivata intorno al 2003, grazie ad accordi con le Farmacie territoriali e la direzione generale della ex-ASL. 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. Attualmente le attività di screening sono gestite dalla Struttura Semplice Programmi di Screening di Popolazione che, insieme al Servizio Prevenzione delle Malattie Infettive costituisce la Struttura Complessa di Medicina Preventiva nelle Comunità del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria di ATS Val Padana. Alla Struttura Semplice Programmi di Screening di Popolazione lavorano 11 Assistenti Sanitarie, 2 Amministrative, 1 Dirigente Biologo. L'attività di screening coloretale inizia sull'intero territorio di ATS nel maggio 2005, con l'introduzione del round di screening biennale con la raccolta di un solo campione di feci, finalizzato ad invitare almeno una volta nell'arco di due anni tutti i cittadini di 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. L'offerta di screening viene successivamente estesa anche alla popolazione in età compresa tra 70 -74 anni, come da direttiva regionale del 2017. 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.

Dal 2012 in provincia di Mantova e, successivamente dal 2016 in provincia di Cremona, l'attività di screening viene ulteriormente potenziata dalla presa in carico (=a titolo gratuito per i cittadini) dei percorsi di follow-up successivi al primo esame di approfondimento, contattando attivamente gli utenti ai quali lo specialista ha indicato la necessità di un ulteriore esame specialistico, la colonscopia.



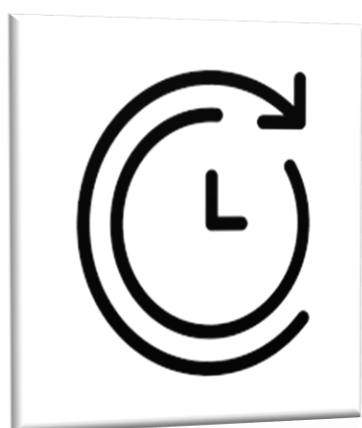
Il Decreto Legislativo
502/1992 Istituzione
Dipartimenti di Prevenzione



1986 e 2001 sono stati avviati
rispettivamente lo Screening
della Cervice Uterina e lo
Screening Mammografico



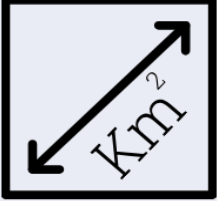
2002: offerta alla popolazione generale tra i 50-69 anni
del test di ricerca del sangue occulto nelle feci a
Cremona, dal **2005** a Mantova
2017: estensione della fascia d'età fino ai 74 anni



Dal **2012** a Mantova presa in carico
dell'attività di gestione dei follow-up in
colonscopia, dal 2016 anche a Cremona

1.3 Il contesto epidemiologico e sanitario

Per contesto epidemiologico si intende la situazione sanitaria di una popolazione specifica, considerando la distribuzione e la frequenza di malattie, condizioni di salute e fattori correlati. In pratica, analizza come le malattie si diffondono, chi ne è colpito e quali sono i fattori che le influenzano, con l'obiettivo di comprendere e controllare i problemi di salute. In sintesi, il contesto epidemiologico fornisce un quadro completo della salute di una popolazione, utile per pianificare interventi efficaci e migliorare la salute pubblica. Questa sezione del documento riassume il contesto epidemiologico e sanitario del territorio di ATS Val Padana, coincidente alle province di Mantova e Cremona. Le tabelle permettono un confronto con le stesse caratteristiche valutate a livello italiano e lombardo:

INDICATORI DEMOGRAFICI				
INDICATORI		ITALIA	LOMBARDIA	ATS Val Padana
	ESTENSIONE KM2	302.073	23.864	4.111,9
	TOTALE COMUNI	7.896	1.502	177
	TOTALE POPOLAZIONE Agg.1.1.2025*	58.934.177	10.035.481	761.307
	PERCENTUALE DI DONNE	51%	50,70%	50,3
	PERCENTUALE DI STRANIERI	9%	12,30%	13,4
	POPOLAZIONE 0-14 ANNI	7.019.165	1.224.852	90.693
	POPOLAZIONE OVER 65+	14.573.173	2.394.067	190.996

INDICATORI DEMOGRAFICI				
INDICATORI		ITALIA	LOMBARDIA	ATS Val Padana
	INDICE DI VECCHIAIA	208	196	210,7
	INDICE DI DIPENDENZA STRUTTURALE	58	58	58,8
	NATI	369.922	64.536	4.723
	MORTI	650.587	102.439	8.877
	POPOLAZIONE SCREENING **	21.005.860	3.508.788	271.299
	PERCENTUALE DI DONNE SULLA POPOLAZIONE SCREENING	51,50%	50,90%	50,3%
	PERCENTUALE STRANIERI SULLA POPOLAZIONE SCREENING	6%	7,6%	7,6%

*fonte ISTAT, ultimo dato disponibile
**screening colon retto: 50-74 anni

Il territorio di ATS Val Padana comprende le province di Mantova e Cremona ed ha un’estensione di 4.111,90 km² con 177 comuni. La popolazione residente al 01/01/2025 è pari a 761.307 abitanti, con il 50,3% di donne e il 13,4% di stranieri. L'indice di vecchiaia, indicatore demografico che misura il grado di invecchiamento della popolazione, risulta superiore rispetto al valore lombardo (195,5) e nazionale (207,6).



Concentrando l’attenzione sulla popolazione target dello screening coloretale, nel territorio di ATS Val Padana la popolazione di età compresa tra i 50 e i 74 anni è pari a 271.229 abitanti e rappresenta il 35,6% della popolazione totale, valore in linea con quello lombardo e italiano. Il 50,3% della popolazione bersaglio nelle province di Mantova e Cremona è rappresentata da donne, mentre il 7,6% da stranieri.

Determinanti della salute e fattori di rischio

I tumori del colon-retto si riconducono a stili di vita e familiarità. Fattori di rischio sono rappresentati da eccessivo consumo di carni rosse e di insaccati, farine e zuccheri raffinati, sovrappeso e ridotta attività fisica, fumo ed eccesso di alcool. Ulteriori condizioni di rischio sono costituite dalla malattia di Crohn e dalla rettocolite ulcerosa. 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.¹



¹ I numeri del cancro in Italia 2024 - AIOM, AIRTUM, Fondazione AIOM, Osservatorio Nazionale Screening (ONS), PASSI, PASSI d’Argento, SIAPeC-IAP



Determinanti della non adesione allo screening

Facendo riferimento ad un articolo pubblicato su E&P^[2], si riportano di seguito i principali determinanti di non adesione allo screening coloretale in ATS Val Padana nel periodo pre-pandemico (2018-2019); la Tabella 3 mostra i fattori associati a un tasso di non adesione più elevato.

Tab.3 Determinanti della non adesione allo screening coloretale in ATS Val Padana (2018-2019)

Item	OR (IC95%)
Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), sì vs no	1,59 (1,36-1,87)
Accessi al PS (7+ vs 0)	1,65 (1,48-1,84)
Non consumatori di farmaci vs iperconsumatori	1,54 (1,39-1,69)
Scompenso cardiaco (Si vs No)	1,71 (1,58-1,85)

[2] E&P 2024, 48 (2) marzo-aprile p. 118-129 DOI: <https://doi.org/10.19191/EP24.2.A720.039>

I numeri del tumore del Colon Retto

Le tabelle che seguono, prodotte grazie alle elaborazioni statistiche dell’Osservatorio Epidemiologico, riportano i dati di incidenza riferiti agli anni 2019-2021 e di mortalità per gli anni 2021-2023 relativi al tumore del colon retto in ATS Val Padana. I dati di incidenza a mortalità per l'Italia sono invece stime riferite all'anno 2022.

Rispetto all’incidenza (nuovi casi/anno) in ATS Val Padana, nel sesso maschile il tumore del colon retto è al terzo posto tra tutti i tumori con un numero medio di circa 267 nuovi casi all’anno, mentre nel sesso femminile occupa la seconda posizione con mediamente circa 223 nuovi casi all’anno. A livello nazionale si colloca al secondo posto come ranking di incidenza per entrambi i sessi. Il numero medio di nuovi casi all’anno appartenenti alla fascia d’età target per lo screening coloretale è circa 135 nel sesso maschile e 98 nel sesso femminile. Il tasso standardizzato di incidenza è più basso in ATS Val Padana rispetto all’Italia: per il sesso maschile risulta 64,3 vs 91,0; per il sesso femminile 42,7 vs 63,1. La stessa cosa accade per il tasso standardizzato di incidenza nella popolazione in fascia d’età screening: 150,6 tra i maschi e 107,3 tra le femmine sul territorio nazionale; 108,3 tra i maschi e 74,4 tra le femmine in ATS Val Padana. Per quanto riguarda la mortalità, nel sesso maschile il tumore del colon retto occupa il secondo posto sia a livello nazionale che in ATS Val Padana. Per il sesso femminile invece occupa rispettivamente il terzo e il quarto posto nel ranking di mortalità rispetto agli altri tumori. Il numero medio di casi annuali di mortalità dovuta a questo tumore in ATS Val Padana è 114 per il sesso maschile (di cui mediamente 45 in fascia di età screening), 90 per il sesso femminile (di cui mediamente 34 in fascia di età screening). Anche il tasso standardizzato di mortalità, come quello di incidenza, è più basso in ATS Val Padana rispetto all’Italia, ciò si verifica per entrambi i sessi e si conferma anche per la fascia di età target dello screening. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è relativamente alta, nel sesso maschile è del 65% in Italia e del 62% in ATS Val Padana; nel sesso femminile è del 66% in Italia e del 69% in ATS Val Padana. Infine, per quanto riguarda la prevalenza, che indica il numero di persone che vivono con il tumore del colon retto nel periodo considerato, nel caso di ATS Val Padana vi sono 2.548 maschi e 2.210 femmine.

2°

Il Secondo tumore più
frequente in Italia

66,5%

sopravvive a 5 anni
dalla diagnosi



Maschi= 2.548

Femmine= 2.210

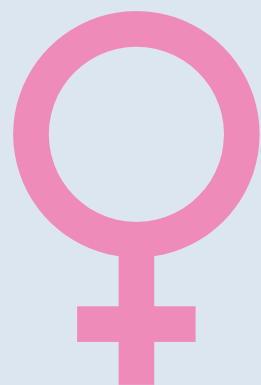
In ATS VP convivono
con una diagnosi di
tumore del colon-retto

Incidenza (nuove diagnosi) del tumore coloretale

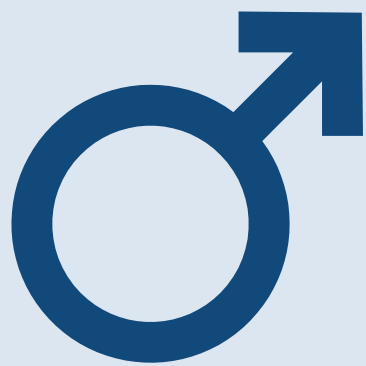
Maschi	Italia	ATS VP	Femmine	Italia	ATS VP
Nuovi casi annuo popolazione generale	29.225	267	Nuovi casi annuo popolazione generale	25.559	223
nuovi casi annuo popolazione fascia screening	14.535	135	nuovi casi annuo popolazione fascia screening	11.309	98
Numero di nuovi casi ogni 100.000 abitanti	91,0	64,3	Numero di nuovi casi ogni 100.000 abitanti	63,1	42,7
Numero di nuovi casi ogni 100.000 abitanti in fascia screening	150,6	108,3	Numero di nuovi casi ogni 100.000 abitanti in fascia screening	107,3	74,4

³ <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5926869/KS-RA-13-028-EN.PDF/e713fa79-1add-44e8-b23d-5e8fa09b3f8f>
*calcolata sul triennio di incidenza 2015-2017

Mortalità per tumore colon-retto



4° causa di morte nelle
donne



2° causa di morte negli
uomini

Maschi	Italia	ATS VP	Femmine	Italia	ATS VP
Numero medio di decessi annuo	12.982	114	Nuovi casi annuo popolazione generale	11.206	90
Numero medio di decessi popolazione fascia screening	4.444	45	Numero medio di decessi popolazione fascia screening	3265	34
Numero decessi ogni 100.000 abitanti	40,3	27,6	Numero decessi ogni 100.000 abitanti	25,4	15,6
Numero decessi 100.000 abitanti in fascia screening	46,2	35,6	Numero decessi 100.000 abitanti in fascia screening	30,9	25,0



Le Figure 1 e 2 mostrano le tendenze dei tassi di incidenza e mortalità in ATS Val Padana nel periodo 2005-2021. In entrambi i sessi si osserva una marcata diminuzione dell'incidenza del tumore al colon-retto e tale andamento può essere verosimilmente il risultato di una combinazione di fattori, tra cui l'efficacia del programma di screening (iniziato nel 2005) e un generale miglioramento degli stili di vita e dei fattori di rischio associati. Lo stesso andamento meno marcato ma comunque in diminuzione si osserva per la mortalità.

