

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

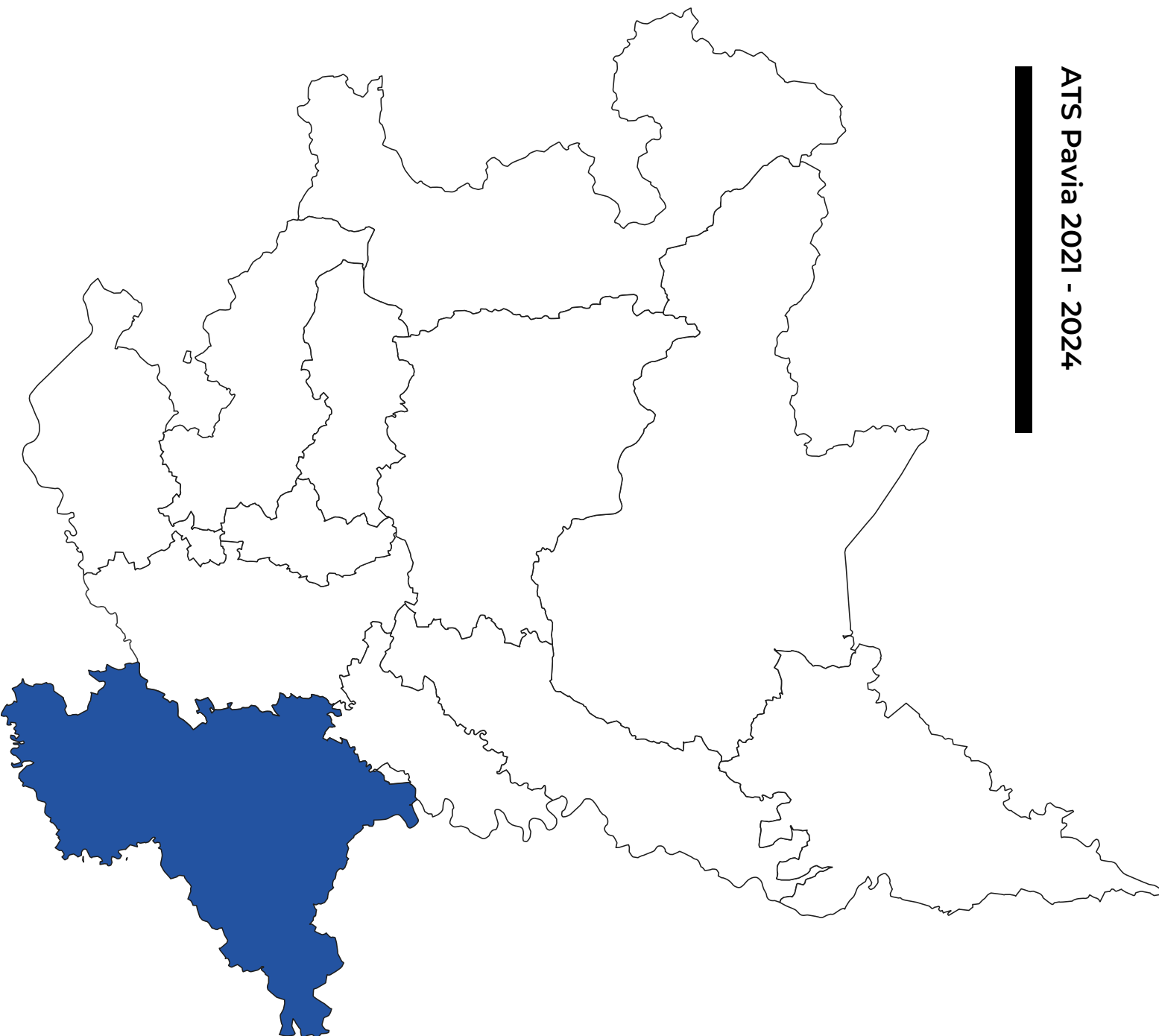
ATS Pavia

# IL BILANCIO SOCIALE DELLO SCREENING COLONRETTALE



Un percorso di prevenzione per la tua salute

ATS Pavia 2021 - 2024



# PRESENTAZIONE AZIENDALE

## LETTERA DEL DIRETTORE

Questo Bilancio Sociale dello Screening Coloretale 2021-2024, redatto in accordo alle Regole di Sistema DGR XII/3720, costituisce un'occasione per condividere con i cittadini e con tutti gli stakeholder del territorio i risultati di un'attività fondamentale per la tutela della salute pubblica. Il tumore del colon-retto rappresenta una delle principali cause di mortalità oncologica, ma è anche una delle neoplasie per cui lo screening può incidere significativamente sulla riduzione dell'incidenza e della mortalità. Garantire un'offerta organizzata, accessibile e di qualità è dunque un compito prioritario per il sistema sanitario.

