

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brianza

IL BILANCIO SOCIALE DELLO SCREENING COLORETTALE



Un percorso di prevenzione per la tua
salute



ATS Brianza 2021-2024

GISCoR

gruppo italiano screening coloretale

Un percorso di prevenzione per la tua salute

Bilancio Sociale dello screening coloretale in ATS Brianza

Progetto sviluppato in attuazione della DGR 3720 del 31/12/2024 Determinazioni agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025.

2

Presentazione Aziendale a cura del Direttore Generale di ATS Dott. Michele Brait

Stesura del Bilancio Sociale dello screening coloretale ATS Brianza coordinata a cura della Dr.ssa Antonina Ilardo

Autori del Bilancio Sociale dello Screening coloretale in ATS Brianza, per la trattazione delle tematiche di competenza e l'elaborazione dei relativi dati, sono:

- Dr.ssa Antonina Ilardo Direttore SC Medicina Preventiva nelle Comunità
- Dott.ssa Claudia Meroni SC Medicina Preventiva nelle Comunità
- Dott.ssa Marta Isella SS Governo Attività Screening
- Elisa Buosi SC Medicina Preventiva nelle Comunità
- Maria Josè Velardo SSD Gestione e Controllo Attività Sanitaria
- Dott.ssa Roberta Zanzi SS Programmazione e Controllo di Gestione
- Dott. Mauro Colombo SS Programmazione e Controllo di Gestione
- Dr. Luca Cavalieri D'Oro Direttore SC Epidemiologia
- Dr.ssa Elisabetta Merlo SC Epidemiologia
- Dott.ssa Magda Rognoni SC Epidemiologia
- Dott.ssa Stefania Bolis Direttore SC Innovazione e Comunicazione

Tutti i diritti riservati.

È vietata la riproduzione anche parziale, se non autorizzata in forma scritta da ATS Brianza.

INDICE

Presentazione aziendale

Guida alla lettura

3

01

1. IDENTITÀ

- 1.1 I programmi di screening oncologico organizzato
- 1.2 La Struttura Semplice Governo dell'Attività di Screening dell'ATS Brianza
- 1.3 Il contesto epidemiologico e sanitario
- 1.4 Lo screening del tumore coloretale
- 1.5 Il percorso di screening e i suoi attori

02

2. ORGANIZZAZIONE E RISORSE

- 2.1 Il modello organizzativo aziendale e risorse umane impiegate
- 2.2 Le risorse economico-finanziarie destinate al programma

03

3. OBIETTIVI, ATTIVITÀ E RISULTATI

- 3.1 Selezione della popolazione e invito
- 3.2 Primo livello
- 3.3 Secondo livello
- 3.4 Obiettivi di miglioramento e Ricerca

PRESENTAZIONE AGENZIA

Dr. Michele Brait, Direttore Generale ATS Brianza

La rendicontazione sociale dei programmi di screening oncologico rappresenta da anni un tema di grande rilievo per il Ministero della Salute e, in modo sempre più concreto, anche per le Agenzie di Tutela della Salute. A seguito di una fase sperimentale avviata nei primi anni 2010 e culminata nella definizione di specifiche Linee Guida, il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 – con l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza – ha introdotto formalmente la rendicontazione sociale nell'ambito della "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", legandola alla promozione della partecipazione consapevole, in particolare all'interno del programma F8 dedicato agli screening oncologici.

In continuità con questo percorso, il Piano Nazionale della Prevenzione 2020–2025 ribadisce l'importanza di un approccio trasparente, partecipato e orientato al miglioramento continuo, sottolineando la necessità di una riflessione profonda su quanto realizzato e su come restituirlo, in modo accessibile e utile, ai diversi portatori di interesse.

In questo scenario, ATS Brianza ha scelto di assumere la rendicontazione sociale non solo come adempimento formale, ma come occasione concreta per generare valore condiviso. Per noi, rendere conto è innanzitutto esito del rendersi conto: significa fermarsi, analizzare criticamente ciò che si fa, coinvolgere i diversi attori del sistema, e soprattutto attivare una comunicazione autentica e significativa con la cittadinanza.

La rendicontazione sociale, per ATS Brianza, rappresenta una efficace modalità per dare evidenza al valore sanitario, sociale ed economico generato, e per rafforzare il legame fiduciario tra istituzioni e cittadini.



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 vi permette 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 Refe, "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 ottemperanza alle 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 colorettales e gli stakeholder coinvolti.



2. Organizzazione e risorse: illustra il modello organizzativo regionale e della Provincia di Lecco e della Provincia di Monza e Brianza e 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.IDENTITÀ

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 della cervice uterina, per la prevenzione del tumore al collo dell'utero;
- lo screening mammografico, per la diagnosi precoce del tumore del seno;
- lo screening colorettaale, per la prevenzione del tumore del colon-retto.



I programmi di screening oncologico organizzato riducono del 25% la mortalità per tumore della mammella.



Il tumore al colon-retto è il 3° 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 della cervice uterina e la vaccinazione HPV hanno ridotto la mortalità per tumore all'utero di oltre il 50% negli ultimi 20 anni, soprattutto tra le giovani donne.

1.IDENTITÀ

1.1.1 I programmi di screening oncologico organizzato in Regione Lombardia

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

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

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.



2. Facilitazione ed equità di accesso e di cura: gestione attiva dell'invito sia al primo (esecuzione del test di screening) che al secondo livello (esecuzione degli approfondimenti diagnostici se il test di screening è dubbio o positivo), gratuità del percorso, attenzione posta all'accessibilità ai servizi.



3. Rapidità delle risposte e accompagnamento dell'utenza 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.



4. Appropriatelyzza: 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: utilizzo di test validati, formazione continua dei professionisti, creazione di una rete diffusa di servizi, 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, che consentono la costruzione di indicatori per analisi utili per il confronto tra territori diversi.



7. Programmazione: è la pianificazione a medio-lungo termine che consente un più efficiente utilizzo delle risorse.

1.IDENTITÀ

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:

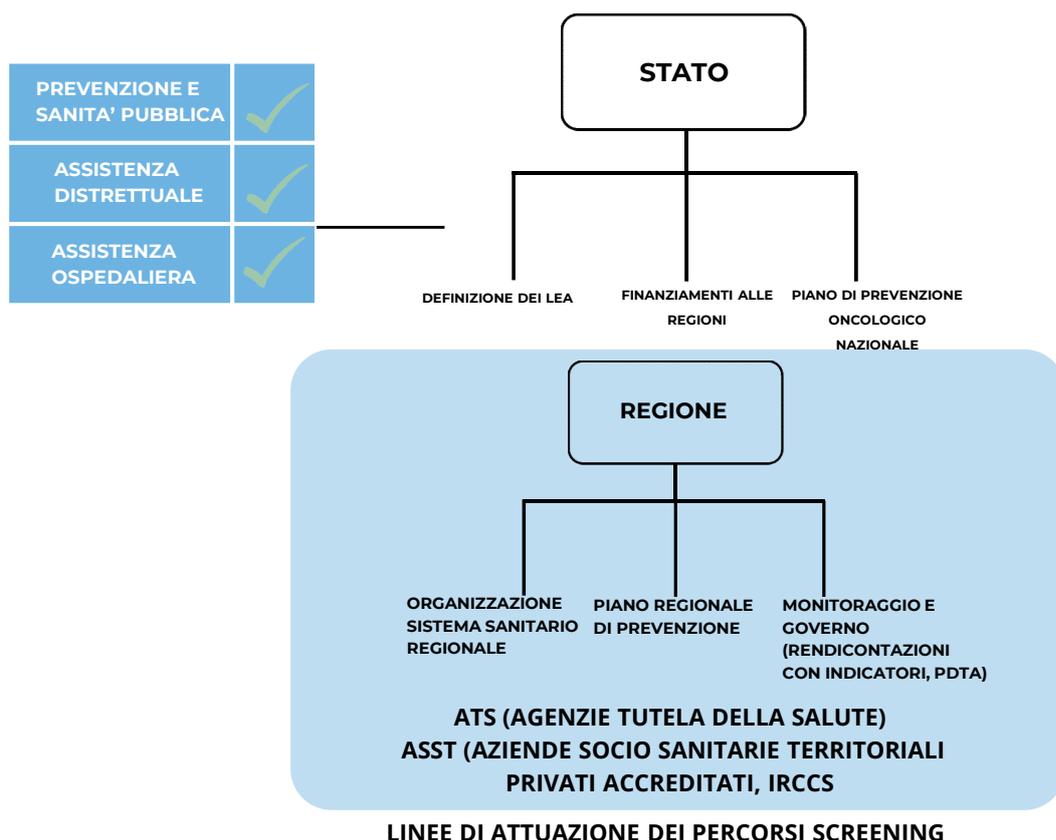
- **livello nazionale**, rappresentato da organi di indirizzo (Governo, Ministero della Salute) ed organi ausiliari tecnico-scientifici, con funzioni di programmazione generale e di allocazione delle risorse; a questo livello vengono definiti i Livelli essenziali di assistenza (LEA).
- **livello regionale**, 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 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 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 di governance, attraverso programmazione, acquisto e controllo dei servizi sanitari e socio-sanitari. 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 e gli IRCCS.