Figura 1. Tendenza di incidenza e mortalità tumore del colon retto ATS Val Padana – sesso maschile

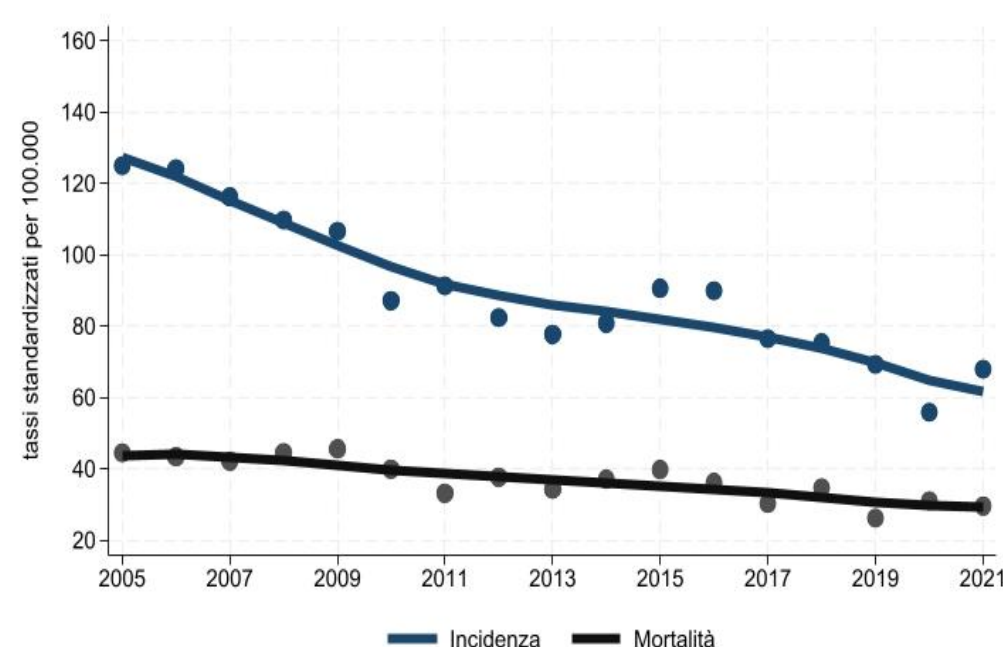
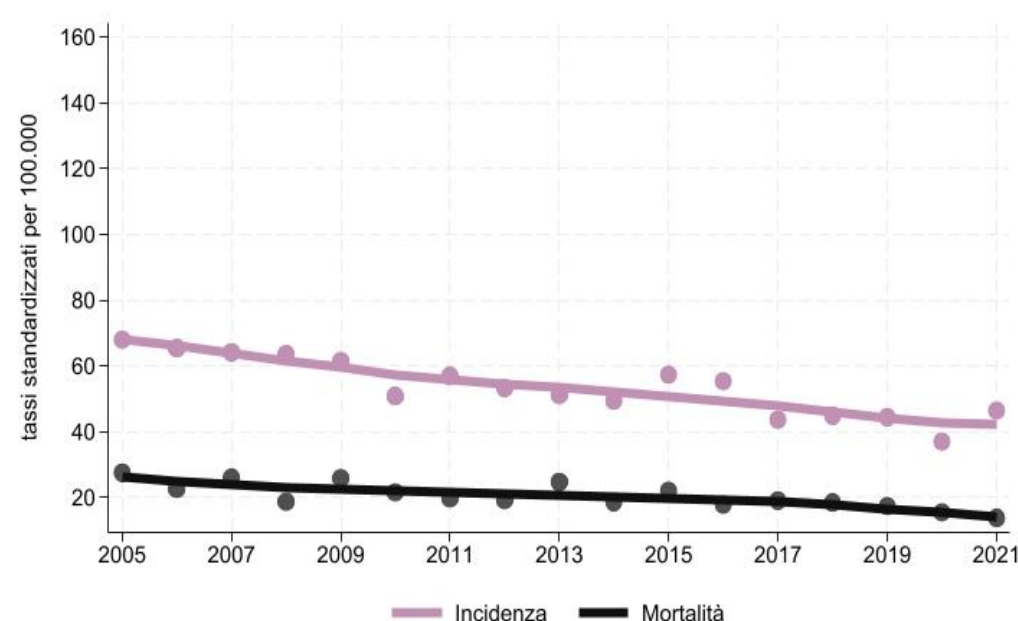


Figura 2. Tendenza di incidenza e mortalità tumore del colon retto ATS Val Padana – sesso femminile



Le Figure 3 e 4 mostrano le tendenze dei tassi di incidenza e mortalità nella provincia di Mantova **per la fascia d'età 50-69 anni nel periodo 1999-2021**. È stata riportata solo la provincia di Mantova per la disponibilità di dati antecedenti al 2005, anno che segna l'avvio del programma di screening. La popolazione considerata è la fascia 50-69 in quanto rappresenta la fascia LEA per lo screening, esteso ai 70-74 anni solo negli ultimi anni. Per entrambi i sessi si osserva un aumento del tasso di incidenza in corrispondenza degli anni iniziali del programma (round di prevalenza), questo picco iniziale riflette la capacità del programma di identificare tumori non diagnosticati precedentemente. Negli anni successivi all'introduzione dello screening si assiste a un progressivo calo dei tassi, in particolare quello di incidenza, dovuto alla capacità del programma di diagnosticare e di rimuovere forme pretumorali (polipi e adenomi).

[REDACTED]

Figura 3. Tendenza di incidenza e mortalità tumore del colon retto nella fascia d’età 50-69, nella provincia di Mantova (sesso maschile). La linea tratteggiata verticale nel grafico indica l’inizio dello screening (2005).

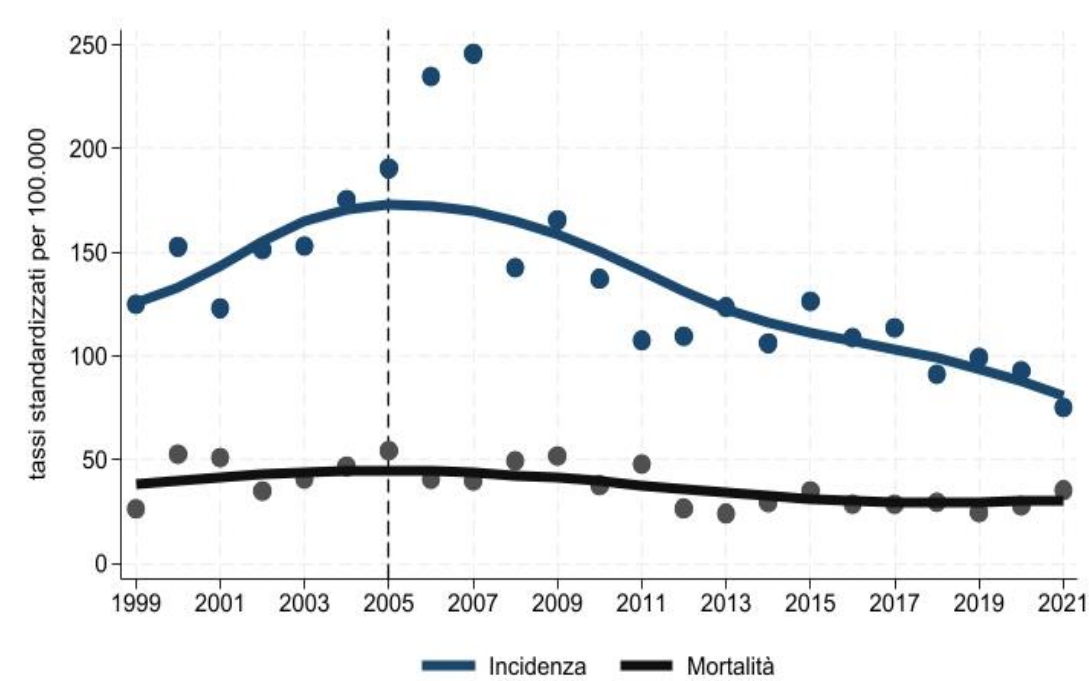
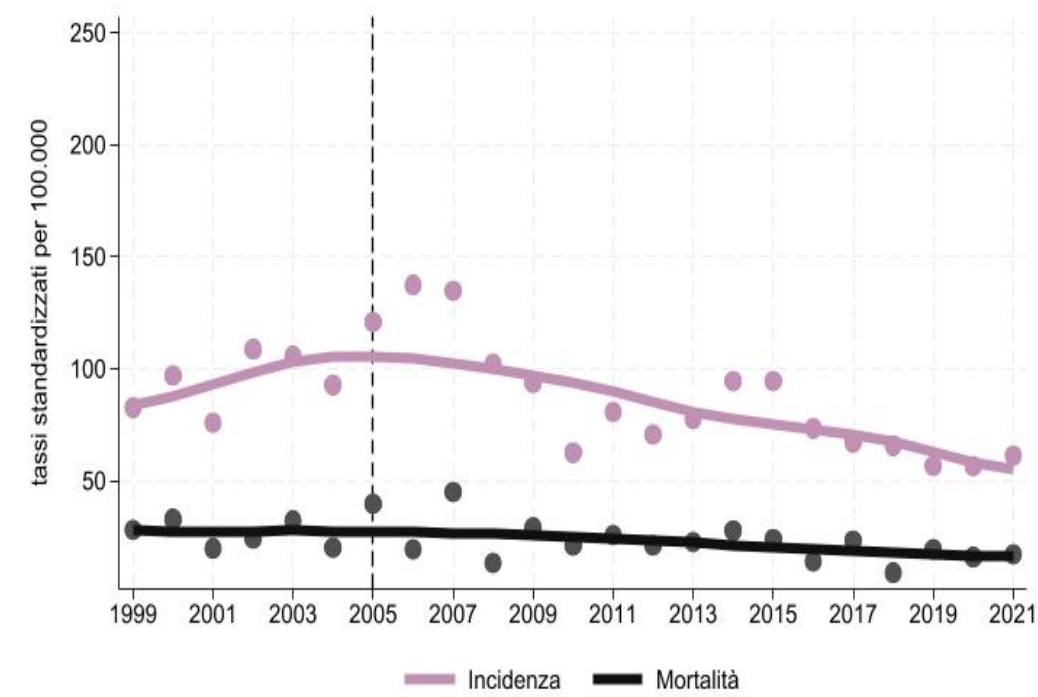


Figura 4. Tendenza di incidenza e mortalità tumore del colon retto nella fascia d’età 50-69, nella provincia di Mantova (sesso femminile). La linea tratteggiata verticale nel grafico indica l’inizio dello screening (2005).