Nel quadriennio considerato, ATS Pavia ha assicurato la continuità del programma, pur in un contesto reso complesso dall'emergenza sanitaria e dalle sue conseguenze organizzative. Il lavoro integrato tra servizi di sanità pubblica, medicina di base, ambiti specialistici e volontariato, ha permesso di mantenere livelli di attività significativi, ponendo attenzione ai territori più fragili e alle fasce di popolazione meno raggiunte. Il bilancio sociale restituisce una fotografia trasparente di quanto realizzato: volumi di attività, tassi di adesione, indicatori di qualità e impatto sanitario sono letti anche alla luce delle strategie adottate e delle criticità affrontate.

Si tratta di uno strumento di valutazione e di programmazione, utile per comprendere dove investire, come migliorare l'equità dell'accesso e come rafforzare l'efficacia complessiva del percorso.

Lo sguardo è ora rivolto ai prossimi anni, con l'obiettivo di consolidare una cultura della prevenzione sempre più diffusa e consapevole, implementare la prossimità dell'offerta e valorizzare i dati come base per un più attento governo clinico e organizzativo del programma.

Doveroso un ringraziamento ai collaboratori di ATS e a tutti gli attori del territorio che, in una logica di rete, hanno contribuito a migliorare l'offerta e a favorire la partecipazione dei cittadini.

Il Direttore Generale  
Lorella Cecconami

# INDICE

---

## GUIDA ALLA LETTURA

**p. 1**

## 01

### IDENTITÀ

**p. 3**

I programmi di screening oncologico organizzato

p. 3

I programmi di screening oncologico organizzato  
in Regione Lombardia

p. 4

La governance dello Screening

p. 5

L'Unità Operativa Programmi di Screening

p. 6

Il contesto epidemiologico e sanitario

p. 7

Lo screening del tumore coloretale

p. 13

Il percorso di screening e i suoi attori

p. 16

## 02

### ORGANIZZAZIONE E RISORSE

**p. 21**

Il modello organizzativo aziendale e risorse  
umane Impiegate

p. 21

Le risorse economico-finanziarie destinate al  
programma

p. 23

## 03

### OBIETTIVI, ATTIVITÀ E RISULTATI

**p. 25**

Selezione della popolazione, invito e adesione al  
primo livello

p. 26

Secondo livello e follow-up

p. 28

Strategie e obiettivi di miglioramento

p. 33

# 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. Viene redatto sulla base del metodo **Refe, Rendersi Conto per Rendere Conto®\***

### Perché 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

### Perché è importante per l'organizzazione?

- Permette all'organizzazione di avere un confronto con i destinatari dell'attività
- Contribuisce a migliorare i percorsi basando eventuali interventi sulle esigenze della comunità

In linea con le Linee guida nazionali (DPCM del 12/01/2017 e le disposizioni del DM 02/08/2019), il Bilancio sociale è composto da 3 sezioni:



**1. IDENTITÀ:** Presenta la struttura, la storia e le sue funzioni. Descrive il contesto epidemiologico del territorio di riferimento, illustra il programma di screening coloretale e gli stakeholder coinvolti.



**2. ORGANIZZAZIONE E RISORSE:** Illustra il modello organizzativo regionale e di Pavia, 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.

\* Approccio ideato da Refe-Strategie di sviluppo sostenibile per integrare la sostenibilità nei processi aziendali organizzativi. Si basa sul concetto di rendersi conto per rendere conto e mira a far crescere un management consapevole, a sviluppare policy orientata alla sostenibilità e a rafforzare la qualità delle relazioni con gli stakeholder. Refe si occupa di screening dal 2006 e ha già seguito per il Ministero della Salute la stesura delle Linee Guida nazionali per la rendicontazione sociale e lo stakeholder engagement dei programmi di screening oncologico.