L'offerta di sanità pubblica delle tre linee di screening (mammografico, coloretale, cervice uterina) è organizzata su mandato regionale da ATS Brianza, che collabora con gli enti erogatori pubblici e privati accreditati della Provincia di Lecco e della Provincia di Monza e Brianza e con le farmacie sul territorio per garantire a tutti i cittadini un servizio di qualità.

Figura 1 L'organizzazione del SSN in tema di salute pubblica



1.IDENTITÀ

1.2 La Struttura Semplice Governo dell'Attività di Screening dell' ATS Brianza

Con il Decreto Legislativo 502/1992 vengono istituiti 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. Attualmente la SS Governo dell'Attività di Screening afferisce alla SC Medicina Preventiva nelle Comunità.

Lo screening coloretale nel territorio di ATS Brianza è stato avviato nel 2005 con inviti, spediti ogni due anni, ad una popolazione target in fascia di età compresa tra i 50 e i 69 anni, secondo due distinti modelli organizzativi nell'allora ASL di Lecco e nell'allora ASL di Monza, ora ATS Brianza.

In attuazione al Decreto N° 3711 del 03/04/2017 "Aggiornamento fasce età target dei programmi di screening oncologici per la prevenzione del tumore della mammella e del colon retto", lo screening del colon retto è stato gradualmente esteso, su tutto il territorio di ATS Brianza, anche alla fascia di età compresa tra i 70 e i 74 anni portando la popolazione target all'attuale fascia di età compresa tra i 50 e i 74 anni.

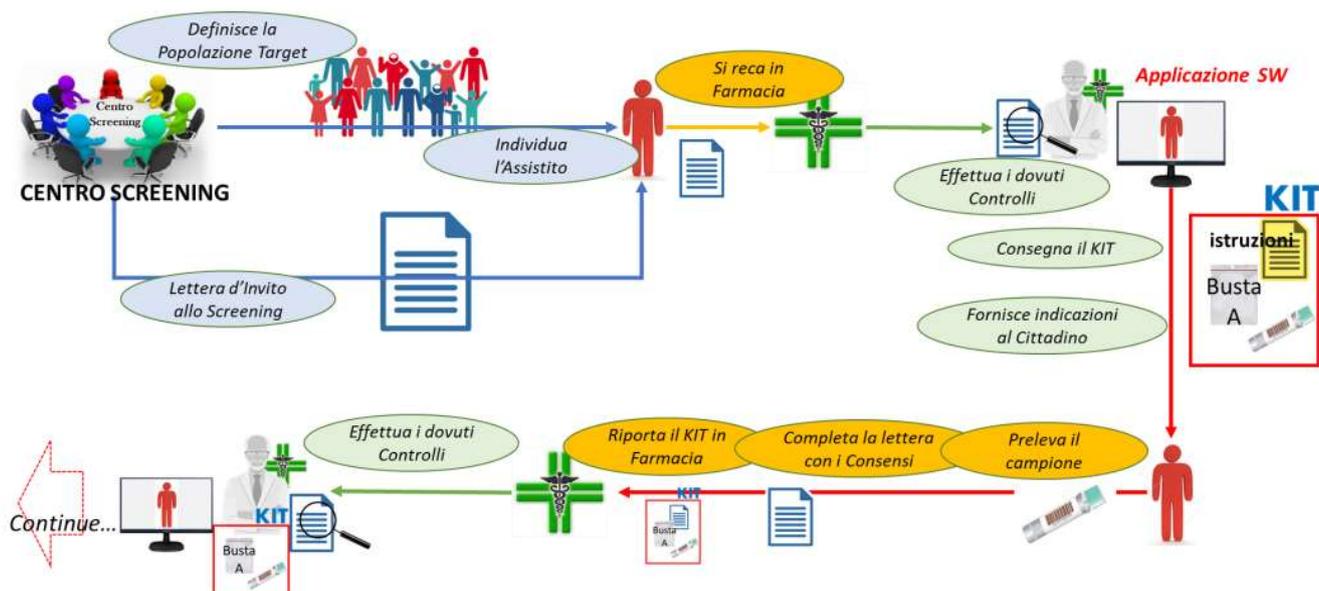
Le origini dell'attuale modello Organizzativo

Nell'ex ASL di Monza l'attività di screening colon retto è stata da sempre condotta con il supporto delle farmacie del territorio sia per la distribuzione delle provette, sia per il ritiro dei campioni, con attività di trasporto degli stessi a carico dei Distributori Intermedi (Vettori). Nell'ex ASL di Lecco, dalla fase di avvio fino al 2020, l'attività è stata condotta con il supporto delle Farmacie del territorio per la distribuzione delle provette e con il supporto delle associazioni di Volontariato del territorio e delle Amministrazioni Locali per attività di sensibilizzazione e ritiro dei campioni con trasporto degli stessi a cura di personale ATS.

Data la peculiare organizzazione, la spedizione degli inviti, per i comuni della Provincia di Lecco, avveniva per aree territoriali con attivazione ogni due anni, previa individuazione dei volontari e presa di contatto con le Amministrazioni Locali; mentre, per il territorio della provincia di Monza e Brianza, la spedizione degli inviti ha da subito riguardato contemporaneamente tutti i comuni della provincia grazie al coinvolgimento delle farmacie sia per l'attività di distribuzione delle provette sia per il ritiro dei campioni.

Dopo la prima ondata della pandemia Covid-19 e in ottemperanza alla DGR N° XI/4158 del 30/12/2020 "Sperimentazione dei nuovi servizi nella farmacia di Comunità" - approvazione piano attuativo screening del colon retto", sono state uniformate le modalità operative delle due aree territoriali di Lecco e di Monza Brianza, con distribuzione dei Kit contenenti le provette e il ritiro dei campioni presso le Farmacie.

Figura 2 Workflow operativo in attuazione alla DGR N° XI/4158 del 30/12/2020



1.IDENTITÀ

1.3 Il contesto epidemiologico e sanitario

Nell'ambito della stesura di un documento relativo all'organizzazione di un programma sanitario è sicuramente opportuna un'analisi di quelle che sono le caratteristiche del territorio e della popolazione ivi residente. Questa sezione del documento riassume il contesto epidemiologico e sanitario della Provincia di Lecco e della Provincia di Monza e Brianza, e i determinanti di adesione allo screening a livello provinciale e alle statistiche di incidenza e mortalità del cancro coloretale. Le Tabelle che seguono presentano le principali caratteristiche demografiche per Italia, Regione Lombardia e ATS Brianza.

Tabella 1A. Indicatori demografici: Italia, Lombardia, ATS BRIANZA

| INDICATORI DEMOGRAFICI | | | | |
|---|--------------------------|------------|------------|-------------|
| INDICATORI | | ITALIA | LOMBARDIA | ATS BRIANZA |
|  | ESTENSIONE KM2 | 302.073 | 23.864 | 1.220 |
|  | TOTALE COMUNI | 7.896 | 1.502 | 139 |
|  | TOTALE POPOLAZIONE | 58.934.177 | 10.035.481 | 1.210.062 |
|  | PERCENTUALE DI DONNE | 51% | 50,70% | 50,8% |
|  | PERCENTUALE DI STRANIERI | 9% | 12,30% | 8,9% |
|  | POPOLAZIONE 0-14 ANNI | 7.019.165 | 1.224.852 | 148.826 |
|  | POPOLAZIONE OVER 65+ | 14.573.173 | 2.394.067 | 295.606 |

1.IDENTITÀ

1.3 Il contesto epidemiologico e sanitario

Tabella 1B. Indicatori demografici: Italia, Lombardia, ATS BRIANZA

| INDICATORI DEMOGRAFICI | | | | |
|---|---|------------|-----------|-------------|
| INDICATORI | | ITALIA | LOMBARDIA | ATS BRIANZA |
|  | INDICE DI VECCHIAIA | 208 | 196 | 190 |
|  | INDICE DI DIPENDENZA STRUTTURALE | 58 | 58 | 58 |
|  | NATI | 369.922 | 64.536 | 7.882 |
|  | MORTI | 650.587 | 102.439 | 12.015 |
|  | POPOLAZIONE SCREENING 50-74 ANNI | 21.005.860 | 3.508.788 | 431.774 |
|  | PERCENTUALE DI DONNE SULLA POPOLAZIONE SCREENING | 51,50% | 50,90% | 50,3% |
|  | PERCENTUALE STRANIERI SULLA POPOLAZIONE SCREENING | 6% | 7,6% | 5,4% |

*fonte ISTAT, ultimo dato disponibile

** al 01/01/2025

***screening colon retto: 50-74 anni

1.IDENTITÀ

1.3 Il contesto epidemiologico e sanitario

Il territorio di ATS Brianza comprende la Provincia di Lecco e la Provincia di Monza e Brianza e ha un'estensione di 1220 km² con 139 comuni che sono distribuiti tra le due province in maniera eterogenea: la densità abitativa differisce in modo rilevante tra l'area della Provincia di Lecco che è notevolmente meno urbanizzata di quella della Provincia di Monza e della Brianza che ha invece densità tra le più alte d'Italia (rispettivamente per le due Province 413 e 2.162 abitanti/km²). La popolazione residente al 01/01/2024 è pari a 1.210.062 abitanti, con il 51% di donne e il 9% di stranieri. L'indice di vecchiaia, indicatore demografico che misura il grado di invecchiamento di una popolazione, nel territorio di ATS Brianza è di 190,3, inferiore rispetto al valore lombardo (195,5) e nazionale (207,6). Anche l'indice di dipendenza strutturale, definito come il rapporto tra la popolazione in età non attiva e la popolazione in età attiva, di ATS pari a 57,7% risulta allineato con il valore nazionale (57,8%) e di poco più alto di quello lombardo (56,4%). Il saldo naturale in tutti e tre i territori ha valore negativo, ciò significa che il numero delle nascite è inferiore rispetto al numero dei decessi registrati.