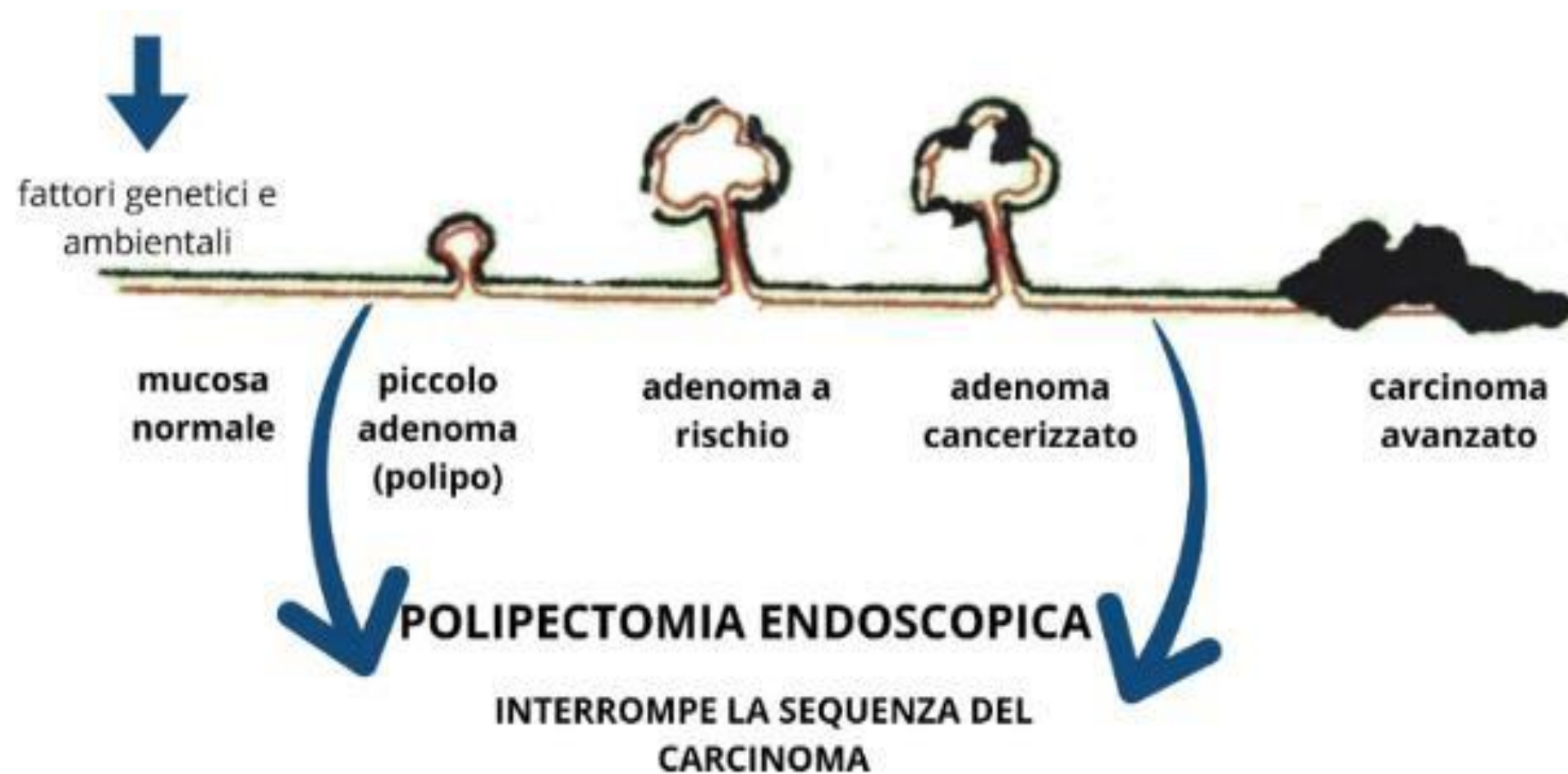


1.4 Lo screening del tumore coloretale

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 definisce i programmi di screening oncologici come strategie di provata efficacia per ridurre la mortalità e l'incidenza dei tumori oggetto di interventi di sanità pubblica. Il mandato per tutte le regioni è quello di ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità causato da 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). Il tumore nella maggior parte dei casi si sviluppa in seguito ad una evoluzione in senso maligno di lesioni precancerose (polipi adenomatosi) della mucosa dell'intestino. Queste impiegano generalmente un periodo piuttosto lungo (dai 7 ai 15 anni) per trasformarsi in forme maligne e pertanto l'identificazione e il trattamento precoce di queste lesioni è in grado di interrompere il processo di evoluzione, prevenendo lo sviluppo del tumore.

La storia naturale e l'elevata diffusione della malattia rendono il programma di screening coloretale uno strumento efficace per ridurre l'incidenza della patologia e la mortalità ad essa correlata.

L'immagine rappresenta in forma grafica la storia naturale del cancro coloretale:



L'obiettivo dello screening del colon-retto è quello di identificare precocemente lesioni precancerose o cancerose in fase iniziale, prima della comparsa dei sintomi.

I polipi benigni sono infatti piuttosto diffusi tra la popolazione di entrambi i sessi al di sopra dei 50 anni e, sebbene nella maggior parte dei casi risultino totalmente asintomatici, esiste il rischio che vadano incontro ad una trasformazione maligna, con eventuale diffusione di cellule tumorali nell'organismo.



1.4 Lo screening del tumore coloretale

I polipi crescono sporgendo all'interno del lume intestinale o del retto e in seguito al passaggio del materiale fecale e allo strofinamento che ne consegue, possono sanguinare in maniera intermittente. Questo sangue si mescola al materiale fecale e, benché possa non essere visibile ad occhio nudo, può essere rilevato attraverso un semplice test, la ricerca del sangue occulto nelle feci. Nonostante statisticamente il tasso di positività al test del sangue occulto sia del 4,5 – 5%, non tutti i soggetti che risultano positivi e vengono sottoposti a esame di approfondimento presentano polipi/ adenomi del colon-retto, in quanto la positività al test può essere dovuta ad altre cause, quali emorroidi o ragadi anali.

Un esito positivo al test di primo livello non deve quindi allarmare eccessivamente il cittadino, ma necessità di approfondimento mediante colonscopia. Attualmente, in Italia, la ricerca di sangue occulto nelle feci (SOF) è il test di primo livello utilizzato nei programmi di screening del colon-retto.

Alternativa al sangue occulto, adottata da alcuni programmi a livello internazionale, è invece l'esecuzione diretta di una colonscopia o una rettosigmoidoscopia una volta nella vita, dopo i 50 anni.

A partire dal 2023 anche il Piemonte, che precedentemente invitava i 58enni a rettosigmoidoscopia, utilizza il SOF come test primario di screening. Il Rapporto “I numeri del cancro in Italia 2024” riporta nella sezione dedicata agli screening oncologici a cura dell'ONS, come nel 2023 nel nostro Paese quasi 8 milioni di cittadini (7.945.946) di età compresa tra i 50 e i 69 anni siano stati invitati a eseguire il test di screening per la ricerca del sangue occulto (SOF), per un'estensione complessiva pari al 94% rispetto alla popolazione in fascia d'età, sebbene caratterizzata da notevoli differenze tra le diverse Regioni. Va evidenziato l'importante incremento di estensione dell'invito nelle regioni meridionali, dove storicamente risulta inferiore, con un incremento tra il 2022 e il 2023 vicino al 20%, dal 62% all'80%. La copertura del test nella popolazione a livello nazionale risulta del 32% e, sebbene il risultato sia il più alto negli ultimi 5 anni e in aumento di 4 punti percentuali rispetto al 2022, è largamente inferiore a quanto auspicabile. In Regione Lombardia nel corso del triennio 2021 – 2023 sono state invitati a effettuare il test di screening di primo livello nell'ambito del programma organizzato Regionale 4.987.893 cittadini tra i 50 e i 74 anni, per un'estensione complessiva del 97,8% e un'adesione corretta del 43,3%.

A livello regionale sono risultati positivi 92.775 test e le colonscopie di controllo (tasso di adesione alla colonscopia superiore all'83%) hanno consentito la diagnosi di 2085 cancri e 471 adenomi cancerizzati.

Sono inoltre stati identificati e rimossi 6.742 adenomi ad alto rischio e 22.879 adenomi a basso rischio, che avrebbero potuto evolvere in lesioni cancerose se non identificati precocemente e adeguatamente trattati.

L'infografica a pag.19 riassume i dati relativi al programma di screening organizzato di Regione Lombardia nel triennio 2021-2023. I dati relativi al 2024 non sono stati inseriti in quanto non ancora totalmente disponibili.

1.4 Lo screening del tumore coloretta

SCREENING DEL TUMORE COLORETTALE IN LOMBARDIA
2021-2023



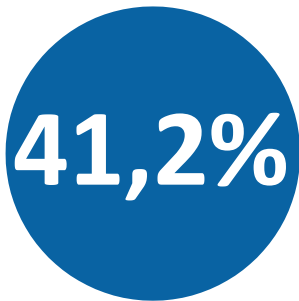
POPOLAZIONE TARGET
50-74 ANNI

5.099.191

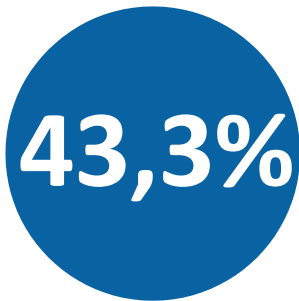


N.ASSISTITI
INVITATI

4.987.893



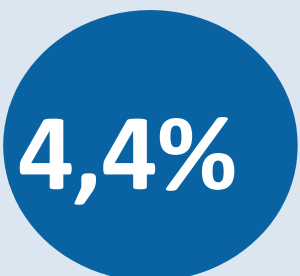
MEDIA COPERTURA
DELL'ESAME



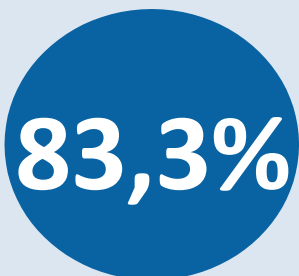
TASSO DI ADESIONE
CORRETTO



2.103.417 ADERENTI AL
TEST DI SCREENING



92.775
ADERENTI
POSITIVI AL TEST



COMPLIANCE
ALLA
COLONSCOPIA



N.CANCRI
IDENTIFICATI
2.085



N.ADENOMI
CANCERIZZATI
IDENTIFICATI
471



N.ADENOMI AD
ALTO RISCHIO
IDENTIFICATI
6.742



N.ADENOMI A
BASSO RISCHIO
IDENTIFICATI
22.879

1,0‰

TASSO DI
IDENTIFICAZIONE
PER CANCRO

2,3% VALORE
PREDDITIVO POSITIVO
PER CANCRO



TASSO IDENTIFICAZIONE
PER ADENOMI A BASSO RISCHIO
10,8 ‰



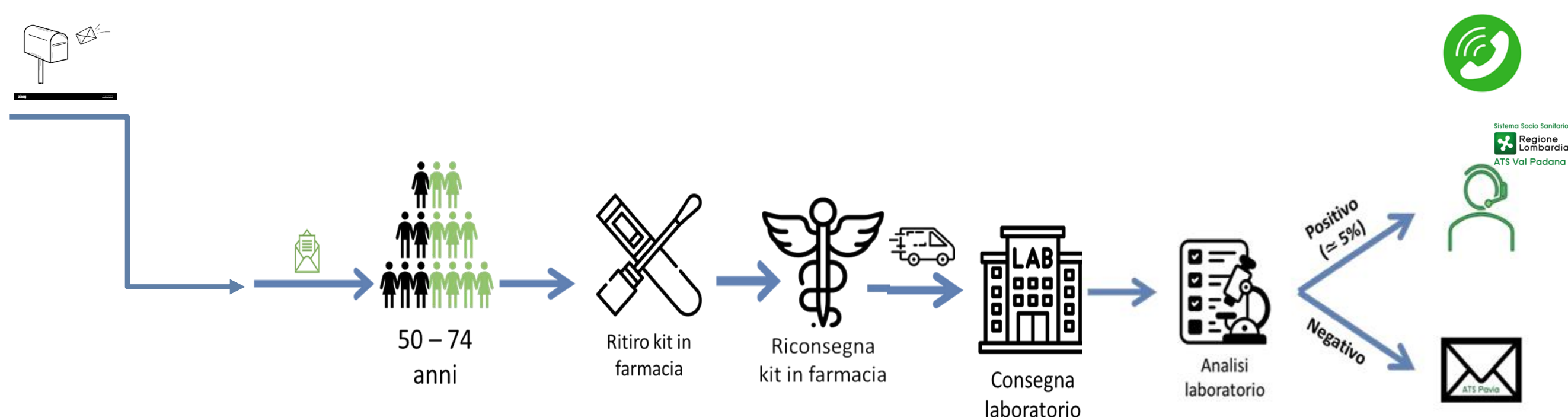
TASSO IDENTIFICAZIONE
PER ADENOMI AD ALTO RISCHIO
3 ‰

