

Sistema Socio Sanitario

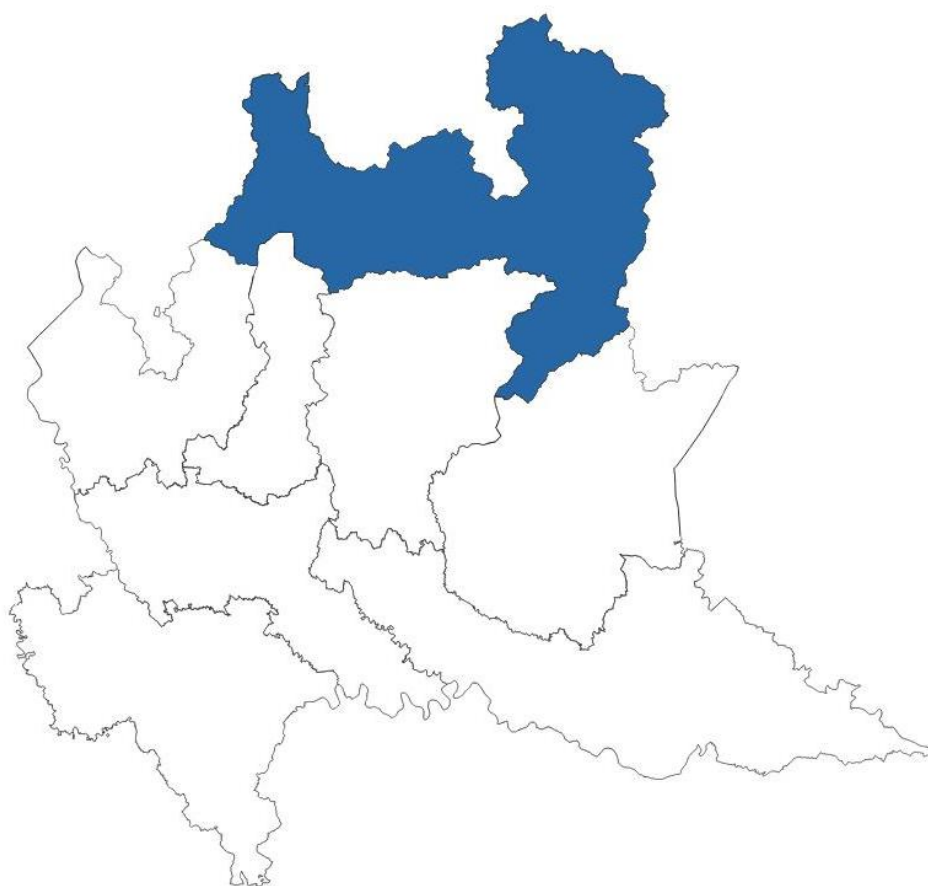


Regione
Lombardia

ATS Montagna

IL BILANCIO SOCIALE DELLO SCREENING COLORETTALE

UN PERCORSO DI PREVENZIONE
PER LA TUA SALUTE



ATS Montagna 2021-2024

GISCoR

gruppo italiano screening coloretale

Redazione a cura della Struttura Complessa Medicina Preventiva nelle Comunità

Si ringraziano per i contributi:

Struttura Semplice Epidemiologia

Struttura Complessa Gestione Acquisti e Tecnico Patrimoniale

Struttura Complessa Programmazione Strategica e Controllo Direzionale

Struttura Complessa Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane

Struttura Complessa Promozione della salute e prevenzione dei fattori di rischio comportamentali

Struttura Semplice Laboratorio di Prevenzione

Struttura Semplice Sistemi Informativi e Sicurezza Informatica

Struttura Complessa Servizio Farmaceutico

Ufficio Formazione

Ufficio Privacy

Gruppo di Lavoro delle ATS di Regione Lombardia per il Bilancio Sociale Screening

© 2025 ATS Montagna

Tutti i diritti riservati

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

INDICE

INDICE	2
Presentazione Aziendale	3
Guida alla lettura	4
1. IDENTITÀ.....	5
1.1 I PROGRAMMI DI SCREENING ONCOLOGICO ORGANIZZATO	5
1.1.1 I PROGRAMMI DI SCREENING ONCOLOGICO ORGANIZZATO IN REGIONE LOMBARDIA	7
1.1.2 LA GOVERNANCE DELLO SCREENING	7
1.2 UNITÀ OPERATIVA PROGRAMMI DI SCREENING DI POPOLAZIONE	9
1.3 IL CONTESTO EPIDEMIOLOGICO E SANITARIO	9
1.4 LO SCREENING DEL TUMORE COLORETTALE	14
1.5 IL PERCORSO DELLO SCREENING E I SUOI ATTORI	16
2. ORGANIZZAZIONE E RISORSE	21
2.1 IL MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE E RISORSE IMPIEGATE.....	21
2.2 LE RISORSE ECONOMICO-FINANZIARIE DEL PROGRAMMA	23
3. OBIETTIVI, ATTIVITÀ E RISULTATI	24
3.1 SELEZIONE DELLA POPOLAZIONE, INVITO E ADESIONE.....	25
3.2 SECONDO LIVELLO	25
3.3 OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO.....	27

Presentazione Aziendale

Lettera del Direttore

Offrire ai cittadini la possibilità di partecipare a uno screening è un'attività molto più complessa di quanto si possa percepire e questa apparente semplicità è il primo segnale che l'organizzazione funziona correttamente, lasciando ai destinatari la sola responsabilità di accogliere l'invito ricevuto.

Un invito che nasce dalla volontà di Regione Lombardia di investire nella prevenzione e nella diagnosi precoce, per poter offrire risposte tempestive e percorsi terapeutici meno invasivi a chi viene colpito da un tumore.

L'attività degli screening oncologici è un fiore all'occhiello della nostra ATS, per gli alti tassi d'adesione. Un dato positivo che non spegne la volontà di fare sempre meglio, coinvolgendo il 100% di coloro a cui ci rivolgiamo.

Da questa volontà nasce questo primo bilancio sociale sull'attività dello screening coloretale, quello che storicamente e su tutto il territorio lombardo riscuote meno adesioni. Di seguito il lettore troverà dati elaborati con criteri di veridicità, verificabilità e rilevanza, oltre agli obiettivi di miglioramento: una scelta di trasparenza e di vicinanza ai cittadini.

Al Bilancio hanno collaborato diversi professionisti di ATS, ciascuno secondo le proprie competenze e responsabilità. L'obiettivo è fornire informazioni chiare, così che ciascuno possa comprendere l'importanza di aderire a un appuntamento importante per la propria salute. Questo ultimo tassello, l'adesione all'invito, è fondamentale. Se manca, viene vanificato l'intero lavoro della nostra organizzazione. Ci auguriamo che le informazioni offerte da questo bilancio sociale – il primo di un nuovo corso comunicativo – possano accrescere la consapevolezza e stimolare una rinnovata adesione ai programmi di prevenzione oncologica.

Un ringraziamento particolare va tutti coloro che hanno contribuito alla stesura del bilancio sociale e a chi nel nostro territorio è impegnato a organizzare e realizzare i controlli.

Monica Anna Fumagalli

Direttore Generale di ATS Montagna

Guida alla lettura

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
- quali risultati vengono ottenuti

Perché è importante il Bilancio Sociale?

Il Bilancio Sociale è importante **per i cittadini** perché permette di:

- sapere come funzionano i programmi di screening
- capire perché e come sono efficaci nel proteggere la salute
- decidere in maniera informata se partecipare o meno allo screening

Il Bilancio Sociale è importante **per l'organizzazione** perché permette di:

- rendersi conto per rendere conto® (redatto sulla base del metodo Refe)
- avere un confronto con i destinatari dell'attività
- migliorare i percorsi basando eventuali interventi sulle esigenze della comunità

Come indicato dalle *Linee guida per la rendicontazione sociale dei programmi di screening oncologico* del Ministero della Salute, il Bilancio Sociale si articola in tre sezioni:

	IDENTITÀ Presenta l'organizzazione, le sue funzioni e le principali tappe storiche del percorso. Descrive il contesto epidemiologico del territorio. Illustra il programma di screening e gli stakeholder coinvolti.
	ORGANIZZAZIONE E RISORSE Descrive il modello organizzativo regionale e di ATS Montagna. Fornisce informazioni sulle risorse umane coinvolte nel processo. Illustra le risorse economico-finanziarie destinate alla realizzazione del programma.
	OBIETTIVI, ATTIVITÀ E RISULTATI Presenta gli obiettivi prefissati, le attività realizzate ed i risultati raggiunti. Valuta indicatori di processo e di esito. Inserisce obiettivi di miglioramento e nuove azioni da implementare in futuro.

1. IDENTITÀ

1.1 I PROGRAMMI DI SCREENING ONCOLOGICO ORGANIZZATO

I **programmi di screening oncologico organizzato** sono interventi di sanità pubblica attraverso i quali il Sistema Sanitario Nazionale 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 ridurre la mortalità per tumore; in alcuni casi è inoltre possibile ridurre 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 Essenziali 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 mammografico, per la diagnosi precoce del tumore del seno;
- lo screening coloretale, per la prevenzione del tumore del colon-retto
- lo screening cervicale, per la prevenzione del tumore al collo dell'utero.

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).

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 (esecuzione degli approfondimenti diagnostici se il test di screening è dubbio o positivo) livello, gratuità del percorso, attenzione all'accessibilità ai servizi.



3. Rapidità delle risposte e accompagnamento dell'utenza in tutte le fasi del percorso: attenzione alla tempistica ed 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: è attivo a livello locale, regionale e nazionale, un consolidato sistema di raccolta dati e monitoraggio del processo, che risponde a indicatori di efficacia.



7. Programmazione: è la pianificazione a medio-lungo termine che garantisce la realizzazione e la continuità del programma nel tempo, secondo le modalità previste dai protocolli.