Concentrando l'attenzione sulla popolazione target dello screening coloretale, nel territorio di ATS Brianza, la popolazione di età compresa tra 50 e 74 anni è pari a 431.774 abitanti e rappresenta il 35,7% della popolazione totale, valore in linea con quello lombardo e italiano. Il 50,3% della popolazione bersaglio di ATS è rappresentata da donne, mentre il 5,4% da stranieri.

Determinanti della salute e fattori di rischio

Tra i determinanti dei tumori del colon-retto si riconoscono stili di vita e familiarità. I fattori di rischio sono rappresentati da eccessivo consumo di carni rosse e di insaccati, farine e zuccheri raffinati, sovrappeso e ridotta attività fisica, fumo ed eccesso di alcool. Ulteriori condizioni di rischio sono costituite dalla malattia di Crohn e dalla rettocolite ulcerosa. Esistono 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

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

Consumo di alimenti a rischio



Sovrappeso e ridotta attività fisica



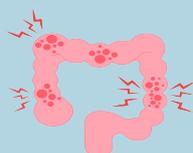
Fumo



Eccesso di alcool



Malattie infiammatorie intestinali



Familiarità



1.IDENTITÀ

1.3 Il contesto epidemiologico e sanitario

Determinanti della non adesione allo screening

Facendo riferimento ad un articolo pubblicato su E&P2 , si riportano di seguito i principali determinanti di non adesione allo screening coloretale in ATS Brianza nel periodo pre-pandemico (2018-2019); la Tabella 2 mostra i fattori associati a un tasso di non adesione più elevato.

13

Tabella 2. Principali determinanti della non adesione allo screening coloretale in ATS Brianza (2018-2019)

| Item | OR (IC95%) |
|---|------------------|
| IBD : Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (si vs no) | 2,00 (1,77-2,26) |
| Scompenso cardiaco (si vs no) | 1,51 (1,39-1,63) |
| Accessi al PS (7+ vs 0) | 1,81 (1,64-2,01) |

[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 riportano i dati di incidenza riferiti agli anni 2017-2019 e di mortalità per gli anni 2021-2023 relativi al tumore del colon retto in ATS Brianza. I dati di incidenza a mortalità per l'Italia sono invece stime riferite all'anno 2022.

Rispetto all'incidenza (nuovi casi/anno) in ATS Brianza, nel sesso maschile il tumore del colon retto è al terzo posto tra tutti i tumori con un numero medio di 420 nuovi casi all'anno, mentre nel sesso femminile occupa la seconda posizione con mediamente 347 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 di 209 nel sesso maschile e 158 nel sesso femminile. Il tasso standardizzato di incidenza è più basso in ATS Brianza rispetto all'Italia: per il sesso maschile risulta 67,7 vs 91,0; per il sesso femminile 45,0 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; 114,0 tra i maschi e 79,2 tra le femmine in ATS Brianza.

Per quanto riguarda la mortalità, il tumore del colon retto nel sesso maschile occupa il secondo posto e nel sesso femminile il terzo sia a livello nazionale sia in ATS Brianza nel ranking di mortalità rispetto agli altri tumori. Il numero medio di decessi annuali dovuti a questo tumore in ATS Brianza è 175 per il sesso maschile (di cui mediamente 61 in fascia di età screening) e 163 per il sesso femminile (di cui mediamente 41 in fascia di età screening). Anche il tasso standardizzato di mortalità, come quello di incidenza, è più basso in ATS Brianza rispetto all'Italia per entrambi i sessi (28,0 vs 40,3 per i maschi e 18,2 vs 25,4 per le femmine), e si conferma anche per la fascia di età target dello screening (31,3 vs 46,2 per i maschi e 19,5 vs 30,9 per le femmine).

1.IDENTITÀ

1.3 Il contesto epidemiologico e sanitario

2°

Il Secondo tumore più frequente in Italia

66,5%

sopravvive a 5 anni dalla diagnosi



Maschi= 3102



Femmine= 2597

Nel nostro territorio convivono con una diagnosi di tumore del colon-retto

Incidenza (nuove diagnosi) del tumore coloretale

Tabella 3A. Dati di incidenza e mortalità tumore del colon retto: Italia e ATS Brianza

| Maschi | Italia | ATS Brianza | Femmine | Italia | ATS Brianza |
|--|--------|-------------|--|--------|-------------|
| Nuovi casi annuo popolazione generale | 29.225 | 420 | Nuovi casi annuo popolazione generale | 25.559 | 347 |
| nuovi casi annuo popolazione fascia screening | 14.535 | 209 | nuovi casi annuo popolazione fascia screening | 11.309 | 158 |
| Numero di nuovi casi ogni 100.000 abitanti | 91 | 68 | Numero di nuovi casi ogni 100.000 abitanti | 63 | 45 |
| Numero di nuovi casi ogni 100.000 abitanti in fascia screening | 151 | 114 | Numero di nuovi casi ogni 100.000 abitanti in fascia screening | 107 | 79 |

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

1.IDENTITÀ

1.3 Il contesto epidemiologico e sanitario

Mortalità per tumore colon-retto



3°

causa di morte nelle
donne



2°

causa di morte negli
uomini

Tabella 3B. Dati di incidenza e mortalità tumore del colon retto: Italia e ATS Brianza

| Maschi | Italia | ATS Brianza |
|--|--------|-------------|
| Numero medio di decessi annuo | 12.982 | 175 |
| Numero medio di decessi popolazione fascia screening | 4.444 | 61 |
| Numero decessi ogni 100.000 abitanti | 40 | 28 |
| Numero decessi 100.000 abitanti in fascia screening | 46 | 31 |

| Femmine | Italia | ATS Brianza |
|--|--------|-------------|
| Nuovi casi annuo popolazione generale | 11.206 | 163 |
| Numero medio di decessi popolazione fascia screening | 3265 | 41 |
| Numero decessi ogni 100.000 abitanti | 25 | 18 |
| Numero decessi 100.000 abitanti in fascia screening | 31 | 19 |

1.IDENTITÀ

1.3 Il contesto epidemiologico e sanitario

Le figure 3 e 4 mostrano i trend dei tassi di incidenza e mortalità in ATS Brianza nel periodo 2011-2019 (dal 2011 sono stati unificati i dati delle due Province): si evidenzia un andamento in diminuzione per entrambi i sessi.

Figura 3. Trend di incidenza e mortalità tumore del colon retto ATS Brianza – sesso maschile

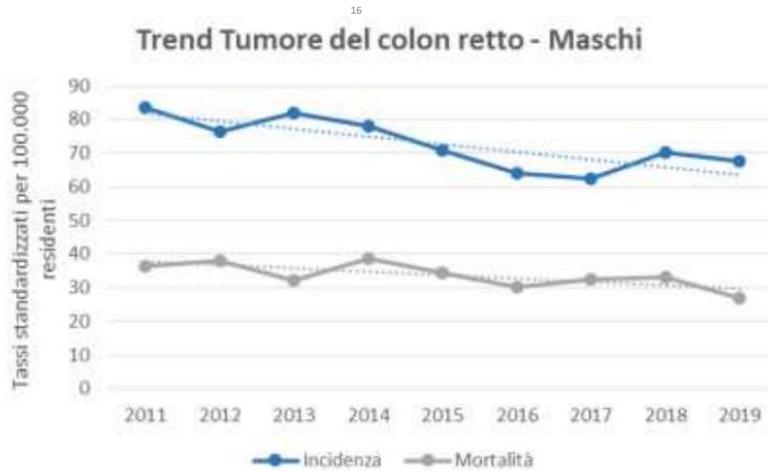
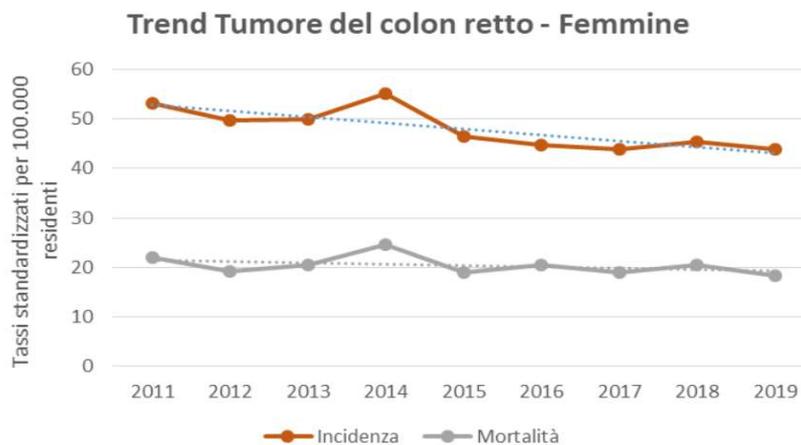