1.5 Il percorso di screening e i suoi attori

in Regione Lombardia, lo screening del tumore del colon-retto è offerto alla popolazione residente e domiciliata iscritta al sistema sanitario regionale, per un totale di circa 3.445.000 cittadini, che ricevono una lettera di invito a partecipare al test di screening ogni due anni.

Il test di screening utilizzato si basa sulla ricerca di sangue occulto nelle feci (FIT) e sfrutta la tendenza dei polipi a sanguinare.

ATS Val Padana invita per posta con lettera cartacea la popolazione eleggibile (uomini e donne tra i 50-74 anni) a ritirare il kit del sangue occulto nelle feci in farmacia, grazie a un accordo tra Regione Lombardia e le Associazioni dei Farmacisti (Federfarma Lombardia e Assofarm). L'esame è semplice e può essere svolto a casa, raccogliendo un piccolo campione di feci con l'apposito dispositivo contenuto nel kit, che poi viene riconsegnato in farmacia per l'analisi di laboratorio per la ricerca di tracce di sangue non visibili a occhio nudo.



ESITO DEL TEST di screening:

- ❖ **Negativo:** In caso di esito negativo, si riceve una comunicazione scritta e si viene invitati a ripetere il test dopo due anni.
- ❖ **Positivo:** In caso di esito positivo, si viene contattati telefonicamente per la prenotazione di un approfondimento diagnostico dal Personale Sanitario di ATS, l'esame proposto sarà la colonscopia.

La **colonscopia** è un esame diagnostico eseguito da un medico gastroenterologo attraverso una sonda flessibile (colonscopio) dotata di telecamera. Permette di visualizzare l'interno del colon e, in caso di polipi, di rimuoverli. I polipi rimossi vengono analizzati per definire eventuali terapie o controlli successivi.

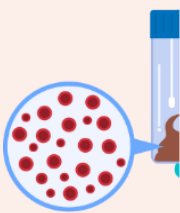
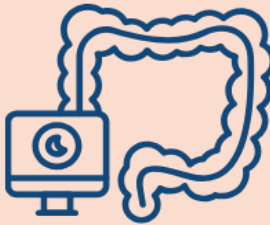
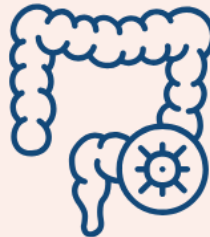
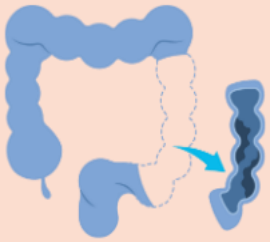
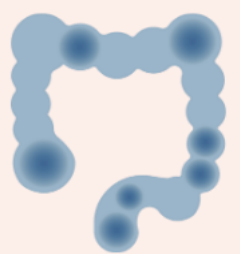
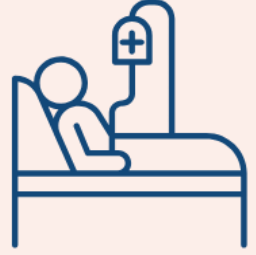
I controlli post colonscopia previsti in screening nella maggior parte dei casi sono:

- **Richiamo a 5 anni con rientro a primo livello di screening tramite test del sangue occulto nelle feci**
- **Controllo a 3 anni con ripetizione di una colonscopia**
- **Controllo a 1 anno con ripetizione di una colonscopia**

Gli individui ai quali, dopo approfondimento, viene diagnosticato un tumore del colon-retto o un adenoma cancerizzato vengono invece indirizzati alle unità di cura specialistiche della rete territoriale.

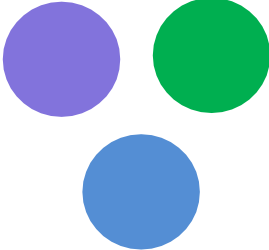
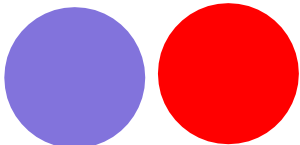


Le ATS invitano al primo livello del programma di screening tutta la popolazione in fascia d’età target, ad eccezione dei cittadini che sono esclusi o temporaneamente sospesi dal programma.
I criteri di esclusione e sospensione sono specificati nella tabella:

ESCLUSIONI SCREENING COLON RETTO			
TIPOLOGIA ESCLUSIONE		TEMPORANEA	DEFINITIVA
	TEST SANGUE OCCULTO RECENTE	X	
	FOLLOW-UP CON COLONSCOPIA	X	
	TUMORE COLON-RETTO		X
	COLECTOMIA		X
	MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE (COLITE ULCEROSA, MORBO DI CROHN...)		X
	MALATTIE EREDITARIE (SINDROME DI LYNCH E POLIPOSÌ FAMILIARE)		X
	ALTRA PATOLOGIA GRAVE (DISABILITÀ GRAVE, MALATTIA TERMINALE, ECC.) SE DOCUMENTATA DA MEDICO DI FAMIGLIA O SPECIALISTA		X
	RIFIUTO AD ESSERE CONTATTATI DAL PROGRAMMA DI SCREENING, FIRMATO DAL CITTADINO O DA AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/TUTORE LEGALE CON COPIA DOCUMENTO DI IDENTITÀ		X



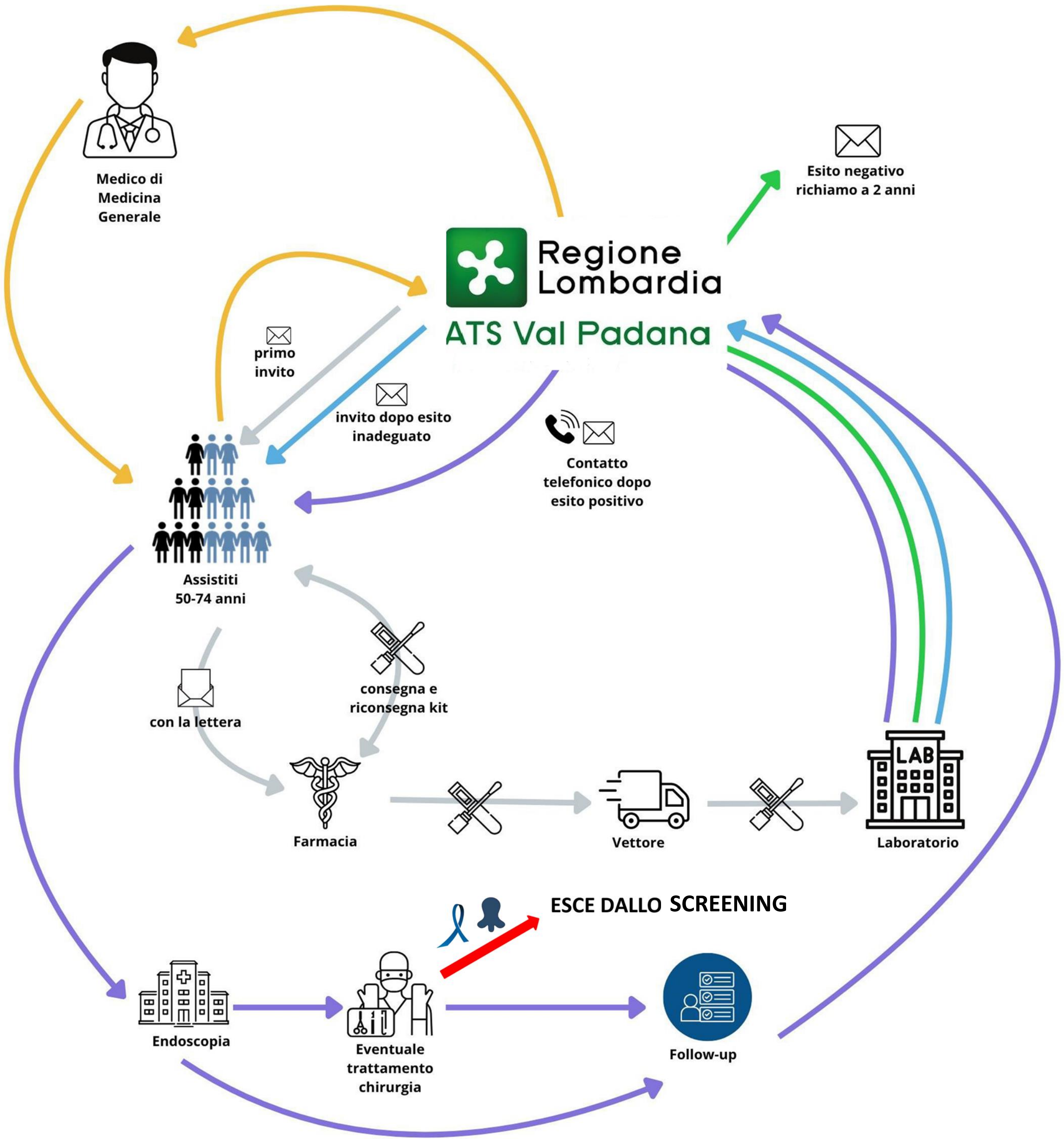
La tabella che segue descrive le fasi, le azioni e le responsabilità nell’ambito del programma di screening per la prevenzione dei tumori colorettali.
Il codice colore è riferito all’infografica a pag.24, che con uno schema descrittivo riassume i percorsi e gli attori coinvolti nel programma in relazione all’esito del test di primo livello.