1.1.1 I PROGRAMMI DI SCREENING ONCOLOGICO ORGANIZZATO IN REGIONE LOMBARDIA

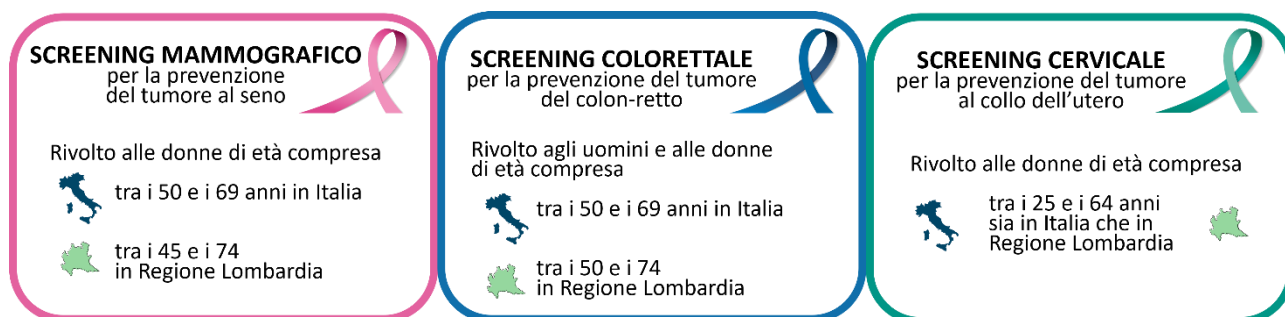
L'offerta di screening in Regione Lombardia è estesa ad una fascia di cittadini più ampia rispetto a quanto previsto dai LEA.

Nello specifico, lo screening **mammografico** è rivolto alle donne a partire dai 45 anni con mammografia annuale e dai 50 fino ai 74 anni con mammografia biennale (fascia LEA 50-69 anni).

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

Lo screening della **cervice uterina** è previsto, a livello regionale e nazionale, dai 25 ai 64 anni; dai 25 ai 29 anni le donne vengono invitate ad eseguire il Pap test con cadenza triennale, mentre dopo i 30 anni la donna viene invitata ad eseguire il test HPV ogni 5 anni.

A partire da Novembre 2024, in Regione Lombardia è stato introdotto lo screening del tumore della **prostata**, con progressiva estensione della fascia d'età dai 50 anni ai 69 anni.



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:

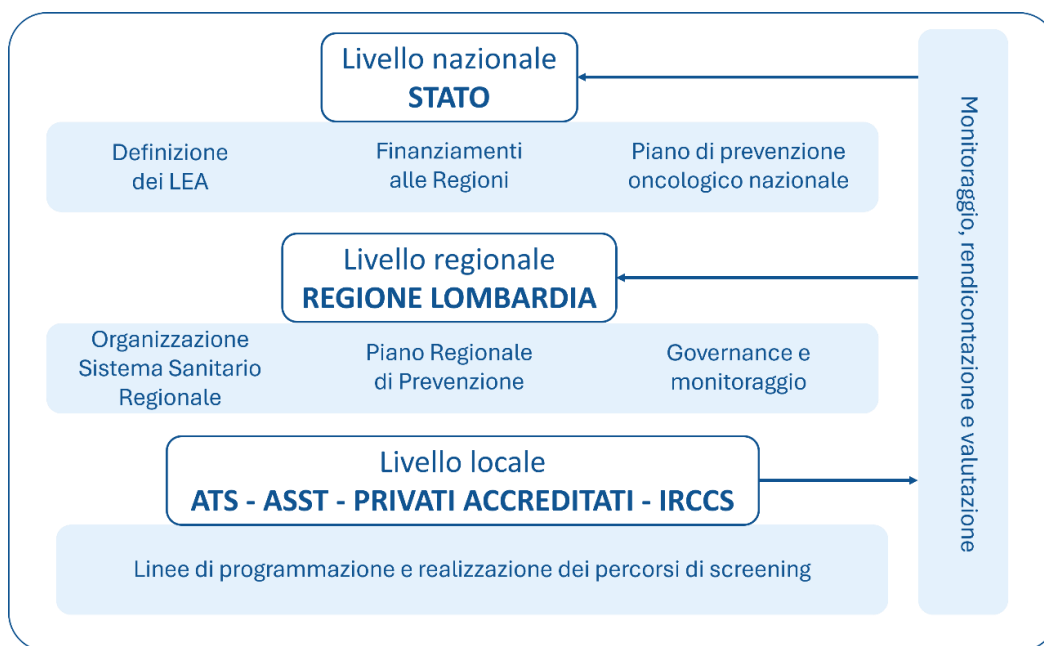
1. **livello nazionale**, rappresentato da organi di indirizzo (Governo, Ministero della Salute) ed organi ausiliari tecnico-scientifici, con funzioni di programmazione generale e di allocazione delle risorse. A questo livello vengono definiti i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) ovvero le prestazioni e i servizi che il SSN è tenuto a fornire ai cittadini di tutta Italia, gratuitamente o tramite pagamento di una quota di partecipazione (ticket); il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) monitora lo stato di implementazione dei LEA attraverso la misura di un set di indicatori tra cui anche quelli relativi agli screening oncologici.
2. **livello regionale**, rappresentato da Regioni e Province Autonome (PA), con funzioni di programmazione attuativa e di definizione generale dell'organizzazione dei servizi sanitari, rispettando i principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello stato;
3. **livello locale**, composto da Aziende Sanitarie territoriali ed Enti locali che organizzano e gestiscono operativamente i servizi sanitari sul territorio.

In Regione Lombardia, a livello locale sono istituite:

- Le **Agenzie di Tutela della Salute** (ATS) con funzioni di governance, ovvero di 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 ad intervalli specifici per finalizzare la condivisione, a livello nazionale, con l'Osservatorio Nazionale Screening (ONS).
- Le **Aziende Socio Sanitarie Territoriali** (ASST) che erogano servizi di diagnosi, cura e riabilitazione, negli ospedali e sul territorio; a queste si aggiungono le strutture private accreditate e gli IRCCS.

Il programma di screening colon-retto, attivo in Regione Lombardia dall'anno 2005, è attualmente organizzato e gestito dalle Agenzie di Tutela della Salute per il tramite della **Struttura Semplice Screening**, afferente alla **Struttura Complessa di Medicina Preventiva nelle Comunità** del Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria, che assicura il rispetto delle linee guida regionali, monitora il processo e garantisce la qualità in tutto il percorso di screening secondo le «**Linee di indirizzo screening del carcinoma colorettale in Regione Lombardia**».

La Struttura Semplice Screening, nelle diverse fasi di programmazione, erogazione e gestione del processo, si raccorda con altri Servizi e Dipartimenti di ATS e coinvolge attori esterni, per garantire a tutti i cittadini un servizio di qualità.



<https://www.salute.gov.it/new/it/tema/livelli-essenziali-di-assistenza-lea/>

1.2 UNITÀ OPERATIVA PROGRAMMI DI SCREENING DI POPOLAZIONE

Con il Decreto Legislativo 502 del 1992 sono 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. La Legge regionale 31 del 1997 istituisce le 15 Aziende Sanitarie Locali (ASL): tra queste la ASL di Valcamonica-Sebino, la ASL della Provincia di Sondrio e la ASL della Provincia di Como.

Con la Legge regionale 23 del 2015 il Sistema Sanitario Lombardo assume un diverso assetto e le 15 ASL esistenti vengono riorganizzate in 8 Agenzie di Tutela della Salute (ATS), tra cui quella della Montagna, che unifica le ex ASL Valcamonica-Sebino, di Sondrio e parte dell'ASL di Como (dapprima il Distretto Medio-Alto Lario e successivamente l'Alto Lario); sono inoltre istituite la ASST che incorporano i Poli Ospedalieri e i Presidi Socio Sanitari Territoriali.

All'interno del Dipartimento di Prevenzione e Igiene Sanitaria così istituito, viene creata la **Struttura Complessa Medicina Preventiva nelle Comunità**, a cui compete, oltre alla sorveglianza e al controllo delle malattie infettive e vaccinazioni, anche la governance dei programmi di screening di popolazione per il tramite della **Struttura Semplice Screening**.

I primi programmi di screening organizzati iniziano a strutturarsi nel territorio lombardo nei primi anni duemila in accordo con le linee di indirizzo regionale emanate nello stesso periodo ed aggiornate successivamente con raccomandazioni sulla qualità e sull'organizzazione dei Centri Screening.

Nel 2000 si avvia l'attività di screening mammografico e 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.

Nel territorio della Vallecamonica prende avvio nel 2001 lo screening per la prevenzione del carcinoma della cervice uterina mediante Pap test; nel 2010, nello stesso territorio, è stato avviato, nell'ambito di uno studio pilota multicentrico del Ministero della Salute - CCM, lo screening cervicale con HPV-DNA come test primario che si allinea nel 2022 alle linee guida regionali con estensione al territorio Valtellina-Alto Lario.

1.3 IL CONTESTO EPIDEMIOLOGICO E SANITARIO

L'analisi del contesto epidemiologico e sanitario di ATS Montagna consente di descrivere le caratteristiche del territorio e della popolazione residente.

Indicatori demografici

Il territorio di ATS Montagna comprende la provincia di Sondrio e parte delle province di Brescia (Valcamonica) e Como (Alto Lario), con 134 comuni, distribuiti su una superficie di 4.727 km².

La popolazione residente al 01/01/2024 è pari a 293.646 abitanti, con una composizione demografica caratterizzata dal 50,5% di donne e dal 49,5% di uomini; i cittadini stranieri sono il 6,8% della popolazione, percentuale inferiore rispetto alla media regionale (12,3%) e nazionale (9,2%).

L'indice di vecchiaia, indicatore demografico che misura il grado di invecchiamento di una popolazione, nel territorio è pari a 213, superiore sia al dato lombardo (195,5) sia a quello nazionale (207,6), indice di una popolazione più anziana.

Anche l'indice di dipendenza strutturale, definito come il rapporto tra la popolazione in età non attiva e la popolazione in età attiva, è più alto nel nostro territorio rispetto agli altri contesti (64,65 in ATS Montagna vs 56,4 in Lombardia e 57,8 in Italia).

Il saldo naturale, la differenza tra il numero di nati vivi e il numero di morti, è negativo (-1551), indicando che il numero delle nascite è inferiore rispetto al numero dei decessi registrati, ma è parzialmente bilanciato da un saldo migratorio positivo (+1794).

Con riferimento alla popolazione target dello screening colon-retto, nel nostro territorio i soggetti nella fascia d'età 50-74 anni sono un totale di 107.995 e rappresentano il 36,8% della popolazione totale, equamente distribuiti tra maschi e femmine, di cui il 4% è rappresentato da stranieri.

La Tabella che segue presenta le principali caratteristiche demografiche per territorio: Italia, Regione Lombardia e ATS Montagna.