# GUIDA ALLA LETTURA

---

## ACRONIMI UTILIZZATI

**ADI:** Assistenza Domiciliare Integrata

**ASL:** Aziende Sanitarie Locali

**ASST:** Azienda Socio Sanitaria Territoriale

**ATS:** Agenzia di Tutela della Salute

**CS:** Centro Screening

**FAP:** Poliposi Adenomatosa Familiare

**FAQ:** Frequently Asked Questions (Domande Frequenti)

**FIT:** Test Immunochimico Fecale

**FTE:** Full Time Equivalent (Equivalente Tempo Pieno)

**GISCoR:** Gruppo Italiano Screening Tumori Colorettali

**HPV:** Human Papilloma Virus

**IRCCS:** Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

**LEA:** Livelli Essenziali di Assistenza

**MMG:** Medici di Medicina Generale

**ONS:** Osservatorio Nazionale Screening

**SC:** Struttura Complessa

**SS:** Struttura Semplice

# 01 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 e il concetto di salute come bene individuale viene traslato a salute come patrimonio della comunità. In quest'ottica gli screening possono essere considerati un "motore di equità sociale".

**Gli screening oncologici rientrano nei Livelli Essenziale di Assistenza (LEA) come attività di prevenzione collettiva e sanità pubblica e in quanto tali devono essere presenti e attuati su tutto il territorio nazionale.**

Gli screening oncologici offerti in Italia sono:

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



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



Il tumore al colon-retto è il 2° più frequente in Italia.  
Lo screening coloretale ha ridotto la mortalità del 20% nelle aree in cui sono attivi programmi organizzati.



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

## 1.2. 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 offerto a partire dai 45 anni con mammografia annuale e successivamente biennale dai 50 fino ai 74 anni compiuti (i LEA prevedono 50-69 anni).

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

Lo screening della cervice uterine, 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 nelle donne non precedentemente vaccinate, 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 alla fascia di età 50-55 anni ma con la prospettiva di essere esteso fino a 69 anni.

### Le priorità sono:



#### 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 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. Appropriatezza

Elemento qualificante che si esplica in ogni fase del percorso, nella gradualità dell'intensità diagnostica in relazione all'esito della fase precedente, nell'adozione di protocolli uniformi e linee guida.



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

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 e che consentono la costruzione di indicatori per analisi su base territoriali, temporali e di confronto tra territori, Aziende Sanitarie e Regioni.



#### 7. Programmazione

È la pianificazione a medio-lungo termine che consente il mantenimento nel tempo del sistema e l'adeguamento in funzione dei tempi e delle modalità previsti dai protocolli.