FASI ATTIVITÀ	AZIONI	RESPONSABILITA'	CODICE COLORE
1. Individuazione della popolazione obiettivo e spedizione primo invito	Spedizione delle lettere di invito a partecipare allo screening alla popolazione target.	SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO SERVIZIO SCREENING	
2. Primo Livello Test del sangue occulto nelle feci	◦Esecuzione del test : ritiro del kit presso la farmacia e riconsegna del campione ◦Analisi del campione e produzione del referto.	FARMACISTI LABORATORIO DI SANITA' PUBBLICA	
3. Restituzione del test	◦Esito negativo: invio di una lettera con l'esito. ◦Esito positivo: contatto telefonico per proporre esame di approfondimento. ◦Esito inadeguato: Invio di una lettera di rinviare	SERVIZIO SCREENING	
4. Monitoraggio dell'adesione al test	◦Verifica dei soggetti che non hanno risposto all'invito. ◦Invio di lettere di Sollecito e sms per incentivare la partecipazione.	SERVIZIO SCREENING	
5. Secondo Livello Esame di approfondimento - Colonscopia	◦Prenotazione dell'esame e trasmissione delle istruzioni per la preparazione intestinale ◦Esecuzione dell’esame presso centro erogatore ◦Aggiornamento della scheda individuale con l'esito della colonscopia e pianificazione di eventuali appuntamenti successivi.	SERVIZIO SCREENING MEDICO DI MEDICINA GENERALE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ANATOMIA PATOLOGICA	
6. Restituzione dei risultati della colonscopia e programmazione del follow-up	• In caso di esito negativo o a basso rischio: nuovo invito a primo livello dopo 5 anni. • In caso di adenomi a rischio intermedio o elevato: colonscopia di follow-up secondo le indicazioni dello specialista. • In presenza di lesioni tumorali: avvio del percorso clinico oncologico e esclusione definitiva dal programma di screening.	ENDOSCOPIA DIGESTIVA SERVIZIO SCREENING	
7. Monitoraggio dell'adesione alla colonscopia	Verifica dell'esecuzione della colonscopia. In caso di mancata presenza all’esame si ricontatta l’utente. Se l’utente non risulta contattabile, nemmeno col support del MMG, o rifiuta si invia una raccomandata di rifiuto/ mancato contatto	SERVIZIO SCREENING	
8. Terzo Livello/Trattamento:	In caso di trattamento chirurgico viene inserita l'esclusione (temporanea o definitiva) dal programma di screening	SERVIZIO SCREENING	
9. Monitoraggio e Valutazione delle Fasi:	Raccolta annuale e compilazione dei dati di estensione e adesione allo screening, oltre che delle lesioni identificate e relative cartelle cliniche per compilare le Survey (GISCoR) da inviare alla Regione e al Ministero	SERVIZIO SCREENING	



Regione Lombardia nel 2021 ha istituito il **Gruppo di lavoro multidisciplinare per il coordinamento regionale degli screening oncologici**

GISCoR è la società scientifica a valenza nazionale per i programmi di screening colrettali e fa parte della Federazione delle Associazioni degli Screening Oncologici FASO
<https://www.fasoscreening.it>





I programmi di screening, più correttamente denominati “percorsi”, coinvolgono a diverso titolo e nelle diverse fasi e procedure una molteplicità di professionisti, come si può intuire dall’infografica della pagina precedente.

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

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 e per il ritiro dei campioni oltre che al loro conferimento al Laboratorio di Prevenzione. Sul territorio sono attive 250 Farmacie: 137 in Provincia di Mantova, 113 in Provincia di Cremona, l’attività svolta presso la rete delle Farmacie è informaticamente tracciata ed integrata nel gestionale dedicato agli screening. Altre risorse umane sono dedicate presso gli ospedali che effettuano sedute di screening in endoscopia, medici endoscopisti ed infermieri. Al momento della positività al test del sangue occulto, i cittadini utenti vengono contattati dal personale sanitario di ATS per fissare una colonscopia presso una delle unità di endoscopia convenzionate, secondo un criterio di prossimità e di disponibilità di prestazioni, oltre che di preferenza dell’utente:

ASST di Mantova, presso le 3 sedi di Mantova, Pieve di Coriano ed Asola

ASST di Cremona, presso le 2 sedi di Cremona e Vicomoscato

ASST di Crema presso la sede di Crema

Casa di Cura “Figlie di San Camillo” - Cremona

Casa di Cura “San Camillo” – Cremona

Polo Sanitario Nuovo Robbiani – Soresina (Cr)

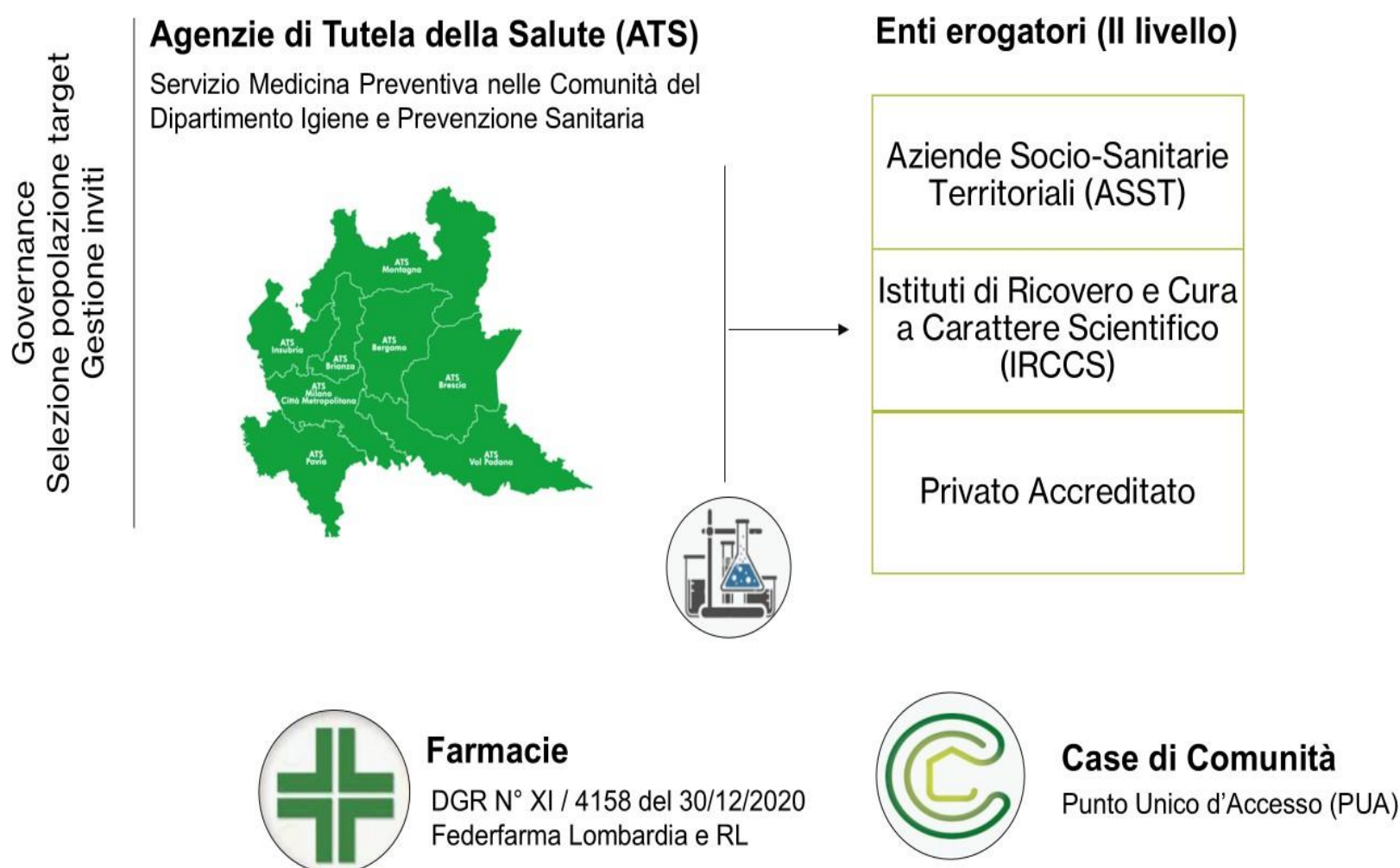
Ospedale “San Pellegrino” – Castiglione delle Stiviere (Mn)

Ospedale “Montecchi” – Suzzara (Mn)

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. Infatti, le Regole di esercizio e gli obiettivi aziendali di interesse regionale sono gli strumenti di cui dispone ATS 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 delle prestazioni effettuate nel percorso di screening.

A questo punto si può affermare che Il successo dei programmi di screening dipenda dall’efficace coinvolgimento di diversi stakeholder, attori coinvolti, interessati e cruciali nelle fasi di regolamentazione, programmazione, erogazione e gestione dell’attività.

Un ruolo di grande rilevanza è quello dei professionisti sanitari e non che, pur non svolgendo quotidianamente la loro attività nell’ambito del programma, contribuiscono a diffondere la cultura dello screening, sensibilizzando la popolazione rispetto all’ importanza della prevenzione. Tra questi, in particolare MMG, Infermieri di Famiglia, Personale delle Case di Comunità, Enti del Terzo Settore, Volontari.



2. ORGANIZZAZIONE E RISORSE

2.1 Il modello organizzativo aziendale e risorse umane impiegate

Nel modello organizzativo di ATS Val Padana la struttura dedicata agli screening oncologici è la SS Programmi di Screening di Popolazione, costituita da un dirigente biologo con specialità in statistica medica ed epidemiologia, 2 amministrativi, 11 assistenti sanitarie, quota parte dell’attività di un medico specializzando e di un dirigente delle professioni sanitarie. Il Servizio è organizzato in 2 sedi, quelle delle ex-ASL: una a Mantova (via dei Toscani, 1) e una a Cremona (via Belgiardino,14). I dirigenti si occupano del raccordo con i responsabili delle strutture erogatrici, del monitoraggio e della comunicazione dell’andamento degli indicatori di screening, della valutazione delle prestazioni necessarie al programma, della discussione di eventuali casi complessi con le strutture e collaborano/supervisionano all’inserimento nel gestionale di screening delle prestazioni di II e III livello. Sono inoltre responsabili dei diversi progetti in cui il Servizio è coinvolto e del monitoraggio ed andamento degli obiettivi assegnati.

Sia il personale amministrativo che le assistenti sanitarie si occupano dell’assistenza ai cittadini tramite servizio di call center, secondo le rispettive competenze. Il personale amministrativo gestisce gli inviti e le prenotazioni/spostamenti di esami di primo livello, verifica eventuali disallineamenti dell’anagrafe degli assistiti, oltre all’attività di recall finalizzata all’incremento dell’adesione. Le assistenti sanitarie si occupano anche delle chiamate di secondo livello a seguito di esito positivo, della prenotazione delle prestazioni, inclusa la raccolta della pre-anamnesi clinica, del confronto con le strutture erogatrici e dell’organizzazione dei follow-up endoscopici sulle agende condivise. Le assistenti sanitarie, inoltre, si occupano di partecipare ad eventi di promozione dello screening rivolti alla cittadinanza, in accordo e collaborazione con le ASST. Altre occasioni sono gli eventi di promozione della salute e di corretti stili di vita, con i colleghi della Promozione della Salute e Prevenzione Fattori di Rischio Comportamentali. Per quanto riguarda invece il Personale del Laboratorio di Prevenzione, ai colleghi è riservato un ruolo rilevante nella refertazione dei campioni fecali per la ricerca del sangue occulto. Sono impegnati nelle attività quota parte del tempo di 7 tecnici di laboratorio 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, gestione delle procedure, validazione dei referti e monitoraggio dei campioni inadeguati, con relativa analisi periodica quali-quantitativa, assorbe parte del tempo dei due dirigenti del Laboratorio stesso.

2.2 Le risorse economico-finanziarie destinate al programma

Nelle tabelle della sezione 2.2 cerchiamo di sintetizzare le risorse economiche finanziarie impiegate nel programma di screening colorettales: per il Personale dedicato agli screening sono stati considerati i costi relativi utilizzando il metodo FTE (full time equivalent). In pratica, per ciascuna unità lavoro si è tenuto conto, in relazione ai mesi di attività nel corso dell’intero anno, del tipo di impiego (tempo pieno o parziale) ed eventuali altre attività in ambiti diversi da quello degli screening oncologici (in particolare attività legate alla Pandemia per il 2021/22 dell’effettiva quantità di lavoro dedicato in ambito screening. Nella TABELLA A ci sono i costi riguardanti la SSD Laboratorio di Prevenzione, nella TABELLA B ci sono i costi riguardanti la SS Programmi di Screening di Popolazione.