Tabella 1. Indicatori demografici: Italia, Lombardia, ATS Montagna

	Indicatore	Italia	Lombardia	ATS Montagna
	Estensione (km²)	302.072,84	23.863,65	4.726,09
	Totale comuni	7.896	1.502	134
	Popolazione	58.934.177	10.035.481	293.646
	% donne	51,0	50,7	50,5
	% uomini	49,0	49,3	49,5
	% stranieri	9,2	12,3	6,8
	Popolazione 0-14 anni	7.019.165	1.224.852	35.120
	Popolazione 65+	14.573.173	2.394.067	74.871
	Indice di vecchiaia	207,6	195,5	213
	Indice di dipendenza strutturale	57,8	56,4	64,65
	Nati (2023)	369.922	64.536	1.814
	Morti (2023)	650.587	102.439	3.365
	Saldo naturale	-280.665	-37.903	-1.551
	Saldo migratorio	243.612	48.119	1.794
	Popolazione fascia screening	21.005.860	3.508.798	107.995
	% popolazione fascia screening 50-74 anni	35,6	35,0	36,8
	% donne	51,5	49,1	49,7
	% uomini	49,5	50,9	50,3
	% stranieri	6,0	7,6	4%

Fonte ISTAT 2024

Determinanti della salute e fattori di rischio

I tumori del colon-retto sono influenzati da fattori legati sia agli stili di vita che alla predisposizione familiare. Il consumo di carni processate seguito dal consumo di carni rosse rappresenta il principale fattore di rischio secondo IARC (International Agency for Research on Cancer. Volume 114: Consumption of red meat and processed meat. 2015. *IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum*). Alcuni studi suggeriscono che il sovrappeso, la scarsa attività fisica, il fumo e l'abuso di alcol rappresentano fattori di rischio associati a questa patologia. Anche alcune patologie infiammatorie croniche intestinali, come la malattia di Crohn e la rettocolite ulcerosa, aumentano il rischio di insorgenza. Inoltre, una quota minoritaria ma significativa di casi (circa il 2–5%) è attribuibile a forme ereditarie e associate a mutazioni genetiche specifiche, quali la poliposi adenomatosa familiare (FAP) e la sindrome di Lynch.

Relativamente ai fattori modificabili, legati allo stile di vita, i dati ISTAT (2022) riportano le percentuali di soggetti a rischio, come descritto nella Tabella 2.

Tabella 2. Fattori di rischio modificabili

Fattori di rischio	Soggetti a Rischio	
	Italia	Lombardia
Consumo di alcool	15,5%	16,8%
Abitudine al fumo	20,2%	19,7%
Sovrappeso e obesità	44,5%	41,2%
Sedentarietà	36,3%	25,6%

Determinanti della non adesione allo screening

In un articolo pubblicato su *Epidemiologia & Prevenzione*¹ nel 2024, è stata presentata un'analisi finalizzata a individuare i fattori che influenzano la partecipazione agli screening oncologici. Nella Tabella 3 sono riportati i tre principali fattori associati alla mancata adesione allo screening del colon-retto nell'ambito della ATS Montagna (anni 2018-2019). I dati indicano che la mancata adesione allo screening nei diabetici è maggiore del 44% rispetto ai non diabetici, è maggiore del 49% nei pazienti con pregresso scompenso cardiaco ed è maggiore del 77% nei pazienti con un pregresso ricovero ospedaliero nell'anno di riferimento.

Tabella 3. Determinanti della mancata adesione allo screening coloretale in ATS Montagna

Determinante	OR (odds ratio)
Diabete	1,44
Scompenso cardiaco	1,49
Ricoveri ospedalieri (8-30 gg)	1,77

¹ 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

I dati di incidenza e mortalità del tumore del colon retto in Italia, stime riferite all'anno 2022, e in ATS della Montagna, riferiti agli anni 2017-2019, sono riportati nella Tabella 4.

Sono calcolati i tassi standardizzati con il metodo della standardizzazione diretta, utilizzando quale popolazione standard la popolazione standard europea 2013; la standardizzazione è un processo che permette di rendere omogenei e confrontabili i dati².

Tabella 4. Dati di incidenza, mortalità, sopravvivenza e prevalenza tumori colon retto: Italia e ATS Montagna

INDICATORI	MASCHI	
	Italia	ATS
INCIDENZA		
Ranking incidenza	2	3
Numero nuovi casi anno	29.225	109
Numero nuovi casi anno fascia screening	14.535	55
Numero di nuovi casi ogni 100.000 abitanti	91,0	71,6
Numero di nuovi casi ogni 100.000 abitanti fascia screening	150,6	112,4
MORTALITA'		
Ranking mortalità	2	2
Numero nuovi decessi/anno	12.982	44
Numero nuovi decessi/anno fascia screening	4.444	19
Numero di nuovi decessi ogni 100.000 abitanti	40,3	30,7
Numero di nuovi decessi 100.000 abitanti fascia screening	46,3	43,3
SOPRAVVIVENZA RELATIVA CALCOLATA A 5 ANNI DALLA DIAGNOSI	65%	79,8%
PREVALENZA	227.600	452

INDICATORI	FEMMINE	
	Italia	ATS
INCIDENZA		
Ranking incidenza	2	2
Numero nuovi casi anno	25.559	105
Numero nuovi casi anno fascia screening	11.309	42
Numero di nuovi casi ogni 100.000 abitanti	63,1	50,4
Numero di nuovi casi ogni 100.000 abitanti fascia screening	107,3	80
MORTALITA'		
Ranking mortalità	3	3
Numero nuovi decessi/anno	11.206	45
Numero nuovi decessi/anno fascia screening	3.265	12
Numero di nuovi decessi ogni 100.000 abitanti	25,4	22,7
Numero di nuovi decessi 100.000 abitanti fascia screening	30,9	26,5
SOPRAVVIVENZA RELATIVA CALCOLATA A 5 ANNI DALLA DIAGNOSI	66%	72,7%
PREVALENZA	215.000	439

In ATS Montagna, per quanto riguarda l'incidenza (nuove diagnosi all'anno), il tumore del colon-retto rappresenta il terzo tumore più frequente nei maschi e il secondo nelle femmine, in linea con il ranking nazionale dove occupa il secondo posto per entrambi i sessi. Il numero medio di nuovi casi all'anno è di 109 nei maschi e 105 nelle femmine, mentre nella fascia d'età target dello screening coloretale (50-74 anni) si registrano in media 55 nuovi casi nei maschi e 42 nelle femmine.

Il tasso standardizzato di incidenza (numero di nuovi casi ogni 100.000 abitanti) è più basso in ATS Montagna rispetto al dato italiano: per i maschi è pari a 71,6 vs 91,0 a livello nazionale mentre per le femmine 50,4 vs 63,1. Questo dato è confermato anche nella fascia d'età screening, dove per i maschi si osserva 112,4 vs 150,6 e per le femmine 80 vs 107,3.

Per quanto riguarda la mortalità, il tumore del colon-retto occupa il secondo posto nel ranking per i maschi, mentre per le femmine è al terzo posto, sia a livello nazionale che in ATS.

Il numero medio di decessi annui nella nostra ATS è di 44 tra i maschi e 45 tra le femmine, e rispettivamente di 19 e 12 decessi annui nella fascia screening.

²<https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5926869/KS-RA-13-028-EN.PDF/e713fa79-1add-44e8-b23d-5e8fa09b3f8f>

Anche per il tasso standardizzato di mortalità (numero di nuovi decessi ogni 100.000 abitanti), i valori osservati nella nostra ATS sono più bassi rispetto ai valori osservati in Italia: per i maschi 30,7 vs 40,3 e per le femmine 22,7 vs 25,4. Guardando alla fascia di età target dello screening, i tassi di mortalità si confermano inferiori per il territorio di ATS Montagna rispetto al valore nazionale: per i maschi 43,3 vs 46,2, e per le femmine 26,7 vs 30,9.

La sopravvivenza relativa calcolata a 5 anni dalla diagnosi è 79,8% nei maschi e 72,7% per le femmine, maggiore rispetto al dato nazionale per entrambi i sessi.

La prevalenza indica invece il numero di persone che vivono con una diagnosi di tumore del colon retto nel periodo considerato; nel caso di ATS Montagna si tratta di 452 maschi e 439 femmine.

Analizzando il trend dei casi e dei decessi di tumore del colon-retto registrati negli ultimi anni in ATS Montagna, si può osservare come la mortalità si mantiene costante, a fronte di un lieve aumento della casistica registrata.

Grafico 1. Trend di incidenza (casi) e mortalità (decessi) del tumore del colon-retto ATS Montagna-
maschi

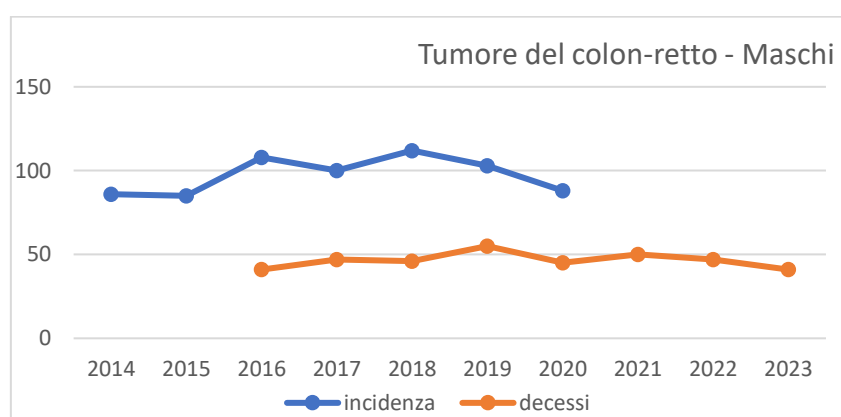
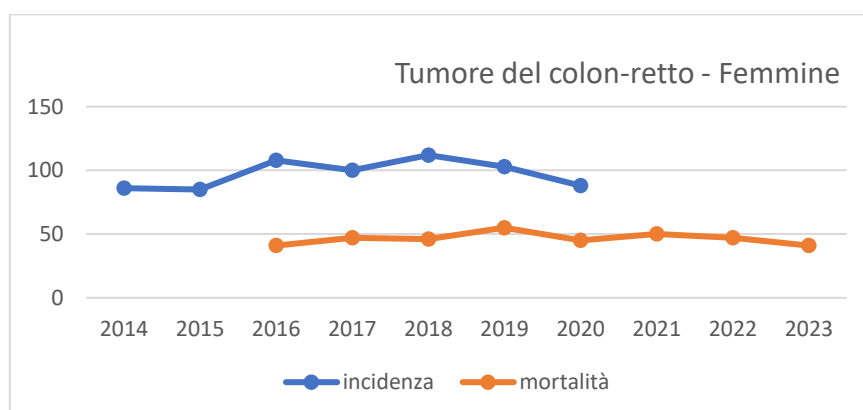


Grafico 2. Trend di incidenza (casi) e mortalità (decessi) del tumore del colon-retto ATS Montagna-
femmine



1.4 LO SCREENING DEL TUMORE COLORETTALE

Il tumore del colon retto origina nella maggior parte dei casi in seguito ad una evoluzione di lesioni benigne della mucosa dell'intestino (adenomi o polipi) che impiegano un periodo molto lungo di tempo (dai 7 ai 15 anni) per trasformarsi in forme maligne.