### 1.3. LA GOVERNANCE DELLO SCREENING

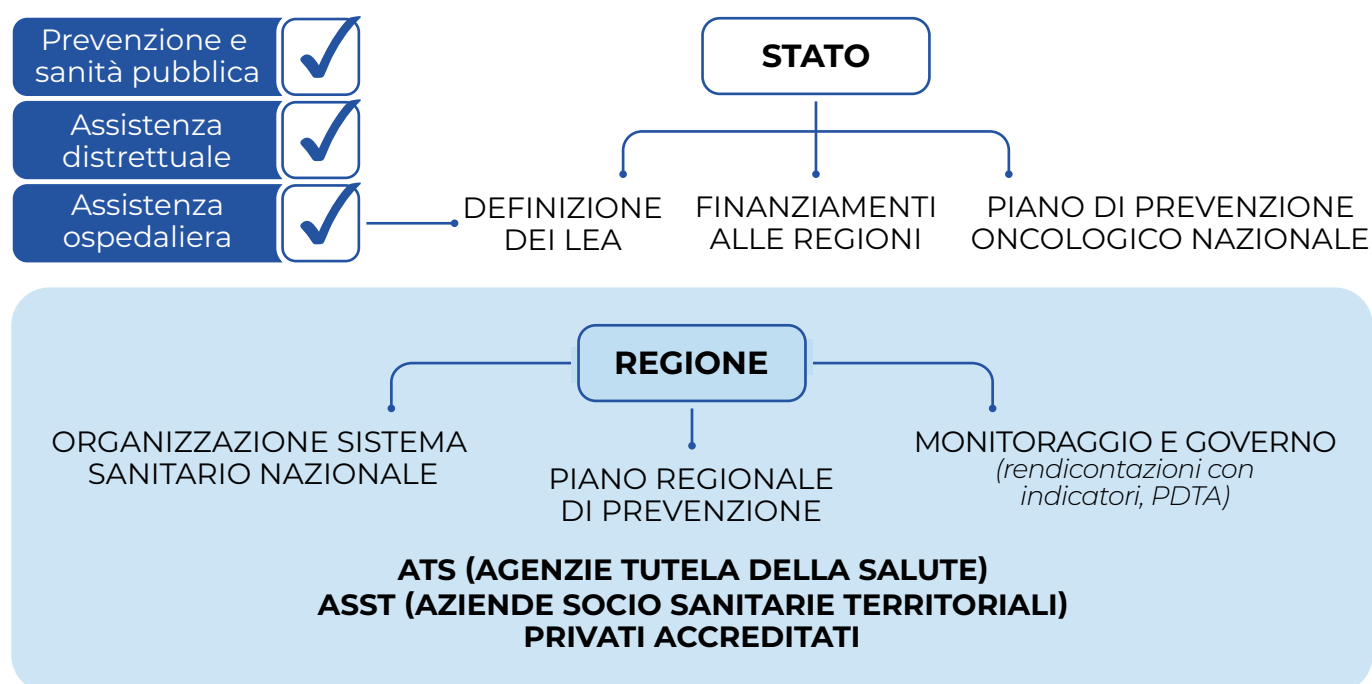
Il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) è organizzato in tre livelli istituzionali strettamente interconnessi, in una logica di prossimità ed uguaglianza di offerta di salute pubblica:

- **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 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** 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 (Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico).

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



## 1.4. L'UNITÀ OPERATIVA DEI PROGRAMMI DI SCREENING DELL'ATS PAVIA

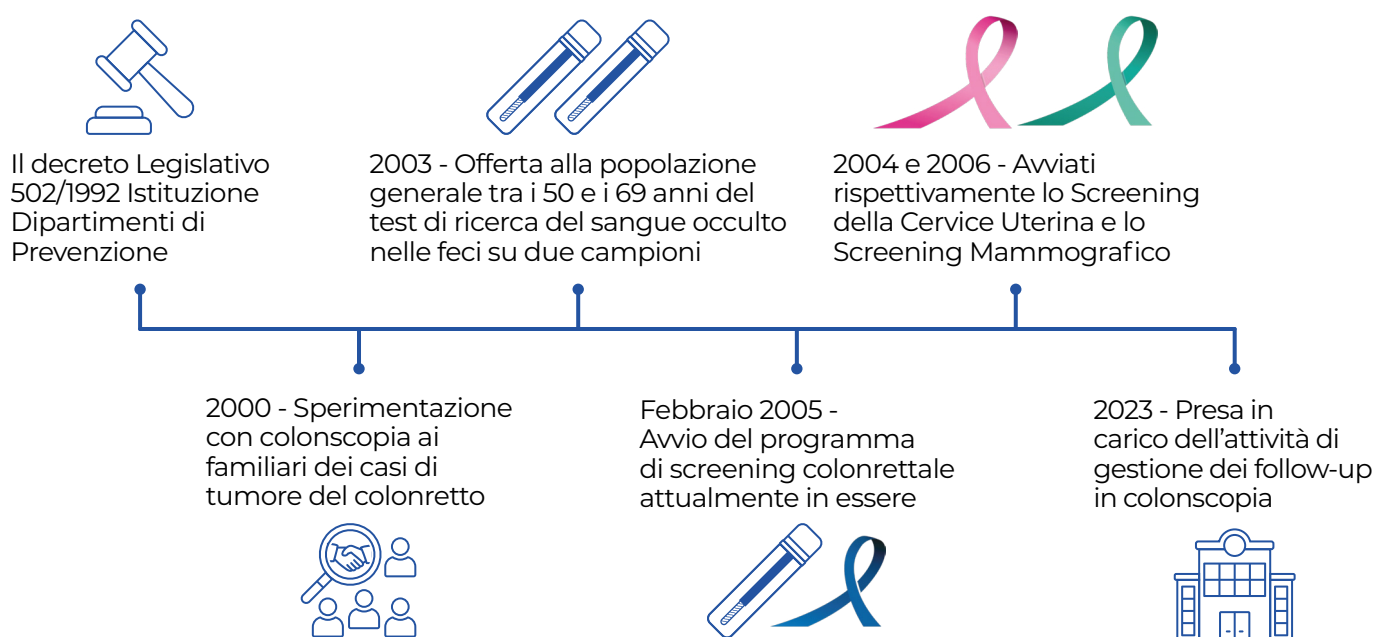
Il *Decreto Legislativo 502/1992* istituisce in tutta Italia i dipartimenti di prevenzione (attivi in Lombardia già dal 1985), nella cui articolazione organizzativa compare il Servizio di Medicina Preventiva di Comunità. Successivamente, con la Legge regionale 31 del 1997 vengono istituite 15 Aziende Sanitarie Locali (ASL), successivamente riorganizzate nel 2015 in 8 ATS.