LABORATORIO DI PREVENZIONE	TABELLA A ANNO				
tipologia di costi	2021	2022	2023	2024	Totale
1. consumi materiale sanitario	118.809,46	84.926,58	107.471,15	92.831,54	404.038,73
<i>di cui acquisto kit</i>	<i>81.888,84</i>	<i>55.419,72</i>	<i>69.481,44</i>	<i>57.074,04</i>	<i>263.864,04</i>
6. noleggi attrezzature laboratorio	1.683,60	1.684,60	1.685,60	1.686,60	6.740,40
7.a costi dirigenti sanitari	7.837,15	10.193,62	13.141,91	17.201,45	48.374,13
7.b costi personale tecnico	30.176,04	27.684,99	35.770,89	32.714,25	126.346,17
7.c costi personale amministrativo	2.480,54	3.013,83	3.308,47	6.572,56	15.375,40
7. costi del personale - TOTALE	40.493,73	40.892,44	52.221,27	56.488,26	190.095,70
Totale per anno	160.986,79	127.503,62	161.378,02	151.006,40	600.874,83

SERVIZIO SCREENING	TABELLA B				
	ANNO				
tipologia di costi	2021	2022	2023	2024	Totale
1. consumi materiale sanitario	-	-	-	-	-
2. consumi materiale non sanitario	1.931,05	2.414,41	3.463,98	1.830,15	9.639,59
3. servizi sanitari					-
4.a spese postali	80.042,72	95.400,44	52.510,87	136.042,46	363.996,49
4.b servizi consegna ritiro kit in farmacia	278.723,92	272.737,08	337.644,83	301.608,51	1.190.714,34
4.c altri servizi non sanitari	1.827,95	3.837,57	8.262,55	926,22	14.854,29
4. servizi non sanitari - TOTALE	360.594,59	371.975,09	398.418,25	438.577,19	1.569.565,12
5. manutenzioni	13.533,32	13.045,32	14.756,63	14.968,90	56.304,17
6. noleggi	803,29	1.012,47	963,82	803,19	3.582,77
7.a costi dirigenti sanitari	26.775,02	21.262,92	28.841,92	36.533,79	113.413,65
7.b costi personale assist. Sanitario	80.043,72	108.783,49	117.767,62	142.641,59	449.236,42
7.c costi personale educatore	-	-	-	21.216,66	21.216,66
7.d costi personale amministrativo	10.144,06	10.650,27	12.109,89	11.819,53	44.723,75
7. costi del personale - TOTALE	116.962,80	140.696,68	158.719,43	212.211,57	628.590,48
8 ammortamenti	128,01	297,71	245,78	-	671,50
Totale per anno	493.953,06	529.441,68	576.567,89	668.391,00	2.268.353,63

La tabella che segue descrive tutti i costi relativi all’attività dello screening ed aggiunge un elemento, costituito dalla valorizzazione della prestazione effettuata dal Laboratorio di Sanità Pubblica, che di fatto si configura non come un costo ma come un prodotto di attività. Ogni test refertato ha un valore di 4,20 euro (codice prestazione 90.21.4) come è riportato nel nomenclatore tariffario dell’assistenza specialistica di Regione Lombardia (Del. n° XII /3630 del 16/12/2024). Una valutazione esclusivamente amministrativa porta a verificare che i costi sostenuti da ATS a livello aziendale per effettuare la prestazione di screening non vengono “coperti” dalla valorizzazione delle prestazioni di analisi del test, perciò la voce “differenza tra costi e valore output” risulta in negativo; tuttavia, è da considerare che le attività che vengono svolte sono ben più della refertazione del test, come si può facilmente desumere dalla lettura dei capitoli precedenti, cioè non si tratta di una semplice prestazione ma di una serie di attività prestazionali. È importante ricordare che tutte le prestazioni di screening, quindi anche il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci, sono garantite da Sistema Sanitario Regionale e completamente gratuite per il cittadino.



PRIMO LIVELLO SCREENING VOLUMI DI PRESTAZIONI	ANNO				Totale
	2021	2022	2023	2024	
N° kit esaminati	69.752	60.057	68.370	61.708	259.887
Valorizzazione prestazione Secondo tariffario	4,2 €	4,2 €	4,2 €	4,2 €	
Valorizzazione output attività (**)	292.958,40€	252.239,40 €	287.154,00€	259.173,60€	1.091.525,40 €

La TABELLA C che segue raccoglie in sintesi le precedenti e rapportando tutte le spese ai test effettuati, è possibile calcolare un valore medio annuo per ciascun test. Come era prevedibile, si verifica il costo unitario per un singolo test si riduce all’aumentare del numero dei test che sono stati fatti e viceversa: 8,24 euro quando se ne sono refertati oltre 69.000, mentre quando si sono refertati 61.708 test, il costo unitario è salito a 11,39 euro.

TOTALE DI TUTTE LE TABELLE	TABELLA C ANNO				
	2021	2022	2023	2024	Totale
valorizzazione output attività (**) (= ricerca del sangue occulto fecale)	292.958,40	252.239,40	287.154,00	259.173,60	1.091.525,40
tabella B costi servizio screening	413.910,34	454.476,89	548.296,43	551.588,56	1.968.272,22
tabella A: costi laboratorio	160.986,79	127.503,62	161.378,02	151.006,40	600.874,83
totale costi in euro	574.897,13	581.980,51	709.674,45	702.594,96	3.660.672,45
DIFFERENZA TRA COSTI E VALORIZZAZIONE OUTPUT (ATTIVITA')	-281.938,73	-329.741,11	-422.520,45	-443.421,36	-2.569.147,05

VALORI ANNUI PER SINGOLO TEST	ANNO				Costo medio
	2021	2022	2023	2024	
costi servizio screening	5,93	7,57	8,02	8,94	
costi laboratorio	2,31	2,12	2,36	2,45	
totale costi in euro	8,24	9,69	10,38	11,39	9,92

Per quanto riguarda invece la parte dei costi sostenuti per gli approfondimenti di secondo livello, cioè per quanto riguarda le attività svolte nei Servizi di Endoscopia degli Enti elencati a pagina 25, la tabella seguente riporta il numero di soggetti/anno che sono stati sottoposti ad accertamenti; l’esame di riferimento per il secondo livello è la colonscopia, durante la quale si possono dover effettuare dei prelievi da sottoporre all’attenzione dei patologi (polipi, biopsie). In qualche caso è stato necessario effettuare altre prestazioni specialistiche, come la colon-TAC, oppure è stato necessario ripetere la colonscopia sullo stesso soggetto: a seguire la valorizzazione economica delle prestazioni, calcolata utilizzando il flusso di rendicontazione degli ospedali (Flusso ambulatoriale 28 SAN) completo anche della valorizzazione economica della prestazione, come da nomenclatore tariffario già citato. Tutte le prestazioni sono garantite da Sistema Sanitario Regionale e completamente gratuite per il cittadino.



ATTIVITÀ DI SECONDO LIVELLO	2021	2022	2023	2024	Totale
N° soggetti sottoposti ad approfondimento	3.004	3.327	3.139	3.108	12.578
valorizzazione prestazioni acquistate dagli erogatori	137.943,92	151.118,24	115.650,48	170.498,72	575.211,36
Costo medio per ogni soggetto che ha effettuato approfondimento	45,9 €	€ 45,4	€36,8	€54,8	€45,7
Costo dell’attività di secondo livello spalmata Su tutti gli aderenti allo screening	1,9 €	2,5 €	1,7 €	2,7 €	2,2 €

Da ultimo, riportando il singolo costo medio per effettuare il test di primo livello e il singolo costo medio per effettuare gli approfondimenti diagnostici, quello “spalmato” su tutta la popolazione aderente allo screening, possiamo distribuire i costi del primo e secondo livello su tutta la popolazione che aderisce allo screening:

VALORIZZAZIONE PER SINGOLO SOGGETTO ADERENTE ALLO SCREENING (€)	2021	2022	2023	2024	Costo medio
COSTI TEST PRIMO LIVELLO (VEDI TABELLA C)	€ 8,24	€ 9,69	€ 10,38	€11,39	€ 9,92
COSTI APPROFONDIMENTI	€ 1,9	€ 2,5	€ 1,7	€ 2,7	€ 2,2
TOTALE COSTO PER SINGOLO ADERENTE	€ 10,14	€ 12,19	€ 12,08	€14,09	€ 12,12

Questo conteggio finale ci fa considerare che tutti i servizi che vengono offerti al cittadino (dall’invito al prelievo bioptico in endoscopia) alla fine impattano mediamente per 12,12 euro pro capite sulla popolazione aderente, con una variabilità di anno in anno che si correla inversamente con i volumi di popolazione aderente: più soggetti partecipano più la spesa è contenuta.

3. OBIETTIVI, ATTIVITÀ E RISULTATI



3.1 Selezione della popolazione e invito

In questa sezione del bilancio sociale vengono considerati gli aspetti che riguardano i risultati ottenuti con l’attività di screening e la valutazione dei processi e degli esiti avviene con il calcolo di indicatori di cui conosciamo gli standard di riferimento². I dati riportati sono coerenti con le rilevazioni ed analisi dei dati (SURVEY ONS) che annualmente vengono trasmesse a Regione, che a sua volta riferisce al Ministero della Salute per aggiornare le statistiche nazionali. Nel corso del periodo considerato, 2021-2024, la popolazione target dello screening che ha ricevuto un invito per effettuare il test è così distribuita:

Anno di screening	Popolazione residente a Mantova e Cremona fascia d'età bersaglio annua (50-74 ANNI) Maschi e femmine	Estensione Inviti *
2021	131.503	103%
2022	131.927	81%
2023	135.129	107%
2024	136.108	89%

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



Standard di riferimento: accettabile >80%, desiderabile >90%

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 negli anni dispari (2021-2023) misurava il fatto che si era chiamato più del 100% della popolazione, negli anni pari subisce una riduzione importante rispetto al 100%.



Questo sbilanciamento è da valutare all’interno della coppia di anni (biennio) ed è imputabile in parte anche al periodo della **Pandemia del 2020**, anno in cui l’attività è stata interrotta alla fine di febbraio per circa 5 mesi ed ha ripreso con attività irregolare per diversi mesi successivamente. Infatti, 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, sia perché non tutte le sale endoscopiche erano disponibili, sia perché innanzitutto è stato necessario recuperare la coda di attività sui casi positivi dei 5 mesi di blocco. Altro elemento “frenante” le attività era costituito dalle norme di distanziamento e il diverso utilizzo degli spazi ospedalieri per emergenza sanitaria in corso. Non disponendo appieno della possibilità di eseguire gli accertamenti in caso di positività nei tempi previsti dal protocollo di screening (circa 4 settimane dalla positività era da garantire la colonscopia) si sono necessariamente ridotti gli inviti per eseguire il test di primo livello.



A seguito degli inviti spediti, la tabella di seguito riporta l’adesione e l’esecuzione del test. Le tabelle sono suddivise per anno di screening e per genere, poiché è stato evidenziato anche in letteratura che le donne aderiscono maggiormente all’offerta di prevenzione: le possibili spiegazioni sono legate alla maggiore consapevolezza dei benefici degli screening sanitari ed un atteggiamento maggiormente proattivo nella cura della propria salute (<https://www.osservatorionazionalescreening.it/content/lo-screening-colorettale>).