I polipi, sporgendo all'interno del lume intestinale o del retto, possono sanguinare in maniera intermittente, soprattutto in seguito al passaggio ed allo strofinamento con il materiale fecale. Il sangue rilasciato dai polipi si mescola al materiale fecale e, se in piccola quantità, può non essere visibile ad occhio nudo. Il test di screening, **test per la ricerca del sangue occulto nelle feci (SOF)**, consente di valutare il sangue occulto (non visibile a occhio nudo) presente nel materiale fecale, che può essere indicativo della presenza di polipi o tumori del colon retto.

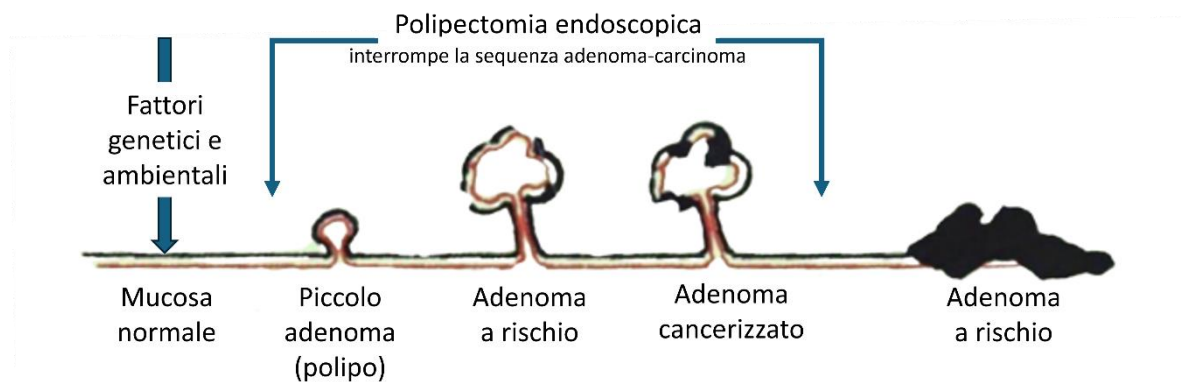
La storia naturale della malattia e la sua frequenza nella popolazione consentono di poter organizzare un programma di screening per la prevenzione e diagnosi precoce del tumore del colon retto che porta ad una riduzione dall'incidenza e della mortalità per tumore, in quanto permette di agire sulle lesioni benigne andando ad interrompere la loro potenziale trasformazione in tumore.

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

I polipi benigni sono 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.

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 all'esame di approfondimento presentano polipi 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 ulteriori indagini, mediante un esame di approfondimento: la colonscopia. L'esame di secondo livello, la colonscopia, è di fondamentale importanza sia per permettere di identificare la causa del sanguinamento, sia perché consente di asportare endoscopicamente i polipi, interrompendo la trasformazione da adenoma a carcinoma (Figura 1).



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.

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 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.

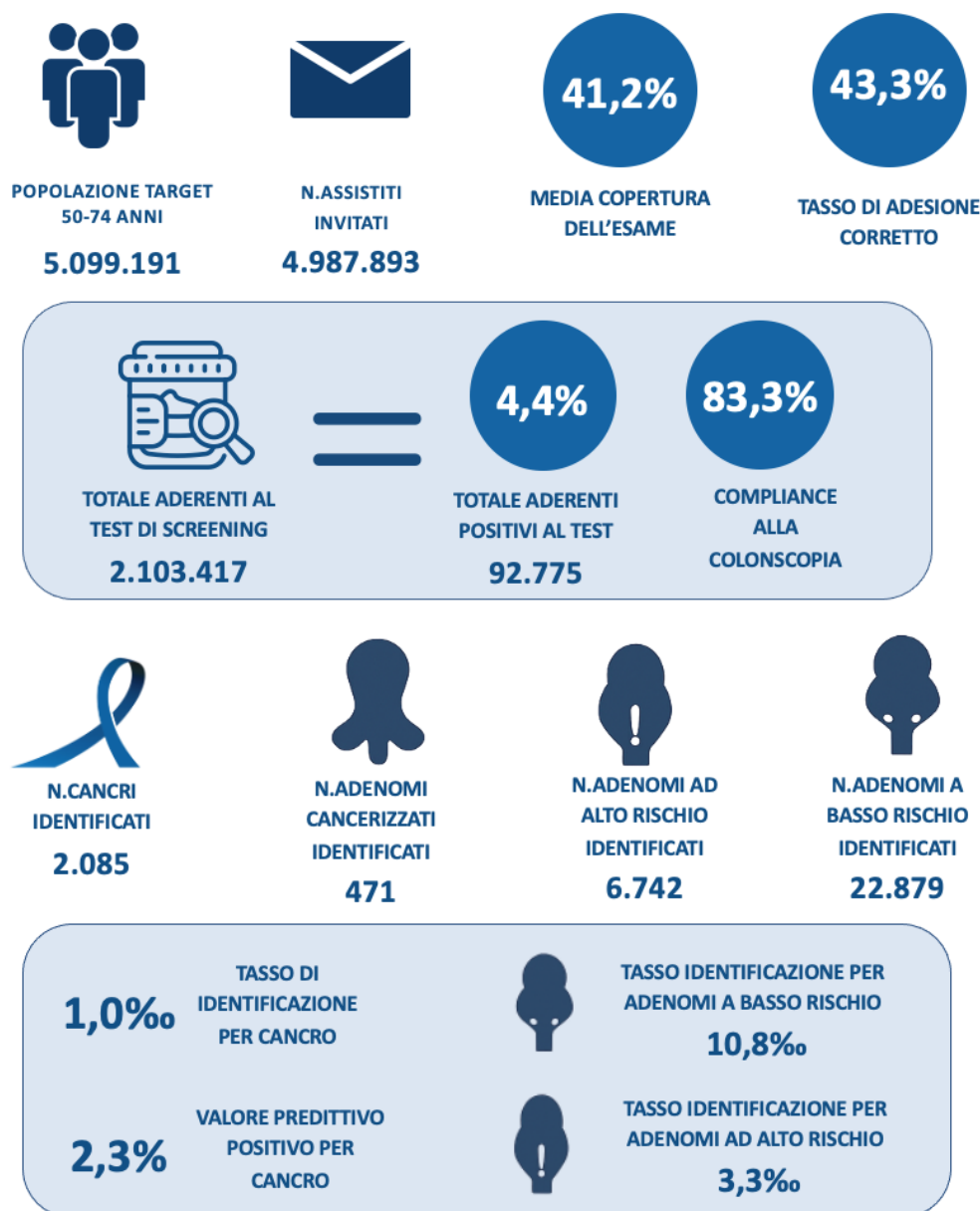
In Regione Lombardia nel corso del triennio 2021 - 2023 sono state invitate ad effettuare il test di screening di primo livello nell'ambito del programma organizzato 4.987.893 cittadini tra i 50 e i 74 anni, per un'estensione complessiva del 97,8% e un'adesione corretta del 43,3%.

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 cancro 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 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.

SCREENING DEL TUMORE COLORETTALE IN LOMBARDIA 2021-2023



1.5 IL PERCORSO DELLO SCREENING E I SUOI ATTORI

In Regione Lombardia, lo screening del tumore del colon-retto è offerto alla popolazione sana, in fascia d'età considerata a rischio di sviluppare un tumore ovvero tra i 50 e i 74 anni, di entrambi i sessi e residente.

ATS Montagna invita quindi tutti i cittadini eleggibili ad eccezione dei cittadini che sono esclusi o temporaneamente sospesi dal programma (Tabella 5) ad eseguire il test per la ricerca del sangue occulto fecale, gratuitamente, ogni due anni.

Il kit per eseguire il test può essere ritirato presso una Farmacia aderente del territorio che provvede anche al ritiro del campione.

Regione Lombardia ha infatti stipulato accordi intercorsi con le principali associazioni dei farmacisti (Federfarma Lombardia ed Assofarm) in applicazione della DGR n.11/4158 del 30/12/2020.

L'esame è estremamente semplice e consiste nella raccolta, eseguita a casa, di un piccolo campione di feci utilizzando la provetta fornita dalla farmacia che, successivamente, viene analizzata in Laboratorio per la ricerca di tracce di sangue.