Figura 4. Trend di incidenza e mortalità tumore del colon retto ATS Brianza – sesso femminile



Infine, la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è relativamente alta e superiore a quella nazionale per entrambi i sessi: nel sesso maschile è del 65% in Italia e del 68% in ATS Brianza, nel sesso femminile è del 66% in Italia e del 69% in ATS Brianza. La prevalenza indica invece il numero di persone vive con il tumore del colon retto al termine del periodo considerato, nel caso di ATS Brianza vi sono circa 3.100 maschi e 2.600 femmine.

1.IDENTITÀ

1.4 Lo screening del tumore coloretale

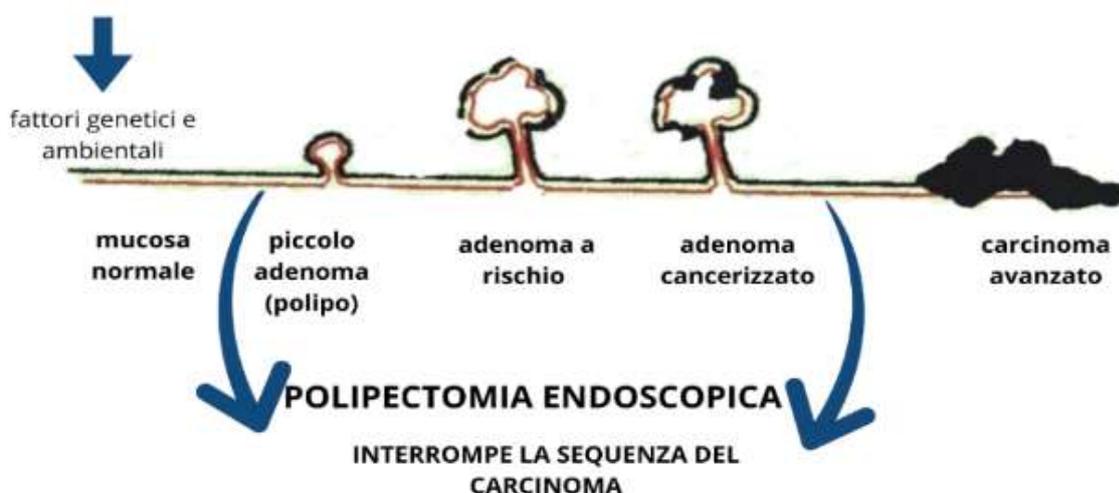
Il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025¹⁷ definisce i programmi di screening oncologici come strategie di provata efficacia per ridurre la mortalità e l'incidenza dei tumori oggetto di interventi di sanità pubblica.

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.

Figura 5. l'evoluzione 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.IDENTITÀ



1.4 Lo screening del tumore coloretta

18

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 (SOF).

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 necessita 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.18 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.IDENTITÀ

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

41,2%

MEDIA COPERTURA
DELL'ESAME

43,3%

TASSO DI ADESIONE
CORRETTO



TOTALE ADERENTI AL
TEST DI SCREENING

2.103.417



4,4%

TOTALE ADERENTI
POSITIVI AL TEST

92.775

83,3%

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



TASSO IDENTIFICAZIONE PER
ADENOMI A BASSO RISCHIO

10,8‰

2,3%

VALORE PREDITIVO
POSITIVO PER
CANCRO



TASSO IDENTIFICAZIONE PER
ADENOMI AD ALTO RISCHIO

3,3‰

1.IDENTITÀ

1.5 Il percorso di screening e i suoi attori

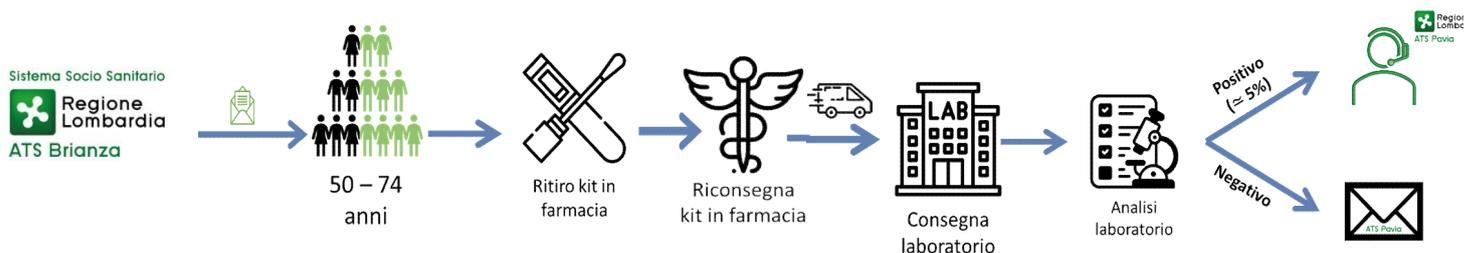
Lo scopo del programma di screening del tumore del colon retto è la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori coloretali e la bonifica di eventuali lesioni precancerose, favorendo la prognosi e riducendo la mortalità per causa specifica.

Il test di screening utilizzato è il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci (test di primo livello) che intercetta il possibile sanguinamento dei polipi e viene offerto ogni due anni a donne e uomini di età compresa tra i 50 e i 74 anni residenti nel territorio di competenza dell'ATS Brianza.

La distribuzione, la raccolta e la riconsegna del kit per l'effettuazione del test avviene presso le farmacie aderenti del territorio di competenza di ATS Brianza (Provincia di Lecco e Provincia di Monza e Brianza), questo avviene in applicazione alla DGR n.11/4158 del 30/12/2020, grazie ad accordi intercorsi tra Regione Lombardia e Ferderfarma Lombardia.

Il test si esegue in maniera semplice e veloce; consiste nella raccolta di un piccolo campione di feci, utilizzando la provetta con le indicazioni distribuite alla popolazione invitata dalle farmacie del territorio, che vengono inviate in Laboratorio per le analisi, necessarie ad individuare tracce di sangue nelle feci, non visibili ad occhio nudo.

Figura 6. il percorso di screening



Esito del SOF (sangue occulto nelle feci):

- ❖ **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, 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.

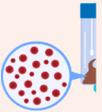
1.IDENTITÀ

1.5 Il percorso di screening e i suoi attori

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 ²¹ nella tabella 4:

Tabella 4. Esclusioni screening colon retto

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

1.IDENTITÀ

La tabella 5 descrive le fasi, le azioni e le responsabilità nell'ambito del programma di screening in ATS Brianza. Il codice colore è riferito all'infografica a pag.22, che riassume i percorsi e gli attori coinvolti nel programma in relazione all'esito del test di primo livello.