² (Indicatori di qualità per la valutazione dei programmi di screening per i tumori colorettali: manuale operativo, EpidemiolPrev. 2007; 31 (1 Suppi): 1-56

3.2 IL PRIMO LIVELLO DI SCREENING

Nella tabella sono riportati il numero dei soggetti invitati, le adesioni che si sono registrate ed è calcolata la percentuale di adesione per anno e per genere. Come anticipato, l’adesione delle donne all’offerta di screening è nettamente superiore: il loro atteggiamento favorevole nei confronti degli screening è un volano che può essere sfruttato anche per convincere la popolazione maschile ad effettuare il test. Come si può notare, nel 2023 e 2024 la percentuale di uomini che ha aderito all’invito per effettuare il test della ricerca del sangue occulto è inferiore allo standard accettabile del 45%: questo aspetto rappresenta una criticità anche in considerazione del fatto che, come mostrano le curve di sopravvivenza ed incidenza della sezione di analisi epidemiologica, lo screening è molto efficace per gli uomini, più che per le donne, essendo il tumore coloretale più frequente nei maschi che nelle femmine (oncologia di genere) .

Anno di screening						
	INVITATI	ADERENTI	%ADESIONE	INVITATE	ADERENTI	%ADESIONE
2021	66.300	29.828	45%	69.113	34.974	50%
2022	52.402	25.478	48%	54.374	29.225	54%
2023	72.324	29.196	40%	73.605	34.251	46%
2024	61.066	26.273	43%	61.624	30.465	49%



Standard di riferimento per ADESIONE: accettabile >45%, desiderabile >65%

3.3 IL SECONDO LIVELLO DI SCREENING

Effettuato il test di screening, l’esito che verrà refertato dal Laboratorio sarà lo snodo per il proseguimento del protocollo di screening, come rappresentato nell’infografica di pagina 24. In questo punto del programma si distinguono:



- **i test negativi**, che comportano il ricevimento della lettera di esito del test e avviso del successivo invito per ripetere il test dopo 24 mesi.



- **i test positivi**, corrispondenti a campioni di feci contenenti tracce di sangue in quantità superiore al limite consentito dal test di screening (20 microgrammi di emoglobina per grammo di feci) 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. Nella tabella seguente sono indicati, per anno e per genere, il numero di soggetti risultati positivi, il calcolo della percentuale di positività sul totale di chi ha eseguito il test (dato riportato nella precedente tabella della sezione 3.2). Viene riportato anche il dato di adesione alla proposta di approfondimento diagnostico, rappresentato dalla colonscopia. E’ da rilevare come, l’anno immediatamente dopo la Pandemia, sia crollata in maniera rilevante l’adesione alla colonscopia. Abbiamo rilevato, negli anni, che una quota di cittadini che non aderiscono all’offerta di

approfondimento in realtà la eseguono privatamente o con impegnativa del medico di medicina generale, oppure risultano averla già effettuata in regime ambulatoriale (=con prescrizione medica). Questo significa le la % che manca all’adesione alla colonscopia in buona parte ha già effettuato o effettuerà l’esame per altra via.

Anni Screening								
	Positivi al test	%positività su tutti i test eseguiti	Colonscopie eseguite	% adesione alla colonscopia	Positive al test	%positività su tutti i test eseguiti	Colonscopie eseguite	% adesione alla colonscopia
2021	1.687	5,6%	1.285	76%	1.510	4,3%	1.114	74%
2022	1.425	5,6%	1.157	81%	1.196	4,1%	973	81%
2023	1.573	5,3%	1.271	81%	1.424	4,1%	1.150	81%
2024	1.438	5,5%	Dato in elaborazione	Dato in elaborazione	1.264	4,1%	Dato in elaborazione	Dato in elaborazione



Standard di riferimento per la % di adesione alla colonscopia: >80% accettabile, >90% desiderabile

3.3.1 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. Il contenuto di questa tabella illustra come prosegue il programma di screening in base alle risultanze delle indagini cliniche di endoscopia. Tre sono le possibilità, come è riportato nelle frasi anticipate dagli asterischi per collegarle con le caselle degli esiti:

- si rientra i screening ma dato che si è eseguita la colonscopia l’intervallo temporale è di 5 anni
- si entra in un percorso di follow-up personalizzato ed aderente al protocollo di Regione Lombardia
- si esce dallo screening per patologia oncologica d’organo

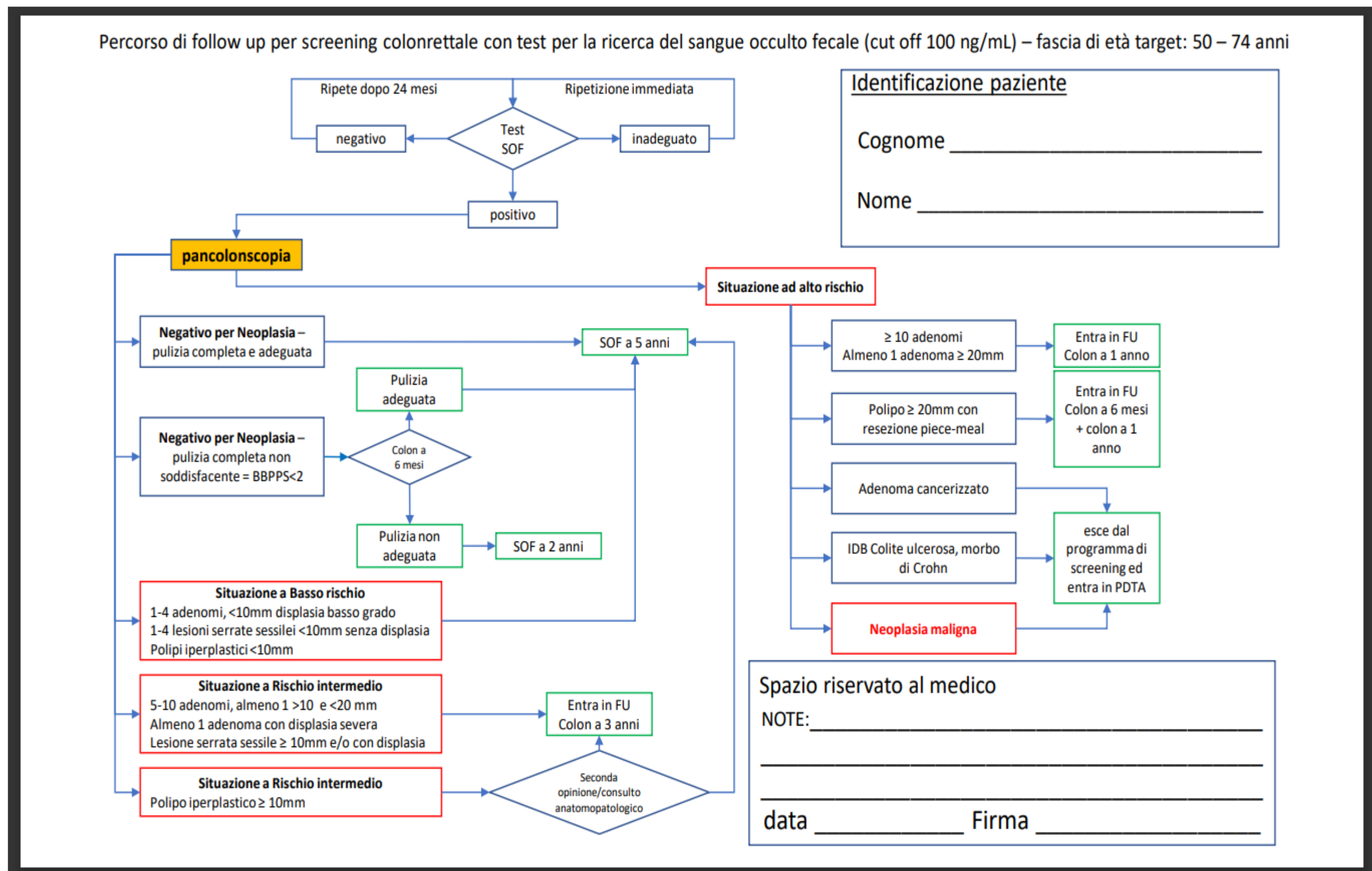
Anni screening								
	negativo (*)	adenoma basso rischio (*)	adenoma a rischio medio/alto (**)	Carcinoma (***)	Negativo (*)	adenoma basso rischio (*)	adenoma rischio medio/alto alto (**)	carcinoma (***)
2021	611	414	228	32	678	287	127	22
2022	697	315	124	21	459	419	73	27
2023	587	589	73	22	644	434	46	26
2024	Dato in elaborazione	Dato in elaborazione	Dato in elaborazione	Dato in elaborazione	Dato in elaborazione	Dato in elaborazione	Dato in elaborazione	Dato in elaborazione

- (*) 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 valutabili, 2021-2023, la popolazione che si è sottoposta alla colonscopia di accertamento è così distribuita: il 53 % rientra in screening, circa il 35 % entra in un percorso di follow-up, il 4% entra in un percorso clinico oncologico.



Di particolare rilevanza è questo ultimo dato: **150 persone hanno avuto una diagnosi di tumore diagnosticato molto precocemente rispetto ai sintomi**, con la possibilità di un intervento non demolitivo e la prospettiva di completa guarigione: **oltre il 90% degli interventi di rimozione del tumore avvengono durante la seduta di approfondimento in Endoscopia Digestiva**, le cosiddette colonscopie operative, per le quali il personale medico ed infermieristico deve possedere elevati livelli di competenza e di casistica (= expertise). Per quanto riguarda, invece, il percorso di sorveglianza endoscopica, il follow-up (cioè, la programmazione di una ulteriore colonscopia a seguito della prima) durante gli anni oggetto della rilevazione del bilancio sociale i programmi di screening lombardi hanno adottato raccomandazioni validate dal Gruppo di coordinamento regionale per lo screening coloretale, di seguito lo schema:



La stratificazione del rischio in base ai risultati della colonscopia che segue al test positivo, 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 5-10 adenomi o almeno un adenoma ≥ 10 mm e < 20 mm (o polipi < 10 mm con componente villosa o displasia di alto grado o polipo iperplastico ≥ 10mm), viene programmato un percorso di sorveglianza endoscopica con appuntamento per colonscopia a tre anni
- Alto rischio:** pazienti con oltre 10 adenomi o un adenoma ≥ 20 mm), viene programmato un percorso di sorveglianza endoscopica con appuntamento per colonscopia a 1 anno
- Le colonscopie che hanno permesso l'individuazione di un **carcinoma** in fase asintomatica consentono interventi non invasivi e prognosi favorevoli.

- Le colonscopie che hanno individuato una Colite ulcerosa, Morbo di Crohn o malattia cronica infiammatoria intestinale consentono di essere orientati a percorsi personalizzati gestiti dal proprio medico in accordo con gli specialisti endoscopisti

3.3.2 TEMPI DI ATTESA NEL PROGRAMMA DI 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 de test di screening non dovrebbe superare le 3-4 settimane, nel caso della negatività. In ATS Val Padana le tempistiche di consegna degli esiti sono in linea con lo standard. 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. Di seguito l’esposizione dei tempi di attesa per la colonscopia a seguito di test positivo per gli anni valutabili:

TEMPO DI ACCESSO ALLA COLONSCOPIA	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
Entro 30 giorni	36%	51%	48%
Tra 31 e 60 giorni	39%	35%	41%
Tra 61 e 90 giorni	16%	11%	7%
Oltre 90 giorni	9%	3%	4%

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. Risulta evidente la difficoltà per le Endoscopie a garantire posti in agenda per lo screening in tempistiche così ridotte, a fronte di oltre 6mesi/anno per la stessa prestazione in regime ambulatoriale. Tuttavia, è in corso uno sforzo importante per aumentare per quanto possibile la capienza, ma altrettanto impegno è in atto per aumentare l’appropriatezza prescrittiva delle colonscopie al di fuori dello screening per finalità preventive e non per sintomi: questo potrà ridurre la pressione delle liste d’attesa ed aumentare l’appropriatezza dei percorsi di prevenzione.