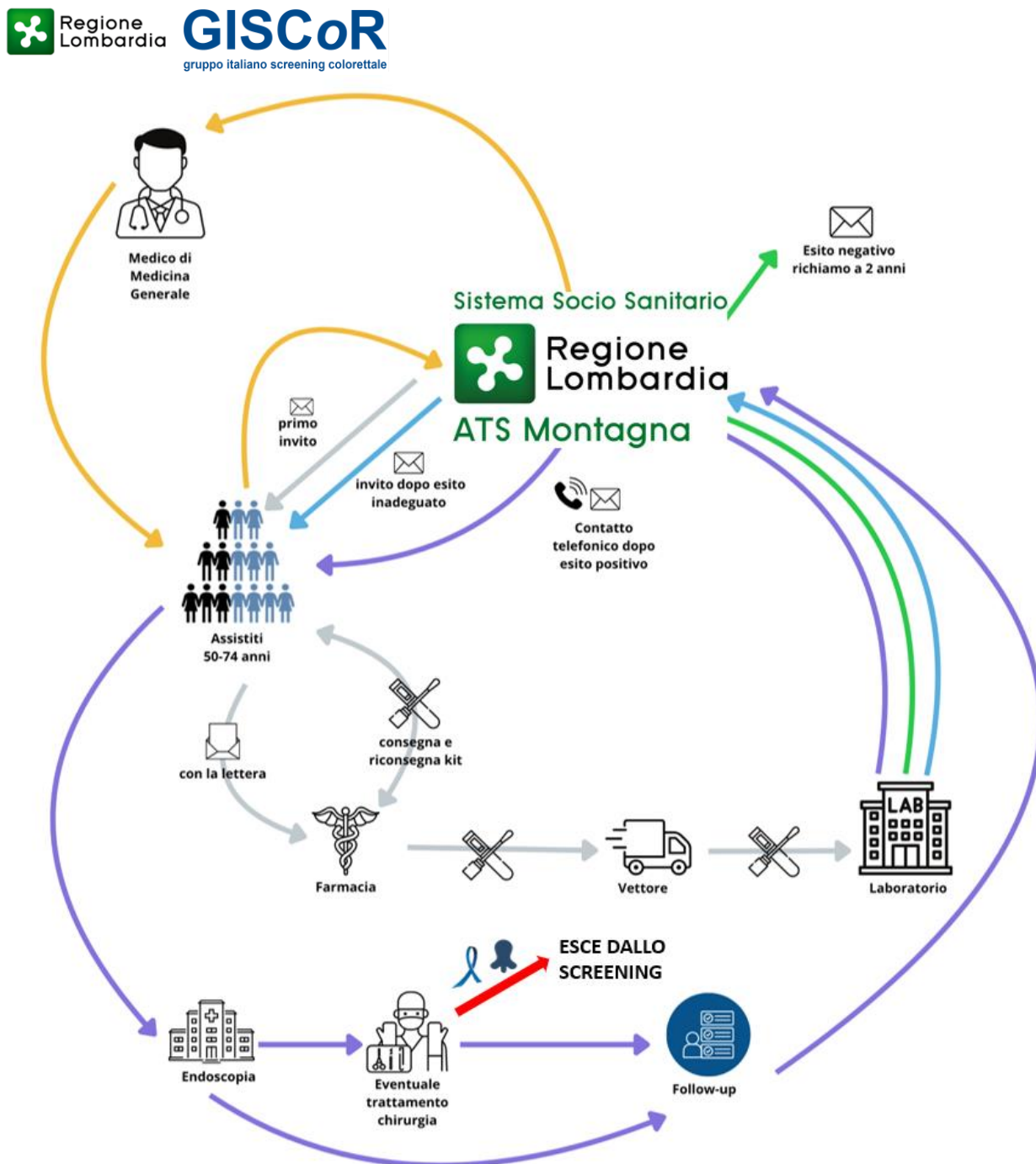
In caso di esito negativo, si riceve una comunicazione scritta e si viene invitati a ripetere il test dopo due anni.

Nel caso di positività al test del sangue occulto nelle feci, i programmi di screening offrono la possibilità di eseguire, nel percorso di screening e gratuitamente, la colonscopia come esame di approfondimento; l'accertamento diagnostico viene eseguito presso un Centro di Riferimento di secondo livello da un medico specialista mediante una sonda flessibile detta colonscopio, dotata di una telecamera collegata ad una fonte luminosa, che consente di esplorare sotto visione diretta l'intero colon retto. La procedura, oltre ad essere un efficace strumento diagnostico, è anche uno strumento terapeutico, in quanto permette, nel corso della stessa seduta, di asportare eventuali polipi. I polipi rimossi vengono successivamente analizzati mediante un esame istopatologico e, in base al loro numero, alle loro dimensioni e alle caratteristiche delle loro cellule, vengono avviati percorsi terapeutici e di controllo *ad hoc*.

Tabella 5. Criteri di esclusione e sospensione

ESCLUSIONI SCREENING COLON RETTO		
MOTIVO ESCLUSIONE	ESCLUSIONE TEMPORANEA	ESCLUSIONE DEFINITIVA
Test di screening recente, eseguito da meno di 2 anni	X	
Colonscopia eseguita da meno di 5 anni	X	
Pregresso cancro coloretale o stato di follow up per cancro coloretale		X
Soggetto inserito in un percorso di sorveglianza per sindromi di predisposizione ereditaria al cancro coloretale (sindrome di Lynch, Poliposi Adenomatosa Familiare)		X
Soggetto portatore di malattia infiammatoria cronica del colon (colite ulcerosa, morbo di Crohn)		X
Soggetto che non sia in grado di effettuare il test o la colonscopia per disabilità grave certificata da Medico di Medicina Generale o specialista o amministratore di sostegno/tutore legale		X
Rifiuto ad essere contattati dal programma di screening, firmato da utente o amministratore di sostegno/tutore legale con copia del documento di identità		X

L'infografica seguente riassume i percorsi e gli attori coinvolti nel programma di screening colon retto:



Nella Tabella 6 vengono descritte le fasi operative e le responsabilità nell'ambito del programma di screening del tumore colorettale in ATS Montagna; il codice colore è riferito all'infografica precedente.

Tabella 6. Fasi operative e responsabilità

FASI E ATTIVITÀ	AZIONI	RESPONSABILITÀ	CODICE COLORE
INDIVIDUAZIONE DELLA POPOLAZIONE TARGET DA INVITARE E CHIAMATA ATTIVA	Tramite il software di screening, il Centro Screening estrae i nominativi dei cittadini da invitare: uomini e donne residenti in ATS Montagna in età compresa tra i 50 e i 74 anni compiuti. Le lettere di invito allo screening vengono spedite all'indirizzo di residenza dei cittadini tramite posta ordinaria.	▪ SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI ▪ SERVIZIO SCREENING ▪ OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO	
PRIMO LIVELLO Esecuzione del test e refertazione dell'esito	Il cittadino ritira il kit per eseguire il test, presentando la lettera di invito, presso una farmacia del territorio e riconsegna il kit contenente il campione di feci. Il Laboratorio analizza il campione ed effettua la refertazione dell'esito.	▪ FARMACISTI ▪ LABORATORIO DI SANITÀ PUBBLICA ▪ SERVIZIO SCREENING	
Restituzione dei risultati	Se il test è <u>negativo</u>: viene spedita la lettera di esito negativo, con indicazione dell'invito a ripetere il test a due anni di distanza. Se il test è <u>positivo</u>: il personale del Centro screening contatta telefonicamente il cittadino per proporre l'esame di approfondimento; viene effettuata una raccolta anamnestica, viene prenotato l'appuntamento per colonscopia e vengono fornite le istruzioni per la preparazione intestinale. Se il test è <u>inadeguato</u>: deve essere ripetuto subito, per questo viene spedita un'altra lettera di invito.	▪ SERVIZIO SCREENING	  
Monitoraggio dell'adesione al test	Il Centro Screening effettua una verifica della popolazione che non ha risposto al primo invito e spedisce le lettere di sollecito. Nell'ambito di progetti specifici, l'elenco dei cittadini non aderenti viene verificato dai Medici di Medicina Generale che possono compiere azioni di promozione dell'adesione allo screening.	▪ SERVIZIO SCREENING ▪ MEDICO DI MEDICINA GENERALE	 

SECONDO LIVELLO Esecuzione della colonscopia e refertazione dell'esito	Il cittadino, con adeguata preparazione intestinale, esegue l'esame endoscopico in sedazione cosciente presso il centro di Endoscopia. Il Medico specialista consegna al paziente il referto della colonscopia (ed eventuale referto istologico in caso di prelievo biptico), fornendo le indicazioni relative al successivo iter diagnostico-terapeutico (follow-up). Il Medico specialista inserisce inoltre l'esito dell'approfondimento nel software screening, con programmazione del successivo richiamo.	▪ ENDOSCOPIA DIGESTIVA ▪ ANATOMIA PATOLOGICA	
Restituzione dei risultati	In caso di <u>esito negativo o in presenza di adenomi a basso rischio</u>: si riprogramma un test di primo livello dopo 5 anni. In caso di <u>presenza di adenomi a rischio intermedio/alto</u>: si riprogramma una colonscopia di follow-up. In caso di <u>presenza di carcinomi</u>: si programma un percorso clinico oncologico con esclusione definitiva dal programma di screening.	▪ ENDOSCOPIA DIGESTIVA ▪ SERVIZIO SCREENING	
Monitoraggio dell'adesione agli approfondimenti	Il Centro Screening verifica l'avvenuta esecuzione della colonscopia: in caso di mancata presenza all'appuntamento si ricontatta l'assistito per fissare un nuovo appuntamento. Se l'utente non risulta contattabile o rifiuta l'approfondimento si spedisce una raccomandata che formalizza il mancato contatto o il rifiuto e viene riprogrammato il test di screening dopo 2 anni. Si avvisa anche il Medico di Medicina Generale.	▪ SERVIZIO SCREENING ▪ MEDICO DI MEDICINA GENERALE	 
TERZO LIVELLO TRATTAMENTO	Nel caso di trattamento chirurgico (terzo livello) con riscontro di lesione benigna si programma il rientro nel percorso di screening secondo tempistiche stabilite dallo specialista. Nel caso di trattamento chirurgico con riscontro di lesione maligna o malattia cronica organo-specifica è prevista una esclusione definitiva dal programma di screening.	▪ SERVIZIO SCREENING	 
MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DELLE FASI	Il monitoraggio degli obiettivi di estensione e copertura e degli indicatori di qualità avviene tramite rendicontazione dei dati di attività a Regione Lombardia e compilazione annuale delle rilevazioni epidemiologiche da inviare a Regione ed al Ministero (survey GISCoR - Gruppo Italiano Screening Coloretale).	▪ SERVIZIO SCREENING	

L'organizzazione dei programmi di screening richiede la partecipazione attiva di molteplici attori, che sono fondamentali per la buona riuscita di tutto il percorso.

Gli **stakeholder** sono rappresentati da tutti i soggetti che, a vario titolo, possono essere interessati dal percorso di screening colon retto e, in particolare, comprendono coloro che sono coinvolti nella regolamentazione, programmazione, gestione, erogazione e monitoraggio delle attività, nonché le persone a cui il programma è rivolto o che possono farsene promotori.