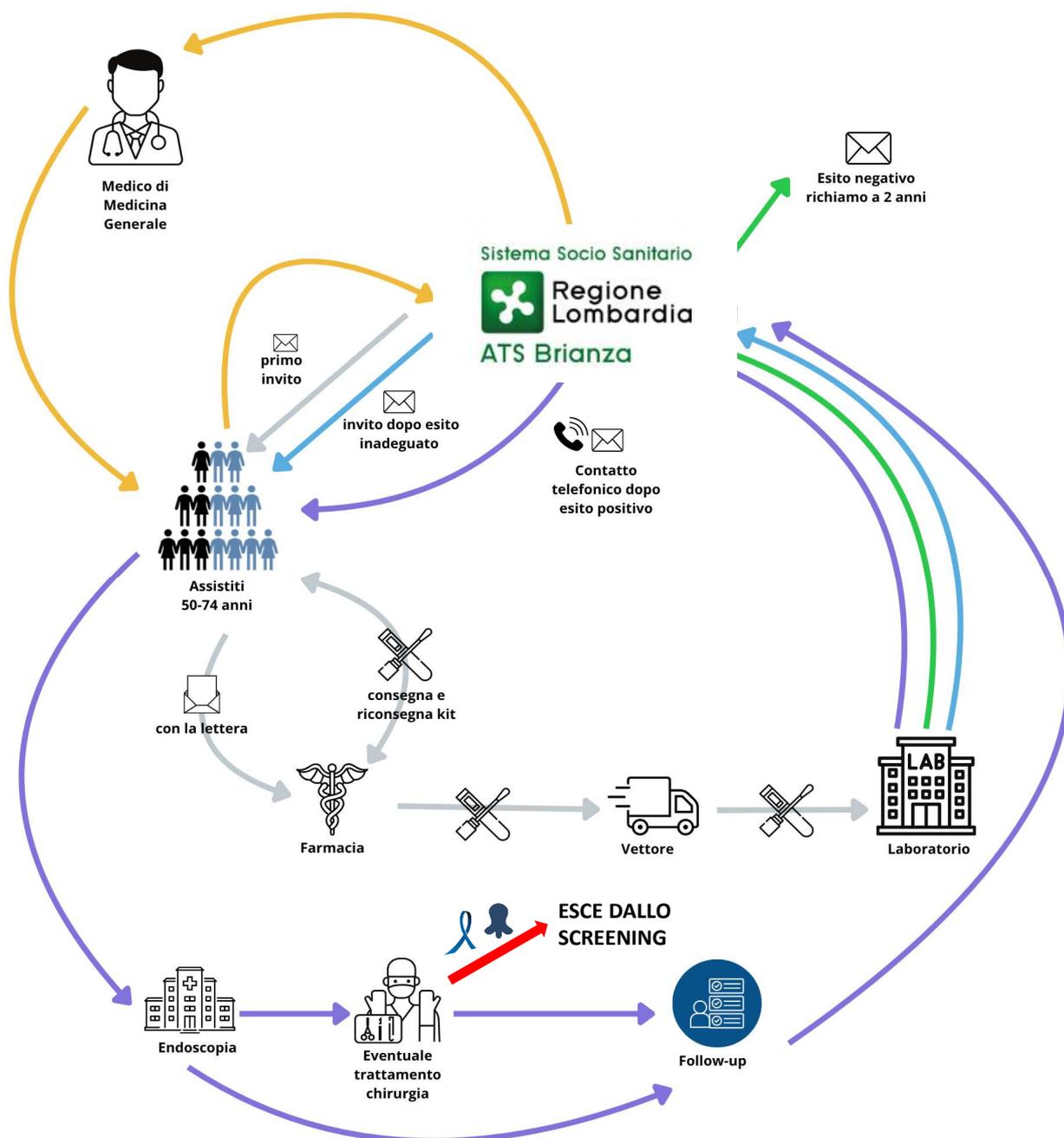
Tabella 5. Fasi-Azioni-Responsabilità

| FASI ATTIVITÀ | AZIONI | RESPONSABILITA' | CODICE COLORE <small>(vedi infografica pagina 22)</small> |
|---|---|--|---|
| 1. Individuazione della popolazione target da invitare e pianificazione dell'attività | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Estrazioni dal software gestionale screening dei nominativi da invitare appartenenti alla popolazione target (uomini e donne residenti di età compresa tra i 50 e i 74 anni), acquisite da banche dati ATS a loro volta alimentate dall'anagrafica regionale assistiti. | Sistemi informativi aziendali Osservatorio epidemiologico Servizio screening |  |
| 2. Predisposizione, stampa, imbustamento e invio lettere di invito | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Trasmissione dei nominativi da invitare al gestore che effettua la stampa e l'imbustamento mediante utilizzo di apposito portale e affidamento da parte dello stesso al gestore del recapito. | Servizio screening |  |
| 3. Primo livello Esecuzione del test SOF (test sangue occulto nelle feci) | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ritiro del KIT e riconsegna del campione presso le farmacie aderenti del territorio, utilizzando la lettera di invito per tracciabilità e corretta identificazione; ✓ recapito dei campioni al laboratorio analisi di riferimento tramite i vettori delle farmacie; ✓ acquisizione da parte del software gestionale screening degli esiti dei campioni analizzati presso il laboratorio. | Farmacisti Laboratorio |  |
| 4. Comunicazione esiti SOF | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Esito negativo: invio comunicazione esito mediante posta ordinaria con previsione di richiamo trascorsi due anni; ✓ Esito positivo: chiamata attiva per proposta approfondimento di secondo livello e comunicazione mediante A/R. ✓ Esito inadeguato: invio di una lettera di invito a ripetere il test | Servizio screening |  |
| 5. Monitoraggio dell'adesione al test | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Verifica dei non aderenti all'invito e spedizione di lettera di sollecito per incentivare l'adesione. | Servizio screening |  |
| 6. Secondo Livello Esame di approfondimento - Colonscopia | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Proposta appuntamento colonscopia in occasione della comunicazione di esito positivo, mediante utilizzo agenda su software gestionale screening; ✓ acquisizione informazioni circa eventuali patologie e terapie in corso con aggiornamento della scheda utente sul software gestionale screening; ✓ indicazione circa l'acquisizione del farmaco per la preparazione intestinale e sua assunzione. | Servizio screening Medico di medicina generale Endoscopia digestiva Anatomia patologica |  |
| 7. Refertazione e programmazione del follow up | <ul style="list-style-type: none"> ✓ In caso di esito negativo o a basso rischio: nuovo invito al 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 |  |
| 8. Modalità di comunicazione di esito | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Consegna a cura dello specialista, al termine dell'esecuzione dell'approfondimento del referto con le indicazioni relative al successivo iter diagnostico – terapeutico (follow-up); ✓ indicazioni circa le modalità di ritiro del referto in caso di prelievo biptico; ✓ inserimento di tutte le informazioni correlate all'esame di secondo livello nel software gestionale screening. | Endoscopia digestiva Servizio screening |  |
| 9. Monitoraggio dell'adesione alla colonscopia | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Monitoraggio adesione alla colonscopia e controllo periodico chiusura dei 2° livelli. | Servizio screening |  |
| 10. Terzo Livello/Trattamento | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Invio al trattamento chirurgico (terzo livello) a seconda dell'esito del secondo livello. | Servizio screening |  |
| 11. Monitoraggio e Valutazione delle Fasi | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Rendicontazione periodica dati di attività agli uffici ATS al fine del monitoraggio degli obiettivi e degli indicatori qualità; ✓ Rendicontazione dati con calendarizzazione indicata da regione Lombardia per monitoraggio andamento del programma mediante i seguenti flussi : Survey GISCOR per Osservatorio Nazionale Screening (ONS). | Servizio screening |  |

1.IDENTITÀ

1.5 Il percorso di screening e i suoi attori

23



1. IDENTITÀ

1.5 Il percorso di screening e i suoi attori

L'organizzazione dei programmi di screening è un'attività molto complessa che richiede la partecipazione attiva di molteplici strutture, professionisti e il coinvolgimento di diversi stakeholder. Il successo dei programmi di screening dipende quindi dall'interazione strutturata tra gli attori cruciali che intervengono nelle varie fasi del processo.

Le farmacie del territorio che collaborano per l'attività di screening colon retto con l'ATS Brianza sono 332 di cui 232 con sede nella provincia di Monza e Brianza e le restanti 100 con sede nella provincia di Lecco.

Le farmacie hanno un ruolo importante per la loro diffusione capillare sul territorio che garantisce la prossimità ai cittadini, sia per l'attività di distribuzione dei KIT e di raccolta dei campioni con conferimento degli stessi ai laboratori analisi di riferimento, per tramite dei vettori farmaceutici, sia per l'attività di sensibilizzazione della popolazione target.

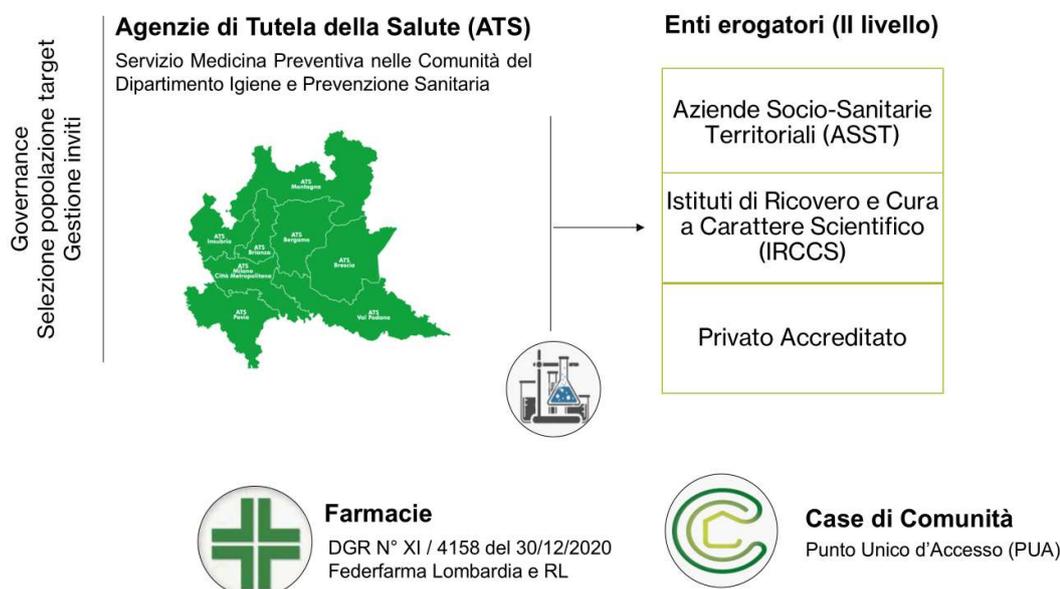
Gli erogatori, in ATS Brianza, sono coinvolti sia per le prestazioni di primo livello (lettura SOF per l'area di Monza e Brianza) che per le prestazioni di secondo livello che devono essere garantite alla popolazione target positiva al test di primo livello (SOF). Gli appuntamenti di secondo livello vengono fissati secondo un criterio di disponibilità di prestazioni e di prossimità.