3.4 OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO E RICERCA

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. Responsabilizzare l’Erogatore rispetto ai non aderenti della propria agenda di screening. 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. È necessario porre attenzione alle barriere linguistiche ed attivare progettualità che favoriscano la capillarità delle comunicazioni. È necessaria formazione adeguata con esperti di comunicazione, professionisti specializzati nella gestione e nell'ottimizzazione dei processi comunicativi.
Aumentare la capacità di monitorare il percorso	Analisi periodica dei dati raccolti	Sono da potenziare le analisi epidemiologiche e lo studio puntuale e continuo degli indicatori di processo e di esito. Spesso, infatti, gli aspetti organizzativi e gestionali assorbono molte risorse e resta poco tempo per le fasi di monitoraggio dei dati. Particolarmente utile ed efficace risulta essere la collaborazione con l’Osservatorio Epidemiologico di ATS, collaborando con il quale è possibile intervenire su tale criticità.
Ridurre la quota di campioni inadeguati	Fase analitica del kit	Circa il 2,5% dei kit viene classificato inadeguato e ne comporta la ripetizione. Abbiamo rilevato recentemente che circa il 25% di chi riceve l’invito per ripetere l’esame non aderisce, vanificando tutto il percorso intrapreso. Necessario continuamente condividere con i farmacisti titolari i casi di inadeguatezza e di non conformità per ridurli al minimo. Importante lo studio dei motivi di inadeguatezza e mantenere informati i Presidenti di Federfarma di Mantova e di Cremona.
Informatizzare la raccolta dei dati di endoscopia	Secondo livello diagnostico	Come richiesto anche di recente da Regione Lombardia nella DGR 3720 del 30.12.2024, i clinici dedicati allo screening devono concludere l’atto medico di presa in carico in screening dell’assistito con la refertazione sul gestionale di screening. È necessario quindi dotare i servizi di endoscopia di postazione dedicata alla refertazione elettronica della colonscopia e programmazione successivo controllo in screening, riportando questo impegno anche nel testo delle addenda contrattuali di esercizio per quanto riguarda lo screening.
Razionalizzare il	Sorveglianza	Rivalutato il percorso di sorveglianza come da flow-chart inserita a

percorso di sorveglianza endoscopica	endoscopica/monitoraggio applicazione della flow-chart	pagina 31, dopo oltre 13 anni di applicazione a Mantova e oltre 9 anni di applicazione a Cremona, è necessario un momento di confronto e di analisi dei dati tra il Personale dello screening e i medici gastroenterologi. Utile l'organizzazione di un evento formativo dedicato a questo argomento.
--------------------------------------	--	---

 Ambiti di ricerca- area tematica utilizzo di setting opportunistici:
Screening del colon retto e promozione della salute: un percorso condiviso per il benessere del cittadino



L’adesione ai programmi di screening, come quello per la prevenzione del tumore del colon retto, rappresenta un’importante opportunità per individuare precocemente patologie oncologiche e rappresenta un percorso che mira a sostenere il cittadino nel prendersi cura di sé in modo attivo, continuativo e consapevole.

In occasione delle attività di Promozione della Salute di ATS, l’incontro con i cittadini diventa spesso motivo per rafforzare la relazione tra prevenzione oncologica e stili di vita salutari: per questo, durante eventi pubblici, manifestazioni territoriali e giornate dedicate alla salute, gli spazi informativi dedicati alla promozione dei corretti stili di vita comprendono materiale illustrativo riguardante lo screening per la prevenzione dei tumori colo rettali. Offrire ai cittadini un’informazione integrata, consente di inserire il tema della diagnosi precoce nel più ampio contesto dei comportamenti favorevoli alla salute, come una sana alimentazione, l’attività fisica regolare, la riduzione del consumo di alcol e tabacco.

Una significativa esperienza di integrazione tra la *SS Programmi di Screening di Popolazione* e la *SSD Promozione della Salute e Prevenzione-Fattori di Rischio Comportamentali* di ATS Val Padana si realizza nei luoghi di lavoro attraverso il Programma Workplace Health Promotion (WHP), per la promozione della salute negli ambienti di lavoro, presidiando specificatamente la prevenzione dei fattori di rischio delle malattie cronico-degenerative e si pone, come obiettivo prioritario, l’introduzione di cambiamenti organizzativi dei luoghi di lavoro, al fine di renderli ambienti favorevoli alla salute e all’adozione consapevole di stili di vita salutari (<https://www.ats-valpadana.it/programma-workplace-health-promotion>).

In particolare, il programma propone l’Area tematica CONCILIAZIONE VITA LAVORO ed in particolare la buona pratica *Adesione a comportamenti preventivi - “Attivare iniziative - concordate con la ATS territorialmente competente - per la promozione dell’adesione ai programmi di screening oncologico (colon-retto, mammella e cervice uterina) da parte dei lavoratori in età target”* al fine di valorizza il contesto lavorativo come ambiente favorevole alla prevenzione. In queste occasioni, oltre alla parte informativa sulle linee di screening attive, è prevista la presenza di operatori sanitari di ATS che incontrano direttamente i lavoratori, il Medico Competente, il datore di lavoro. Questo consente non solo di fornire spiegazioni dettagliate, ma anche di valutare insieme la situazione personale rispetto all’adesione ai programmi di screening, favorendo l’aggancio diretto o la riprogrammazione degli appuntamenti. Tale approccio operativo e personalizzato permette di superare ostacoli organizzativi o individuali, rafforzando l’efficacia della comunicazione e promuovendo una partecipazione più consapevole e attiva. Questo approccio integrato costituisce un setting opportunistico che tende a rafforzare la fiducia dei cittadini nei confronti dei servizi sanitari, promuovendo al contempo un’idea di prevenzione più ampia e partecipata. L’obiettivo non è solo intercettare precocemente eventuali patologie, ma anche attivare comportamenti e scelte consapevoli, capaci di incidere a lungo termine positivamente sul benessere individuale e collettivo.

Ambiti di ricerca - area tematica innovazione sociale, inclusione, fragilità:

Riduzione delle disuguaglianze (EQUITY) nell'accesso ai programmi di screening oncologico per persone con non autosufficienza.



Il progetto risponde ai bisogni della popolazione con fragilità e disabilità nell'accesso agli screening, attraverso un'offerta di diagnosi precoce e prevenzione dei tumori oggetto di campagne di screening *"tailored"*, cioè, adattata per questa tipologia di utenza. In coerenza con le indicazioni regionali, nazionali e comunitarie, il progetto esprime una connotazione *"equity oriented"*, orientato cioè alla riduzione delle disuguaglianze, dato che i limiti fisici e/o psichici rappresentano, insieme ad età, genere, stato sociale e territorio di appartenenza, indici di aumentato rischio per mancato accesso o inappropriately di percorso.

Utilizzando come riferimento il setting degli screening oncologici per i tumori di mammella, colon-retto e cervice uterina (Livelli Essenziali di Assistenza), sono definite metodologie, risorse e fasi di attività per l'elaborazione di percorsi di screening personalizzati, sia per le indagini di I livello, sia per gli approfondimenti diagnostici di II livello. Principali step del progetto:

A) Individuazione della popolazione target (e quantificazione): Verifica della numerosità della popolazione portatrice di disabilità/fragilità (con contestuale registrazione individuale dello stato di disabilità sugli applicativi gestionali dello screening), per mezzo di un'attività di record linkage con diverse basi dati su base dei codici fiscali per verificare la presenza di patologia oncologica organo specifica già diagnosticata o altri criteri già definiti nei protocolli screening che ne implicino l'esclusione. Questa precisione permette di escludere chi è già in un percorso clinico oncologico e di acquisire anche le informazioni riguardanti il tipo/grado di non autosufficienza. Su tali informazioni si basa la differenziazione dell'offerta di screening e della migliore scelta di tipologia di percorso di screening personalizzato per le esigenze del singolo assistito fragile.

B) Stratificazione della popolazione target: I soggetti target possono essere stratificati in tre categorie per consumo di risorse tecnico-organizzative: collaboranti (40%), non collaboranti (40%), non collaboranti complessi (20%).

La qualificazione del livello di complessità dell'assistenza necessaria è stabilita dai Medici dei percorsi protetti già attivi presso le ASST, in raccordo con il MMG e/o il Medico di riferimento di Struttura in casi di residenzialità, anche con il ricorso a specifiche scale validate per la valutazione.

C) Comunicazione e Reclutamento dei soggetti target

I soggetti target vengono reclutati per il tramite di una rete di stakeholder del territorio - tra cui Enti/ Piani di Zona e Associazioni del Terzo Settore, Direzioni di RSD-RSA, Centri Diurni, MMG, PLS, Cooperative Sociali, Enti Gestori – che già si occupano di fragili, per promuovere l'accesso all'offerta di screening e descrivere i percorsi facilitati per eseguire le prestazioni.

D) Presa in carico dei soggetti target e formazione del personale

I percorsi protetti già attivi presso le ASST per altre tipologie di prestazioni vengono utilizzati e adeguati alla presa in carico degli utenti fragili/disabili aderenti agli screening, in coerenza con i diagrammi di flusso definiti. Sono inoltre previsti percorsi formativi e informativi specifici per il personale addetto a queste specifiche attività preventive e diagnostiche.

Le azioni sono attuate da ATS Val Padana e dalle ASST afferenti in secondo le competenze ad esse attribuite dalle leggi di riforma del sistema sociosanitario lombardo. Le fasi di identificazione, stratificazione e reclutamento della popolazione target sono in capo ad ATS; le attività erogative sono organizzate presso le ASST. Per l'ATS della Val Padana il progetto, sostenuto da Regione Lombardia con un finanziamento ad hoc, ha valenza territoriale ed il suo sviluppo prevede una prima applicazione prototipale (presso ASST Mantova), con successiva implementazione in tutto il territorio di propria competenza. L'elemento innovativo principale del progetto è rappresentato dalla sua connotazione *"equity oriented"*; ciò porta a considerare la disabilità del cittadino utente degli screening come una condizione che necessita di personalizzare le modalità di offerta degli screening stessi, rendendoli accessibili in funzione della tipologia di handicap. A questo si aggiunge l'attenzione alla modalità di offerta dei percorsi di screening attraverso la rete di strutture, di medici di famiglia, di amministrazioni comunali che già hanno in carico utenti disabili / fragili e che rappresentano fattori facilitanti il raggiungimento della popolazione target senza violarne la privacy. Il progetto rientra nelle attività da concludere con produzione di un report entro il 31.12.2025, come previsto dalla DGR n. XII/3720 del 30/12/2024 di Regione Lombardia – capitolo dedicato agli screening oncologici.

Jine

Mantova, 30 giugno 2025

RINGRAZIAMENTI:



Hanno contribuito alla stesura di questo documento diversi professionisti appartenenti ad Uffici, Servizi, Dipartimenti di ATS Val Padana :

- ✓ Servizio Farmaceutico
- ✓ Gestione Acquisti (Provveditorato – Economato)
- ✓ Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali
- ✓ S.C. Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità
- ✓ Laboratorio di Prevenzione
- ✓ Promozione della Salute e Fattori di rischio comportamentali
- ✓ Comunicazione Aziendale e relazioni esterne
- ✓ Osservatorio Epidemiologico

Un ringraziamento al gruppo di lavoro della SS Programmi di Screening di Popolazione e un grazie particolare a Silvia Marri e Francesco Zunino per il contributo ai testi e all'editing.

Un ringraziamento ai colleghi dei Servizi Screening di Regione, con i quali abbiamo costruito l'impianto del Documento.

Ringrazio infine il Presidente di GISCoR che ha concesso l'utilizzo del logo della società scientifica

Emanuela Anghinoni
Dirigente SS Programmi di Screening di Popolazione
ATS Val Padana