In ATS Montagna, il programma di screening coloretale vede il coinvolgimento di 75 **Farmacie** nel distretto Valtellina e Alto Lario e 42 nel distretto Valcamonica, distribuite in modo uniforme su tutto il territorio, e tre **Enti Erogatori** che garantiscono le prestazioni di secondo e terzo livello e, nello specifico, sono rappresentati da:

-per il territorio Valtellina e Alto Lario

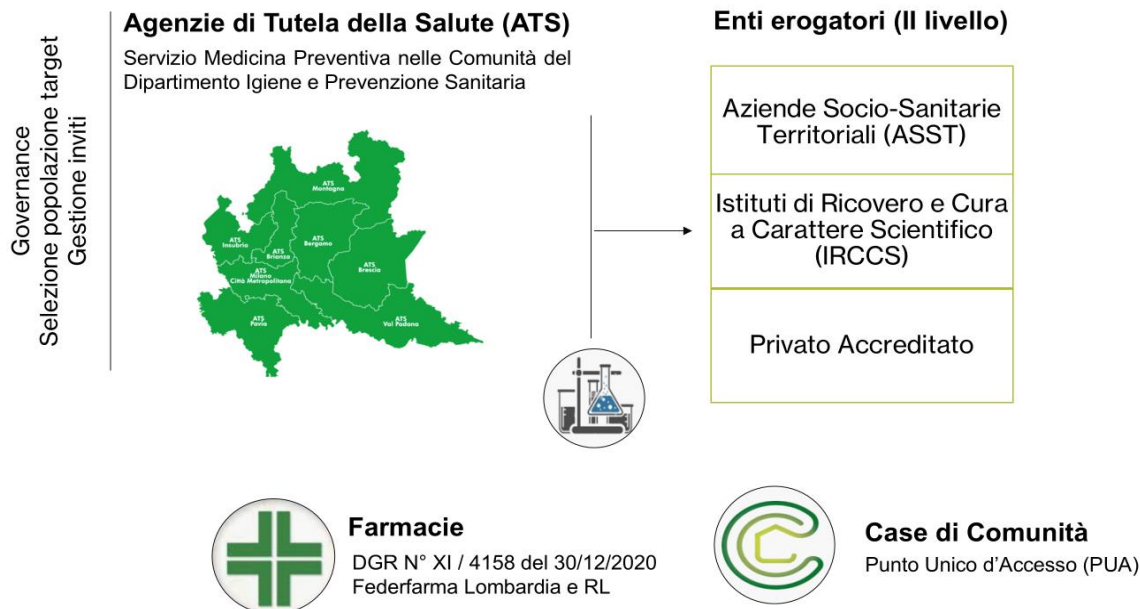
- ASST Valtellina e Alto Lario (Presidi di Sondrio, Sondalo, Chiavenna)
- Ospedale Moriggia Pelascini

-per il territorio Valcamonica

- ASST Valcamonica (Presidio di Esine)

Presso queste strutture, centri di riferimento di secondo livello, viene offerta la possibilità di eseguire una colonscopia ai cittadini risultati positivi al test del sangue occulto, secondo un principio di prossimità e di disponibilità di prestazioni.

Altri professionisti contribuiscono attivamente alla sensibilizzazione dei cittadini in merito all'importanza di aderire ai programmi di screening, collaborando con il Centro Screening, in particolare i Medici di Medicina Generale. Al fine di incrementare l'ingaggio dei cittadini, saranno coinvolti nel processo gli Operatori delle Case di Comunità del territorio.



Trattamento dei dati personali e tutela della privacy

Nell'ambito dell'attività di prevenzione e diagnosi precoce del tumore del colon-retto, ATS della Montagna gestisce il trattamento dei dati personali degli utenti nel pieno rispetto delle normative vigenti in materia di protezione dei dati personali, in particolare del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e del D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196, come modificato dal D.lgs. 10 agosto 2018, n. 101.

Il trattamento riguarda dati anagrafici (nome, cognome, data e luogo di nascita, indirizzo, recapiti) e dati relativi alla salute, che rientrano nelle categorie particolari di dati ai sensi dell'articolo 9 del GDPR. Il conferimento dei dati è finalizzato esclusivamente all'organizzazione, gestione ed erogazione del programma di screening, in esecuzione di un compito di interesse pubblico e per finalità di medicina preventiva, conformemente a quanto previsto dagli articoli 6, paragrafo 1, lettera e), e 9, paragrafo 2, lettera h), del GDPR.

Le principali attività di trattamento comprendono:

- l'identificazione dei destinatari dell'invito allo screening attraverso l'estrazione e l'incrocio dei dati provenienti dall'anagrafe sanitaria regionale;
- la raccolta e la gestione dei dati clinici degli utenti che aderiscono al programma, comprensivi degli esiti degli esami diagnostici e dei percorsi di follow-up.

Il trattamento è effettuato esclusivamente da personale appositamente autorizzato e formato, secondo principi di correttezza, liceità, trasparenza e tutela della riservatezza, e attraverso misure tecniche e organizzative adeguate a garantire la sicurezza dei dati personali.

Agli utenti è fornita, tramite pubblicazione sul sito aziendale, un'[informativa](#) completa ai sensi degli articoli 13 e 14 del GDPR, nella quale sono specificate le finalità, le modalità del trattamento, i tempi di conservazione dei dati e i diritti esercitabili, tra cui il diritto di accesso, rettifica, limitazione, opposizione e cancellazione dei dati stessi.

Il Titolare del trattamento è ATS della Montagna, con sede legale in Via N. Sauro 38, 23100 Sondrio (SO). ATS garantisce l'adozione di tutte le misure necessarie alla protezione dei dati personali trattati, anche attraverso il Responsabile della Protezione dei Dati (DPO).

2. ORGANIZZAZIONE E RISORSE

2.1 IL MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE E RISORSE IMPIEGATE

Il **personale di ATS Montagna** che si occupa della gestione degli screening oncologici appartiene alla Struttura Semplice Screening, afferente alla Struttura Complessa Medicina Preventiva nelle Comunità del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria.

La Struttura è organizzata nelle due sedi territoriali di ATS Montagna:

- a Sondrio nel Distretto Valtellina-Alto Lario
- a Breno nel Distretto Valcamonica

Nel servizio lavorano dirigenti medici, a cui competono l'organizzazione del servizio, il coordinamento e la rendicontazione delle attività, nonché la gestione dei rapporti con la Direzione e gli Enti Erogatori; personale sanitario (infermieri e assistenti sanitari) che si occupa di tutte le attività funzionali allo svolgimento delle attività di screening (sportello telefonico, programmazione delle agende, presa in carico e counselling delle persone risultate positive al test di screening di primo livello, monitoraggio delle attività) e di personale amministrativo che collabora nella gestione della programmazione e degli appuntamenti.

Sono impegnati nella realizzazione del programma di screening colon-retto anche gli operatori del Laboratorio di Prevenzione di ATS, i quali si occupano della gestione dei campioni pervenuti tramite i vettori farmaceutici, della loro analisi e trasmissione degli esiti al programma gestionale dello screening per il Distretto Valtellina-Alto Lario (nel Distretto Valcamonica negli anni 2021-2024 il Laboratorio di riferimento era stato individuato nel Laboratorio di ASST Valcamonica).

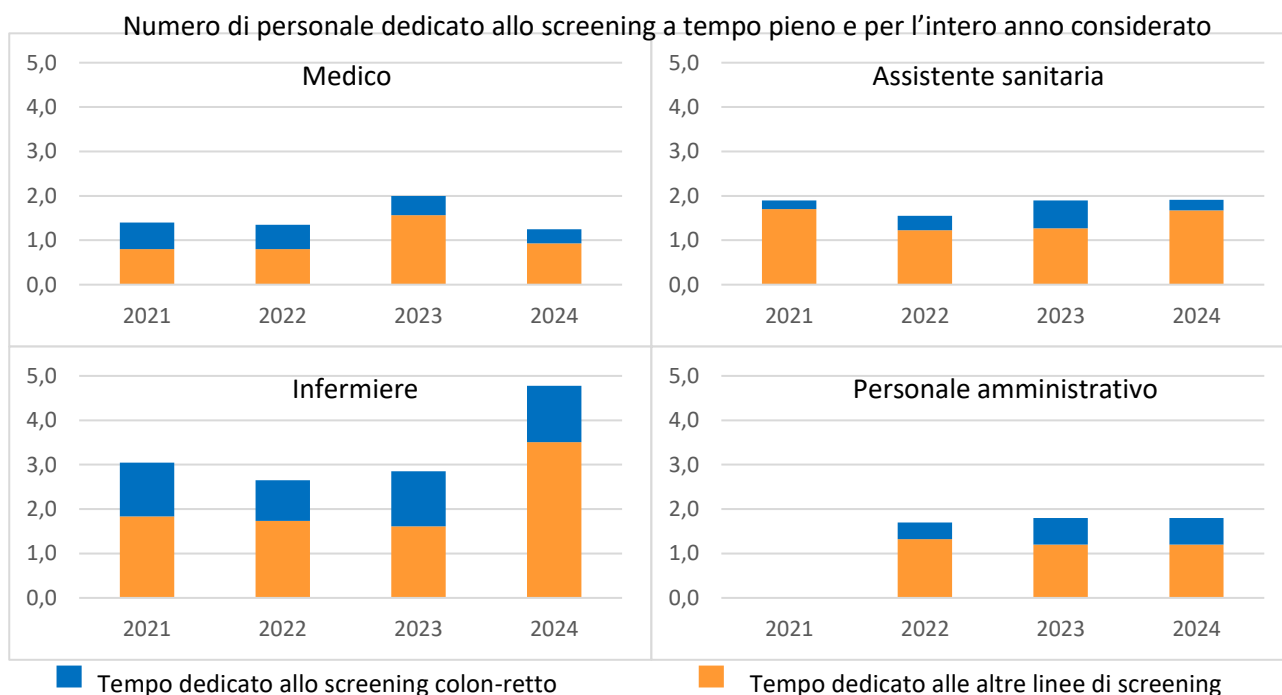
Il Laboratorio di Prevenzione impegna tecnici che effettuano sia la valutazione delle provette relativamente ai requisiti previsti per la fase preanalitica che l'analisi delle stesse. L'attività di supervisione e di gestione dei campioni non conformi o che necessitano di una verifica è in capo al Responsabile del Laboratorio. Il Laboratorio provvede inoltre a rifornire i kit necessari per l'esecuzione dei test alle farmacie richiedenti attraverso i vettori.