La storia della **SS Screening Oncologici di ATS Pavia** e nello specifico dello screening coloretale inizia nel 2000 quando, rilevando un'incidenza particolarmente elevata di neoplasie del colon retto in una zona circoscritta dell'Oltrepò Pavese, veniva avviata dall'ASL una sperimentazione proponendo una colonscopia ai parenti di primo grado dei casi indice rilevati. In un primo studio, si è confrontata l'incidenza di tumori e adenomi ad alto rischio rilevati in questa popolazione mediante colonscopia con quella riscontrata tra le persone dello stesso territorio che, risultate positive al test del sangue occulto nelle feci, erano state invitate a fare una colonscopia.

Negli anni successivi iniziava invece a svilupparsi un modello di screening più simile a quello attuale, con offerta sperimentale alla popolazione generale in fascia d'età 50-69 anni dell'esame del sangue occulto nelle feci, inizialmente con la raccolta di due campioni da analizzare.

A partire da **febbraio 2005** viene infine avviato il programma di screening coloretale, con l'introduzione del round di screening biennale con la raccolta di un solo campione di feci, finalizzato ad invitare almeno una volta nell'arco di due anni tutti i cittadini di età compresa tra 50 e 69 anni, che non avessero avuto già un tumore del colon retto e che non fossero affetti da patologia d'organo specifica. L'offerta di screening viene successivamente estesa anche alla popolazione in età compresa tra 70 -74 anni, come da direttiva regionale del 2017. Il modello di screening, che si è implementato, in coerenza con le indicazioni regionali, è basato **sulla distribuzione del kit per la ricerca del sangue occulto fecale attraverso le farmacie del territorio**. Il kit viene ritirato dai cittadini gratuitamente, esibendo l'invito che è stato ricevuto al domicilio.

**Dal 2023 ATS prende in carico i percorsi di follow-up successivi al primo esame di approfondimento**, contattando attivamente gli utenti ai quali lo specialista ha indicato la necessità di un ulteriore approfondimento.



1.5. 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 Pavia, oltre ai determinanti di adesione allo screening a livello provinciale e alle statistiche di incidenza e mortalità del cancro coloretale.

La Tabella che segue riassume le principali caratteristiche demografiche per Italia, Regione Lombardia e ATS di Pavia.

Il territorio di ATS di Pavia comprende la provincia di Pavia ed ha un’estensione di 2.969 km² con 185 comuni. La popolazione residente al 01/01/2025 è pari a 542.082 abitanti, con il 50,7% di donne e il 12,7% di stranieri.

L’indice di vecchiaia, indicatore demografico che misura il grado di invecchiamento di una popolazione, nel territorio di ATS di Pavia è di 221,3, superiore rispetto al valore regionale 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, risulta maggiore nel nostro territorio rispetto al dato regionale (57,9 vs 56,4), ma in linea con il valore nazionale (57,8).