Provincia di Lecco

- ✓ ASST Lecco, Presidio ospedaliero di Lecco, Ospedale "Alessandro Manzoni" via dell'Eremo, 9/11
- ✓ ASST Lecco, Presidio ospedaliero di Merate, Ospedale "San Leopoldo Mandic" Largo Mandic, 1
- ✓ Casa di cura Mangioni, via Leonardo Da Vinci 49 Lecco
- ✓ Casa di cura Talamoni, via San Nicolò 12 Lecco

Provincia di Monza e Brianza

- ✓ IRCCS San Gerardo, S.C. Laboratorio Analisi, via Pergolesi 33 Monza;
- ✓ IRCCS San Gerardo, S.C. Endoscopia Interventistica, via Pergolesi 33 Monza;
- ✓ ASST Brianza, Presidio Ospedaliero di Vimercate, via Santi Cosma e Damiano 10;
- ✓ ASST Brianza Presidio Ospedaliero di Carate, via Mosè Bianchi, 9;
- ✓ ASST Brianza Presidio Ospedaliero di Desio, via Giuseppe Mazzini, 1;
- ✓ Istituti Clinici Zucchi Monza, via Bartolomeo Zucchi, 24;
- ✓ Policlinico di Monza, via Amati 111.



2. ORGANIZZAZIONE E RISORSE

2.1 Il modello organizzativo aziendale e le risorse umane impiegate

Il personale di ATS Brianza che gestisce i programmi di screening è assegnato alla Struttura Semplice Governo Attività di Screening, afferente alla Struttura Complessa Medicina Preventiva delle Comunità, a sua volta afferente al Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria.

Attualmente il **personale assegnato alla SS Governo Attività di Screening**, che si occupa in modo esclusivo di tutti gli screening attivi (colon retto, mammella, cervice uterina) è composto dalla seguenti figure professionali:

- ✓ 2 Dirigenti Medici a tempo determinato (1 Medico specialista in Oncologia, 1 Medico specialista in Chirurgia Vascolare) per un impegno di 38 ore settimanali;
- ✓ 9 Assistenti Sanitari di cui 7 con un impegno di 36 ore settimanali e due part-time con impegno di 30 ore settimanali;
- ✓ 3 Infermieri di cui 2 con un impegno di 36 ore settimanali e uno a part-time con impegno di 27 ore settimanali;
- ✓ 1 Tecnico della Prevenzione con un impegno di 36 ore settimanali;
- ✓ 2 Educatori Professionali di cui 1 con un impegno di 36 ore settimanali e uno a part-time con impegno di 30 ore settimanali;
- ✓ 1 Ortottista attualmente in aspettativa;
- ✓ 1 Operatore Ruolo Tecnico non Sanitario.

Personale assegnato alla SC Medicina Preventiva delle Comunità che opera anche nel settore Screening:

- ✓ Direttore SC Medicina Preventiva nelle Comunità;
- ✓ 2 Assistenti Sanitari;
- ✓ 1 Operatore Amministrativo.

Le sedi della SS Governo Attività di Screening sono:

- ✓ Sede di Lecco, Corso Carlo Alberto, 120
- ✓ Sede di Desio, via Novara, 3

La struttura si occupa della gestione e del coordinamento delle attività di screening, con un team multidisciplinare che lavora per garantire l'efficacia e l'efficienza dei programmi di prevenzione oncologica.

Il Laboratorio di Prevenzione di ATS

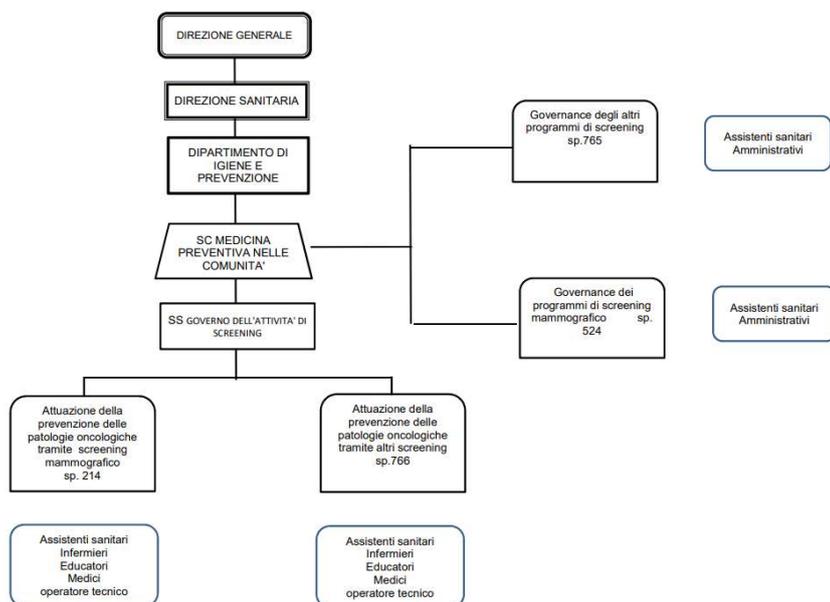
Nel territorio della provincia di Lecco l'analisi dei campioni con relativa refertazione viene effettuata presso la SSD Laboratorio di Prevenzione, una Struttura Semplice a valenza Dipartimentale afferente al Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria dell'ATS, situato in via Longoni, 13 Oggiono.

Di seguito le figure professionali afferenti al Laboratorio di Prevenzione di Oggiono impegnate nell'attività di screening:

- ✓ 1 Dirigente Biologo con attività di coordinamento e supervisione;
- ✓ 3 Tecnici Sanitari di Laboratorio Biomedico per la parte analitica, refertazione e trasmissione dati al programma gestionale dello screening;
- ✓ 2 Operatori Tecnici Categoria B per accogliere e classificare i campioni pervenuti con i vettori farmaceutici.

Queste figure lavorano in team per garantire un'efficace gestione del processo di screening, dalla raccolta dei campioni alla loro analisi e refertazione, raccordandosi in caso di necessità con la SS Governo Attività di Screening

Funzionigramma SS Governo Attività di Screening



2. ORGANIZZAZIONE E RISORSE

2.2 Le risorse economico-finanziarie destinate al programma

Le tabelle 6 e 7, sotto riportate, rappresentano le principali risorse umane ed economiche coinvolte nel processo di gestione dello screening del colon retto.

Si rileva un progressivo incremento nel periodo di riferimento sia del personale coinvolto che dei costi sostenuti a supporto del trend in crescita dei soggetti sottoposti a screening.

Tabella 6. Risorse umane PERSONALE COMPLESSIVO CENTRO SCREENING ATS BRIANZA 2021-2024 - NUMERO TESTE FULL TIME EQUIVALENT

| RUOLO | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|--------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| AMMINISTRATIVO COMPARTO | 1,00 | 1,08 | 0,58 | |
| SANITARIO COMPARTO | 9,17 | 10,05 | 13,83 | 13,00 |
| SANITARIO DIRIGENZA MEDICA | 1,00 | 1,33 | 2,25 | 3,67 |
| SANITARIO DIRIGENZA NON MEDICA | | 0,92 | 0,17 | |
| TECNICO COMPARTO | | | 0,67 | 1,00 |
| TOTALE | 11,17 | 13,38 | 17,50 | 17,67 |

Tabella 7. Risorse economiche

| TABELLA COSTI SCREENING ATS BRIANZA | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|--|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| COSTI FISSI | 430.910 € | 372.353 € | 342.540 € | 360.235 € |
| COSTI VARIABILI PER VOLUME 1^LIVELLO | 652.036 € | 694.232 € | 887.056 € | 1.001.722 € |
| COSTI VARIABILI PER VOLUME 2^ LIVELLO | 371.775 € | 360.280 € | 419.503 € | 405.261 € |
| TOTALE COSTI | 1.454.721 € | 1.426.866 € | 1.649.099 € | 1.767.218 € |
| TOTALE COSTI PER SOGGETTO SCREENATO | 23 € | 18 € | 19 € | 18 € |

3. OBIETTIVI, ATTIVITÀ E RISULTATI

3.1 Selezione della popolazione e invito

In questa sezione vengono presentati i dati di attività del programma, in particolare quelli che riguardano i risultati ottenuti con l'attività di screening. La valutazione dei processi e degli esiti avviene con il calcolo di indicatori che consentono di valutare sinteticamente l'attività del centro screening e, soprattutto, la risposta della popolazione. Nello specifico, per ciascun anno di attività, vengono indicati il **dato di estensione degli inviti** (% di popolazione invitata rispetto agli aventi diritto), il **dato di adesione corretta** all'invito (test eseguiti/ inviti spediti al netto degli inesitati e degli esclusi dopo invito), il tasso di positività al test di primo livello e i dati relativi alle prestazioni di secondo livello, tra cui il tasso di adesione agli approfondimenti, le colonscopie eseguite e le lesioni rimosse.