Altre figure professionali dell'Agenzia sono parzialmente impegnate allo svolgimento delle attività di screening:

- Personale del Servizio Sistemi Informativi, che si occupa del supporto tecnico-informatico, delle connessioni tra i gestionali, dell'anagrafe sanitaria e dei contratti con i fornitori dei software;
- Personale del Servizio Epidemiologico, che collabora con la Struttura Semplice Screening per le analisi epidemiologiche, la ricerca dei tumori e progetti condivisi;
- Personale della Struttura Complessa Servizio Farmaceutico, che gestisce i rapporti con le Farmacie del territorio sia dal punto di vista organizzativo che economico;
- Personale del Dipartimento PAAPSS, che ha in capo la contrattazione delle prestazioni con gli Erogatori;
- Personale della Struttura Complessa Gestione Acquisti e Tecnico Patrimoniale, che si occupa della gestione dei contratti con i fornitori (es. servizio di stampa, imbustamento e spedizioni).

Il Grafico 3 riassume la quota lavoro del personale del Centro Screening dal 2021 al 2024, per professione.

Grafico 3. Quota lavoro del personale della Struttura Semplice Screening



Nello specifico le barre rappresentano il tempo lavoro dedicato allo screening per unità di personale, correlato al tipo di contratto (full time/part time) ed ai mesi di assegnazione al Centro Screening per anno. I colori rappresentano il tempo dedicato allo screening colon-retto (blu) ed alle altre linee di screening (arancio).

Nel quadriennio 2021-2024, nell'ottica della formazione continua, il Personale del Centro Screening ha partecipato a corsi di formazione per un totale di 1780 ore, di cui 775 specifiche per le tematiche screening e le restanti relative a tematiche di gestione dei processi e operatività (privacy, utilizzo delle tecnologie, corsi aziendali e regionali per operatori delle ATS).

2.2 LE RISORSE ECONOMICO-FINANZIARIE DEL PROGRAMMA

La realizzazione dei percorsi di Screening Oncologici richiede un impegno di risorse umane ed economiche al fine di garantire l'intero processo di screening.

Oltre a personale dedicato della Struttura Semplice di ATS Montagna, si rende necessaria l'attivazione di contratti per la fornitura di servizi. Tra questi rivestono particolare importanza e impegno economico i seguenti servizi non sanitari:

- licenza e manutenzione di un software in grado di gestire il processo di screening in tutte le sue fasi, con le relative integrazioni ad altri programmi;
- il servizio di stampa e imbustamento di tutta la documentazione da inviare al cittadino: invito, sollecito, esito;
- il servizio di spedizione delle lettere.

Nella Tabella 7 sono valorizzate le voci di spesa per le annualità 2021-2022-2023-2024 e complessivi del quadriennio.

Tabella 7. Risorse economico-finanziarie impiegate nel programma di screening colon-retto in euro

COSTI SCREENING	2021	2022	2023	2024	Totale
SERVIZI NON SANITARI	57.957,56	91.212,80	69.529,03	80.216,97	298.916,37
CONSUMI DI MATERIALE SANITARIO	2.074,00	1.952,00	1.952,00	1.830,00	7.808,00
CONSUMI DI MATERIALE NON SANITARIO	1.987,85	1.176,27	693,97	794,54	4.652,63
SERVIZIO FARMACEUTICO consegna provette, ritiro campione e trasporto al Laboratorio	41.938,25	147.185,55	124.413,20	103.755,75	417.292,75
AMMORTAMENTI	8.503,77	10.636,13	6.361,82	7.033,02	32.534,74
COSTI DIRIGENTI SANITARI	73.296,74	70.741,08	59.666,79	37.100,07	240.804,67
COSTI PERSONALE SANITARIO Assistenti sanitarie e infermiere	47.001,45	59.555,39	85.626,28	65.990,47	258.173,59
COSTI DEL PERSONALE AMMINISTRATIVO	0	22.909,65	15.403,29	21.863,86	60.176,80
CONSUMI MATERIALE LABORATORIO	43.588,72	43.745,14	48.786,36	45.009,13	181.129,35
NOLEGGI ATTREZZATURE LABORATORIO	655,90	1.304,08	1.150,84	1.388,05	4.498,86
COSTI TEST DI PRIMO LIVELLO	82.786,20	158.054,40	134.227,80	111.623,40	486.691,80
COSTI TEST DI SECONDO LIVELLO	147.403,26	185.174,67	169.587,49	124.208,37	626.373,79
Totale per anno	507.193,70	793.647,15	717.398,86	600.813,63	2.619.053,34

Relativamente ai costi del Laboratorio di analisi dei campioni, si ricorda che i test di screening sono presi in carico dal Laboratorio di ATS Montagna per il Distretto Valtellina-Alto Lario e dal Laboratorio di Analisi di ASST Valcamonica per il Distretto Valcamonica. In Tabella è riportato il riscontro economico relativo al dato reale del Laboratorio di Prevenzione di ATS Montagna e al dato stimato, in relazione ai volumi erogati, del Laboratorio di ASST.

Nella Tabella 8 i costi sostenuti per l'attività di screening sono rapportati alla popolazione target ed alla popolazione aderente al programma.

Tabella 8. Spesa complessiva e costo medio per cittadino

	ANNO				
	2021	2022	2023	2024	Totale
Spesa complessiva del programma	507.193,70	793.647,15	717.398,86	600.813,63	2.619.053,34
Popolazione target 50-74 anni	52.685	53.125	53.615	53.998	213.423
Spesa per cittadino 50-74 anni	9,63	14,94	13,38	11,38	12,27
Soggetti aderenti al programma	19.711	37.632	31.959	26.577	115.879
Spesa per soggetto aderente	25,73	21,09	22,45	22,61	22,60

I costi sostenuti nel corso del quadriennio presentano una variabilità correlata all'attività di screening post-pandemia. Infatti, dopo la sospensione legata al COVID, l'attività è ripresa a marzo 2021 sul Distretto Valcamonica e a settembre 2021 sul Distretto Valtellina-Alto Lario, anche in relazione alla informatizzazione delle Farmacie, con collegamento al software gestionale dello screening, avvenuta in quel periodo, con un recupero delle prestazioni non erogate nel 2020, che è proseguito anche nell'anno 2022.

Le risorse economico-finanziarie che impattano maggiormente sulla spesa sono relative alle prestazioni di primo e secondo livello, seguite dai costi del personale e del servizio farmaceutico. A tal proposito si può notare una diminuzione dei costi dei dirigenti medici che, nel corso degli anni, sono stati impiegati, oltre all'ambito degli screening oncologici anche in altre attività del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria, in relazione alla carenza di Medici specialisti nel Dipartimento.

3. OBIETTIVI, ATTIVITÀ E RISULTATI

In questa sezione vengono presentati i dati di attività del programma ed i risultati ottenuti con l'attività di screening. La valutazione dei processi e degli esiti avviene con il calcolo di indicatori standard³ che consentono di valutare sinteticamente l'attività della Struttura Semplice 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 all'invito (test eseguiti/inviti spediti), 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 individuate e trattate.

La fonte dei dati è la Survey Giscor che ogni anno viene trasmessa dalle ATS a Regione che a sua volta la trasmette all'Osservatorio Nazionale Screening; i dati sono raccolti per coorte di inviti, ovvero riguardano tutte le persone invitate ad eseguire lo screening nell'anno considerato.

Si noterà come i dati mostrino una certa variabilità tra un anno e l'altro, in particolare tra il primo e il secondo dei round biennali, sia in relazione al numero di inviti che al numero di test effettuati e all'adesione della popolazione. Lo sbilanciamento è da attribuire alla pandemia da Covid19, durante la quale l'attività di invito è stata sospesa per alcuni mesi, con un recupero che si è in parte protratto nell'anno successivo. Il mantenimento del round biennale (invito ogni due anni) ha quindi comportato negli anni successivi uno squilibrio della popolazione da invitare.

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 consolidati al 2023; i dati del 2024, parziali, non sono quindi inseriti nel presente bilancio.

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

3.1 SELEZIONE DELLA POPOLAZIONE, INVITO E ADESIONE

I primi indicatori da rilevare riguardano gli inviti effettuati dal Centro Screening e la risposta all'invito da parte della popolazione (Tabella 9).

L'indicatore di **estensione** rappresenta la quota di popolazione invitata rispetto alla popolazione residente e, nel biennio, dovrebbe raggiungere la totalità del target previsto.

L'indicatore di **adesione** valuta quanti soggetti, tra gli invitati, eseguono il test di screening.

Tabella 9. Popolazione, invito e adesione screening colon-retto, 2021-2024

	2021	2022	2023	2024	Note
Popolazione residente	105.369	106.249	107.230	107.995	Dato ISTAT
Popolazione target	52.685	53.125	53.615	53.998	Popolazione residente/2 (essendo il round di chiamata biennale)
Popolazione invitata	33.164	64.521	45.341	51.225	Numero di inviti per anno
Estensione degli inviti	63%	121%	84%	94%	Standard Giscor di riferimento: accettabile > 80% e desiderabile > 90%
Adesione agli inviti maschi	54.1%	54.5%	62.3%	47.8%	Standard Giscor di riferimento: accettabile > 45% e desiderabile > 65%
Adesione agli inviti femmine	61%	60.7%	69.7%	55.3%	

³ [Indicatori di qualità per la valutazione dei programmi di screening per i tumori colorettali: manuale operativo](#). Epidemiologia & Prevenzione, 2007; 31, supplemento 1.

3.2 SECONDO LIVELLO

L'esito del test di primo livello è lo snodo decisionale dello screening che distingue tra i test negativi e quelli positivi che comportano l'invio al secondo livello diagnostico per la verifica del risultato.

La percentuale di soggetti screenati che sono risultati positivi al test (tasso di positività) e la percentuale di adesione all'approfondimento sono importanti indicatori di processo clinico.

L'esecuzione della colonscopia consente di valutare la causa del sanguinamento, diagnosticare l'eventuale lesione riscontrata e definire il successivo percorso del soggetto; si tratta di indicatori di esito del percorso di screening.

Lo standard Giscor per il tasso di positività è definito come accettabile se < 6% e desiderabile se < 5%. La valutazione della compliance agli esami di approfondimento è definita accettabile se > dell'85% e desiderabile se > del 90%.

Relativamente alle lesioni riscontrate, sono valutati:

- il **tasso di identificazione per adenoma avanzato** ovvero il numero di adenoma avanzati identificati allo screening sul numero di persone sottoposte a screening per mille, con standard maggiore del 7,5‰ per i primi esami (soggetti che si sottopongono per la prima volta al test di screening) e del 5,0 ‰ per gli esami successivi (soggetti che hanno già partecipato allo screening);
- il **tasso di identificazione per carcinoma** ovvero il numero di carcinomi identificati allo screening sul numero di persone sottoposte a screening per mille, con standard maggiore del 2,0 ‰ per i primi esami e dell'1,0‰ per gli esami successivi.

Tali indicatori consentono di monitorare l'efficacia del programma in termini di prevenzione e diagnosi precoce.

Gli indicatori di processo e di esito del triennio 2021-2023 sono riportati nella tabella 10.

Tabella 10. Tasso di positività, adesione all'approfondimento ed esito dell'esame di secondo livello

		2021	2022	2023
Maschi				
Positivi al test		598	925	736
% positività sugli screenati		6,8	5,3	5,4
Colonscopie eseguite		508	810	654
% adesione alla colonscopia		85,0	87,6	88,8
Esito esame II livello	negativo	260	523	449
	adenoma basso rischio	144	174	136
	adenoma a rischio medio/alto	97	93	54
	carcinoma	7	20	15
Femmine				
Positive al test		435	784	666
% positività sulle screenate		4,2	4,0	4,1
Colonscopie eseguite		355	680	581
% adesione alla colonscopia		81,6	86,7	87,2
Esito esame II livello	negativo	228	506	452
	adenoma basso rischio	67	103	91
	adenoma a rischio medio/alto	46	55	33
	carcinoma	14	16	5
Totale (maschi + femmine)				
Tasso identificazione adenoma avanzato	Primi esami	6.3‰	3.5‰	3.7‰
	Esami successivi	8‰	4.1‰	2.8‰
Tasso identificazione carcinoma	Primi esami	1.2‰	0.4‰	1.2‰
	Esami successivi	1‰	1.1‰	0.6‰

In relazione all'esito dell'esame di approfondimento, il soggetto viene indirizzato:

- a rientrare nel percorso di screening con esecuzione del test di primo livello;
- al percorso di follow-up con programmazione di colonscopie di sorveglianza;
- al percorso oncologico qualora sia stato riscontrato un tumore.

In alcuni casi, a seguito di riscontro di altre patologie che richiedono un controllo specifico (ad esempio le malattie infiammatorie croniche intestinali) il soggetto viene inviato ad un percorso specialistico dedicato.

La stratificazione del rischio e l'adesione alle linee di indirizzo consentono una maggiore appropriatezza delle prestazioni, con risvolto favorevole in termini di prevenzione sul singolo e sui carichi di lavoro, sulla spesa sanitaria e sulle liste di attesa per il Sistema Sanitario. Da marzo 2023 in Regione Lombardia sono applicate le "Indicazioni regionali per l'appropriatezza della sorveglianza endoscopica post-polipectomia di screening"; l'efficacia del follow-up endoscopico è dimostrata in termini di riduzione della mortalità per carcinoma coloretale.

Tempi di attesa in screening

I tempi di attesa per ricevere le comunicazioni di risultato del test di primo livello o per eseguire la colonscopia dopo una positività contribuiscono a valutare l'efficienza organizzativa del programma di screening. Lo screening risulta efficace se, dopo l'effettuazione del test, si garantisce l'adesione all'intero processo diagnostico-terapeutico, condizione essenziale per poter modificare la storia naturale della malattia. Anche se non si tratta di interventi con carattere di urgenza, la ricezione dell'esito del test di screening non dovrebbe superare le 3-4 settimane, nel caso di negatività.

Il tempo tra la data del test positivo e l'esecuzione della colonscopia dovrebbe essere contenuto nei 30 giorni di attesa.

Tabella 11. Tempi di attesa

	2021	2022	2023
Tempo tra la riconsegna del kit e l'invio dell'esito negativo Standard: > 90 % entro 21 giorni	99,99%	99,99%	95,18%
Tempo tra la data positività ed esecuzione colonscopia Standard: > 90% entro 30 giorni	60,0%	71,2%	78,7%

Va considerato che, indipendentemente dal programma di screening, alcune dilatazioni dell'intervallo di tempo possono essere dovute ad esigenze della persona. La tempistica di risposta può quindi venir calcolata in relazione alla prima data resa disponibile per l'approfondimento.

3.3 OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO

I programmi di screening sono percorsi di prevenzione strettamente monitorati, a garanzia sia dell'equità di accesso che della qualità del processo; il monitoraggio consente di inserire azioni di miglioramento nelle fasi che lo richiedono.

I dati di adesione allo screening nel territorio di ATS Montagna sono in linea con gli obiettivi definiti da Regione Lombardia e, anche nel periodo della pandemia, si sono mantenuti sopra i valori standard di riferimento; resta comunque fondamentale interrogarsi sui motivi di non adesione allo screening ed introdurre strategie per raggiungere la popolazione non aderente.

Il percorso di presa in carico del cittadino risultato positivo al test di screening o in sorveglianza endoscopia è strutturato e consolidato come processo di presa in carico da parte della Struttura Semplice Screening di ATS Montagna; sarebbe opportuno promuovere, nell'ambito della formazione del personale, corsi dedicati alla comunicazione in ambito di screening e con la modalità del counseling telefonico. Inoltre, sempre nell'ottica di migliorare l'adesione al secondo livello sarebbe opportuno rafforzare la collaborazione con i Medici di Medicina Generale e gli Specialisti delle Unità Operative di Endoscopia.

Al fine di garantire la presa in carico del cittadino in tutto il percorso di screening, la programmazione deve essere coerente, completa e orientata all'ottimizzazione delle risorse. Per tale motivo, nell'organizzazione dello screening coloretale, un aspetto di estrema importanza è rappresentato dalla definizione delle prestazioni necessarie in termini di volumi e budget contrattuali con gli Erogatori del territorio; la costante verifica dell'andamento delle attività dovrebbe trovare momenti di incontro e condivisione dei report di monitoraggio periodici con gli Erogatori.

Infine, anche in relazione al mandato di Regione Lombardia in merito alla sorveglianza endoscopica nel programma di screening, risulta di fondamentale importanza introdurre indicatori specifici di appropriatezza del follow-up endoscopico per monitorarne l'efficienza.

Tabella 12. Obiettivi di miglioramento

Obiettivo di miglioramento	Fase dello screening
Aumentare l'adesione al test di screening	Invito al primo livello
- Associare alla comunicazione cartacea il servizio di messaggistica telefonica già utilizzata per le altre linee di screening. - Mantenere aggiornato il sito internet di ATS Montagna, con periodico aggiornamento e inserimento di notizie in home page. - Coinvolgere maggiormente i Medici di Medicina Generale, strutturando l'accesso al software screening come strumento di valutazione della situazione screening dei propri assistiti. - Superare l'ostacolo della sola spedizione cartacea del documento, con pubblicazione dell'invito sul Fascicolo Sanitario Elettronico. - Proporre in più occasioni, soprattutto nell'ambito di iniziative di promozione e prevenzione, l'esperienza dello "screening mobile" con postazioni di operatori screening in contesti locali.	
Migliorare la comunicazione	Relazione con i cittadini utenti
La comunicazione della positività al cittadino che ha eseguito il test di screening avviene tramite un counselling telefonico da parte degli Operatori Sanitari della Struttura Semplice Screening. Il contesto comunicativo è quindi particolare e necessità di competenze che devono essere sostenute nel tempo. - Programmare moduli formativi specifici per il Personale, al fine di migliorare le competenze e gli aspetti relazionali ed emotivi nella comunicazione, garantendo i principi etici e deontologici nel colloquio telefonico, per ottimizzare l'efficacia comunicativa e la tutela del cittadino.	
Aumentare l'adesione alla colonscopia	Invito al secondo livello
- Coinvolgere il Medico di Medicina Generale nella presa in carico del cittadino inviato all'approfondimento al fine di fornire indicazioni coerenti e univoche, eliminare l'inappropriatezza della ripetizione del test di primo livello e mantenere inserito il cittadino nel percorso di screening che garantisce tutte le prestazioni necessarie, appropriate e di qualità.	
Aumentare la capacità di monitorare il percorso	Monitoraggio periodico
- Rafforzare la collaborazione tra la Struttura Semplice Screening e le Strutture che hanno collaborato alla stesura del bilancio sociale al fine di un monitoraggio completo del processo, con produzione di report utili sia ad ATS che agli Erogatori. - Condividere con gli Erogatori la reportistica in un'ottica di miglioramento continuo che si possa tradurre in un beneficio per il cittadino e il Sistema Sanitario.	
Razionalizzare il percorso di follow-up	Sorveglianza endoscopica
L'introduzione sistematica della sorveglianza endoscopica nei programmi di screening offre benefici in termini di prevenzione ma determina un inevitabile aumento del numero di cittadini e situazioni screening da prendere in carico e gestire, sia da parte della Struttura Semplice Screening che dei Servizi di Endoscopia. La corretta applicazione delle indicazioni regionali può ridurre la quota di colonscopie inappropriate, con un impatto favorevole sul singolo, sulla spesa sanitaria e sulla riduzione delle liste di attesa nei servizi di endoscopia. - Implementare un monitoraggio strutturato di indicatori di appropriatezza della sorveglianza endoscopica. - Strutturare un monitoraggio periodico con gli Erogatori anche al fine di approfondire le singole casistiche che si discostano dalla procedura, in un'ottica di screening che procede verso la personalizzazione.	

La stesura di questo bilancio sociale ha rappresentato sia un'opportunità di rendicontazione trasparente che un percorso multidisciplinare e intra-aziendale che ha coinvolto attivamente i diversi attori impegnati nel programma di screening del tumore coloretale. Il gruppo di lavoro che si è costituito in ATS Montagna ha consentito di rafforzare le relazioni professionali, generando spazi di confronto e valorizzando il contributo dei singoli professionisti e dei servizi coinvolti.

Il percorso di redazione è stato sostenuto anche dal un gruppo di lavoro regionale, composto dai referenti del bilancio sociale delle diverse ATS che hanno potuto confrontarsi e condividere contributi, partendo da un corso di formazione dedicato, volto a fornire le basi metodologiche ed operative per una stesura condivisa e coerente anche a livello regionale.

La pubblicazione del documento restituisce una visione integrata del programma: non solo in termini di risultati numerici, ma anche attraverso l'analisi delle ricadute sociali, dei punti di forza organizzativi e delle criticità affrontate o da affrontare.

Il bilancio sociale non si configura quindi come un punto di arrivo, ma come una tappa di un percorso volto al miglioramento continuo, alla responsabilità sociale ed alla sostenibilità delle azioni di prevenzione promosse sul territorio.