Mentre i dati di estensione degli inviti ed adesione allo screening sono disponibili per tutto il periodo trattato dal bilancio sociale (2021-2024), quelli relativi al secondo livello e al numero di tumori e adenomi identificati in screening sono aggiornati al 2023. I dati del 2024 non sono infatti ad oggi ancora pienamente disponibili e si è pertanto deciso di non inserire dati parziali.

La sezione si conclude con il paragrafo relativo alle iniziative implementate negli ultimi anni da parte del Centro Screening, inclusi gli obiettivi di miglioramento e i progetti futuri.

3.2 Primo livello

Nella tabella 8 si evince la popolazione target che nel corso del quadriennio considerato (2021-2024) ha ricevuto un invito per effettuare il test di screening (SOF):

Tabella 8. Popolazione target e popolazione invitata (fonte dati : GISCoR)

| ANNO DI SCREENING | POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUA FASCIA TARGET UOMINI E DONNE | N°MASCHI INVITATI NELL'ANNO | N°FEMMINE INVITATE NELL'ANNO |
|-------------------|--|-----------------------------|------------------------------|
| 2021 | 206.144 | 75.189 | 79.312 |
| 2022 | 208.388 | 102.355 | 107.241 |
| 2023 | 211.012 | 109.114 | 114.705 |
| 2024 | 213.229 | 103.573 | 108.342 |

3. OBIETTIVI, ATTIVITÀ E RISULTATI

3.2 Primo livello

La tabella 9 indica il numero dei soggetti che hanno eseguito il test a seguito dell'invito ricevuto, suddivisi per anno di attività di screening e per genere (M/F):

Tabella 9. Aderenti (fonte dati : GISCoR)

| ANNO DI SCREENING | MASCHI | | FEMMINE | |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|
| | INVITATI | ADERENTI | INVITATI | ADERENTI |
| 2021 | 75.189 | 26.208 | 79.312 | 31.258 |
| 2022 | 102.355 | 36.969 | 107.241 | 43.815 |
| 2023 | 109.114 | 41.739 | 114.705 | 49.788 |
| 2024 | 103.573 | 40.288 | 108.342 | 48.872 |

Nelle tabelle 10 e 11 vengono indicati ,per ciascun anno di attività: gli indicatori di **estensione grezza degli inviti** (% di popolazione invitata rispetto agli aventi diritto) e **di adesione corretta** all'invito (test eseguiti/ inviti spediti al netto degli inesitati e degli esclusi dopo invito) mettendo come riferimento gli standard previsti da ONS .

Tabella 10. Estensione grezza (fonte dati : GISCoR)

| FASE | INDICATORE | SIGNIFICATO OBIETTIVO | STANDARD ACCETTABILE** | STANDARD DESIDERABILE** | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|--------------------------------|----------------------------------|--|------------------------|-------------------------|------|------|------|------|
| Reclutamento della popolazione | Estensione grezza degli inviti * | Raggiungere 100% popolazione obiettivo | >80% | >90% | 75% | 100% | 106% | 99% |

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

** Fonte dati: Indicatori di qualità per la valutazione dei programmi di screening colorettaali- pubblicato su Epidemiologia e Prevenzione –ONS- : novembre 2007

Tabella 11. Adesione corretta (fonte dati : GISCoR)

| FASE | INDICATORE | SIGNIFICATO OBIETTIVO | STANDARD ACCETTABILE** | STANDARD DESIDERABILE** | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|-----------------------------------|--------------------------------|---|------------------------|-------------------------|--------|-------|-------|-------|
| esecuzione del test di 1° livello | adesione corretta agli inviti* | Valutare quanti soggetti eseguono il test a seguito di invito | >45% | >65% | 37,28% | 38,8% | 41,2% | 42,4% |

* Adesione corretta = rispondenti / (invitati - inviti inesitati - esclusi dopo l'invito) * 100

** Fonte dati: Indicatori di qualità per la valutazione dei programmi di screening colorettaali- pubblicato su Epidemiologia e Prevenzione –ONS- : novembre 2007

3.3 Secondo livello

Il risultato del test è un passaggio fondamentale dello screening, perché serve a identificare e distinguere i soggetti con esito negativo dai soggetti con esito positivo che devono essere invitati ad effettuare ulteriori approfondimenti definiti di secondo livello. Per una puntuale gestione dei soggetti di secondo livello, oltre a conoscerne il numero, è importante sapere quanti tra i positivi aderiscono agli approfondimenti proposti. La mancata adesione agli approfondimenti di secondo livello rischia di annullare tutto il percorso di prevenzione intrapreso, rendendo più difficile continuare con le altre fasi dello screening.

La tabella 12 indica il numero dei positivi al test di 1° livello (SOF) , le colonscopie eseguite e il tasso di adesione all'esame di 2° livello (Compliance).

Tabella 12. Positivi (fonte dati : GISCoR)

| ANNO DI SCREENING | MASCHI | | | | FEMMINE | | | |
|-------------------|------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------------------|------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| | POSITIVI AL TEST | % POSITIVITA' SUGLI SCREENATI | COLONSCOPIE ESEGUITE | % ADESIONE ALLA COLONSCOPIA | POSITIVI AL TEST | % POSITIVITA' SUGLI SCREENATI | COLONSCOPIE ESEGUITE | % ADESIONE ALLA COLONSCOPIA |
| 2021 | 1.567 | 6% | 1.284 | 82% | 1.542 | 5% | 1.258 | 81,5% |
| 2022 | 2.012 | 5,4% | 1.644 | 81,7% | 1.768 | 4% | 1.454 | 82% |
| 2023 | 2.088 | 5% | 1758 | 84% | 1.915 | 3,8% | 1.575 | 82% |

3. OBIETTIVI, ATTIVITÀ E RISULTATI

3.3 Secondo livello

Nella tabella 13 ,per ciascun anno di attività preso in esame, vengono indicati il **tasso di positività** (% di popolazione risultata positiva al test /test eseguiti) e la **percentuale di adesione** all'approfondimento (coloscopie eseguite/ soggetti).

29

Tabella 13.tasso di positività e percentuale di adesione (fonte dati : GISCoR)

| FASE | INDICATORE | SIGNIFICATO OBIETTIVO | STANDARD ACCETTABILE* | STANDARD DESIDERABILE* | 2021 | 2022 | 2023 |
|-----------------|---------------------------------------|--|-----------------------|------------------------|------------------|------------------|----------------|
| secondo livello | tasso di positività | individuazione dei casi positivi da inviare ad accertamento | <6% | <5% | 6% M 5% F | 5,4% M 4% F | 5% M 3,8% F |
| secondo livello | tasso di adesione all'approfondimento | valutazione della compliance agli esami di approfondimento per verifica della positività al test | >85% | >90% | 82% M 81,5% F | 81,7% M 82% F | 84% M 82% F |

* Fonte dati: Indicatori di qualità per la valutazione dei programmi di screening colorettaali- pubblicato su Epidemiologia e Prevenzione –ONS- : novembre 2007

Nella tabella 14 sono riportate le lesioni individuate, suddivise per anno di attività, per genere e per tipologia di lesione.

Tabella 14. Lesioni (fonte dati : GISCoR)

| ANNO DI SCREENING | MASCHI | | | FEMMINE | | |
|-------------------|------------------|------------------|-----------|------------------|------------------|-----------|
| | ADENOMA INIZIALE | ADENOMA AVANZATO | CARCINOMA | ADENOMA INIZIALE | ADENOMA AVANZATO | CARCINOMA |
| 2021 | 358 | 182 | 33 | 243 | 107 | 32 |
| 2022 | 533 | 239 | 40 | 354 | 137 | 39 |
| 2023 | 591 | 201 | 42 | 380 | 109 | 46 |

3. OBIETTIVI, ATTIVITÀ E RISULTATI

3.3 Secondo livello

Nella tabella 15 viene descritto il «tasso di identificazione» dei carcinomi e degli adenoma avanzati. Tale indicatore esprime la proporzione di individui con una determinata condizione (malattia o fattore di rischio) che vengono correttamente identificati grazie allo screening.

30

Tabella 15. Tasso di identificazione carcinoma e adenoma avanzato (fonte dati : GISCoR)

| FASE | OBIETTIVI STRATEGICI | INDICATORE | STANDARD* | 2021 | 2022 | 2023 |
|--|--|--|---|---|---|---|
| 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‰ esami successivi | 1,3‰ primi esami 1,1‰ esami successivi | 1,3‰ primi esami 0,9‰ esami successivi | 1,2‰ primi esami 0,9‰ esami successivi |
| | monitorare l'efficacia di diagnosi precoci | tasso di identificazione dell'adenoma avanzato | >7,5‰ primi esami >5‰ esami successivi | 8,8‰ primi esami 4,4‰ esami successivi | 5‰ primi esami 4,5‰ esami successivi | 5,4‰ primi esami 2,9‰ esami successivi |

* Fonte dati: Indicatori di qualità per la valutazione dei programmi di screening colorettrali- pubblicato su Epidemiologia e Prevenzione –ONS- : novembre 2007

Tempi di attesa in screening

La tabella 16 indica i tempi di attesa che decorrono tra l' intervallo della data di processazione del SOF e la data di spedizione dell'esito in caso di esito negativo e l'intervallo fra la data di processazione del SOF che è risultato positivo e la data di effettuazione della colonscopia di approfondimento.

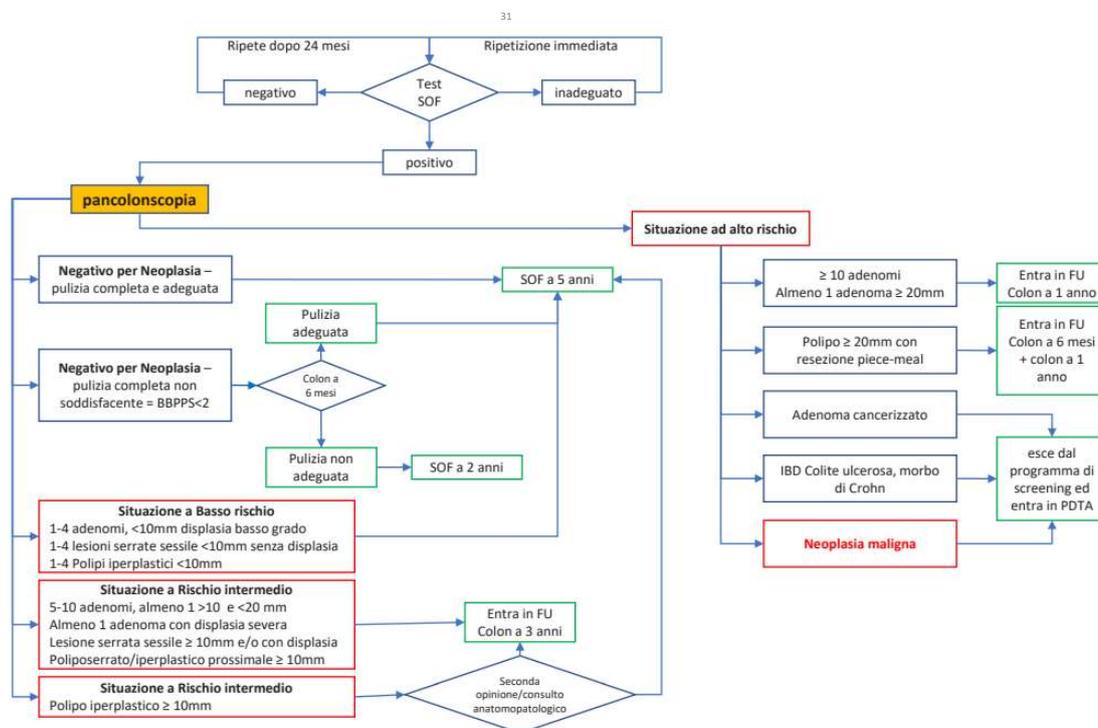
Tabella 16.Tempi di attesa (fonte dati : GISCoR)

| FASE | INDICATORE | SIGNIFICATO | STANDARD* | 2021 | 2022 | 2023 |
|-----------------|--|------------------------------------|--------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| tempi di attesa | tempo tra la riconsegna del kit e l'esito di negatività | valuta l'efficienza del programma | >90% entro 21 gg di calendario | 99,99% entro 21gg | 99,99% entro 21gg | 95,36% entro 21gg |
| tempi di attesa | tempo tra la data della positività ed esecuzione colonscopia | valuta l'efficienza del programma. | >90% entro 30 gg di calendario | 39,8% entro 30gg | 71,7% entro 30gg | 76,8% entro 30gg |

* Fonte dati: Indicatori di qualità per la valutazione dei programmi di screening colorettrali- pubblicato su Epidemiologia e Prevenzione –ONS- : novembre 2007

3. OBIETTIVI, ATTIVITÀ E RISULTATI

Di seguito il percorso di follow up per screening coloretale con test per la ricerca del sangue occulto fecale (cut off 100 ng/mL) – fascia di età target: 50 – 74 anni, secondo le «Linee di indirizzo screening del carcinoma coloretale in Regione Lombardia» approvate con la DGR n. 2240 del 22/04/2024.



- ✓ Le colonscopie **con esito negativo per neoplasia e pulizia adeguata e completa** prevedono il rientro nel programma di screening con ripetizione del **test per la ricerca del sangue occulto dopo 5 anni**;
- ✓ Le colonscopie **con esito negativo per neoplasia e pulizia completa non soddisfacente** prevedono una **colonscopia a 6 mesi**;
- ✓ **Basso rischio**: pazienti con 1-4 adenomi < 10mm, prevedono il rientro nel programma di screening con ripetizione del **test per la ricerca del sangue occulto dopo 5 anni**;
- ✓ **Rischio intermedio**: pazienti con 5-10 adenomi, almeno 1 >10 e < 20mm o almeno 1 adenoma con displasia severa o lesione serrata sessile ≥ 10mm e/o con displasia o polipo serrato/ iperplastico ≥ 10mm entrano nel percorso di follow up con ripetizione della colonscopia a 3 anni;
- ✓ **Alto rischio**: ai pazienti con ≥ 10 adenomi o con almeno 1 adenoma ≥ 20mm viene programmato un percorso di sorveglianza endoscopica con appuntamento per colonscopia a 1 anno;
- ✓ **pazienti con neoplasia maligna**: escono dal percorso di screening ed entrano nel Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA).

Le colonscopie che individuano un carcinoma in fase asintomatica permettono di intervenire con trattamenti meno invasivi e di ottenere una prognosi più favorevole.

3. OBIETTIVI, ATTIVITÀ E RISULTATI

3.4 Obiettivi di miglioramento e Ricerca

I processi di programmazione e valutazione dei programmi di screening si sviluppano costantemente, garantendo che l'organizzazione dell'offerta sia sempre adeguata alle trasformazioni degli scenari, alle necessità emergenti e agli obiettivi regionali. Nella tabella 17 si individuano diversi obiettivi di miglioramento:

Tabella 17. Obiettivi di miglioramento

| OBIETTIVO DI MIGLIORAMENTO | FASE DELLO SCREENING | AZIONI |
|---|--|--|
| Aumentare l'adesione | 1° e 2° livello | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Messa in atto di campagne informative sia attraverso i mezzi stampa che sui social; ✓ predisposizione di apposite locandine messe a disposizione del Collegio dei Sindaci per la distribuzione ai comuni del territorio; ✓ attività di sensibilizzazione con personale ATS presso ASST (Presidi e Case di Comunità) e IRCCS in occasione di eventi promossi da Regione. |
| Migliorare la comunicazione e la sensibilizzazione verso la popolazione target, al fine di aumentare la partecipazione ai programmi | relazioni con cittadini utenti | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Periodico aggiornamento delle comunicazioni di Screening (inviti, solleciti,..); ✓ avvio di un nuovo call center, unico per tutto il territorio di ATS, che grazie ad un apposito software consente di monitorare il numero e la durata delle chiamate in un dato periodo di tempo; ✓ predisposizione di un «Form», accessibile dalla pagina internet di ATS che facilita l'accesso al servizio e facilita/migliora la corretta identificazione dell'utente. |
| Rafforzare i sistemi di monitoraggio e raccolta dati, per garantire una valutazione più accurata e tempestiva dei risultati | rendicontazione | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Predisposizione di procedure e istruzioni operative per facilitare il monitoraggio e la raccolta dei dati da parte degli operatori per garantire una valutazione più accurata. |
| Ridurre la quota di campioni inadeguati | analisi del kit | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Azioni di sensibilizzazione rivolte ai Farmacisti e ai distributori Intermedi (Vettori) |
| Promuovere la formazione continua del personale coinvolto, per assicurare elevati standard qualitativi nell'erogazione dei servizi | pianificazione ,1° e 2° livello, rendicontazione | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Attuazione di Formazione sul Campo; ✓ organizzazione di corsi residenziali aventi la finalità di migliorare la comunicazione con l'utente; ✓ partecipazione a corsi FAD. |