Il saldo naturale, la differenza tra il numero di nati vivi e il numero di morti, 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 di Pavia la popolazione di età compresa tra i 50 e i 74 anni è pari a 197.856 abitanti e rappresenta il 36,5% della popolazione totale, valore superiore a quello lombardo e italiano. Il 50,5% della popolazione bersaglio nella provincia è rappresentata da donne, mentre il 6,9% da stranieri.

| INDICATORI DEMOGRAFICI                                                              |                          |            |            |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------|------------|-----------|
| INDICATORI                                                                          |                          | ITALIA     | LOMBARDIA  | ATS PAVIA |
|  | Estensione km²           | 302.073    | 23.864     | 2.969     |
|  | Totale comuni            | 7.896      | 1.502      | 185       |
|  | Totale popolazione       | 58.934.177 | 10.035.481 | 542.082   |
|  | Percentuale di donne     | 51%        | 50,7%      | 50,7%     |
|  | Percentuale di stranieri | 9%         | 12,3%      | 12,7%     |

| INDICATORI DEMOGRAFICI (continua)                                                   |                                                      |            |           |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------|-----------|-----------|
| INDICATORI                                                                          |                                                      | ITALIA     | LOMBARDIA | ATS PAVIA |
|    | Popolazione 0-14 anni                                | 7.019.165  | 1.224.852 | 61.872    |
|    | Popolazione over 65                                  | 14.573.173 | 2.394.067 | 136.896   |
|    | Indice di vecchiaia                                  | 208        | 196       | 221,3     |
|    | Indice di dipendenza strutturale                     | 58         | 58        | 57,9      |
|    | Nati                                                 | 369.922    | 64.536    | 3.271     |
|   | Morti                                                | 650.587    | 102.439   | 7.213     |
|  | Popolazione screening 50-74 anni                     | 21.005.860 | 3.508.788 | 197.856   |
|  | Percentuale di donne sulla popolazione screening     | 51,5%      | 50,9%     | 50,5%     |
|  | Percentuale di stranieri sulla popolazione screening | 6%         | 7,6%      | 6,9%      |

Fonte tabella: ISTAT, ultimo dato disponibile

# Determinanti della salute e fattori di rischio

I tumori del colon-retto si riconducono a stili di vita e familiarità. Fattori di rischio sono rappresentati da eccessivo consumo di carni rosse e di insaccati, farine e zuccheri raffinati, sovrappeso e ridotta attività fisica, fumo ed eccesso di alcool. Ulteriori condizioni di rischio sono costituite dalla malattia di Crohn e dalla rettocolite ulcerosa. Suscettibilità ereditarie (2-5%) riconducibili a sindromi in cui sono state identificate mutazioni genetiche sono la Poliposi Adenomatosa Familiare (FAP) e la sindrome di Lynch\*.

Consumo di  
alimenti a  
rischio



Sovrappeso  
e ridotta  
attività fisica



Fumo



Eccesso di  
alcool



Malattie  
infiammatorie  
intestinali



Familiarità



## Determinanti della non adesione allo screening

Facendo riferimento ad un articolo pubblicato su Epidemiologia&Prevenzione<sup>2</sup> si riportano di seguito i principali determinanti di non adesione allo screening coloretale in ATS di Pavia nel periodo pre-pandemico (2018-2019); la Tabella sottostante mostra i fattori associati a un tasso di non adesione più elevato. I soggetti più fragili dal punto di vista delle condizioni sanitarie, tra cui quelli in ADI, pluripatologici o che accedono frequentemente al Pronto Soccorso hanno il doppio del rischio di non aderire al programma di screening coloretale. Anche la cittadinanza straniera rappresenta un importante determinante di non adesione, in particolare per quanto riguarda cittadini africani e asiatici. Uno studio condotto esclusivamente sul territorio pavese conferma l'aumentato rischio di non adesione per i cittadini stranieri, oltre che per quelli residenti nella comunità montana<sup>3</sup>.

## Determinanti della non adesione allo screening coloretale in ATS di Pavia (2018-2019)

| ITEM                                             | OR (IC95%)         |
|--------------------------------------------------|--------------------|
| Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) sì vs no  | 2,08 (1,75 ; 2,47) |
| 4 o più condizioni croniche vs nessuna cronicità | 2,05 (1,72; 2,44)  |
| Accessi al PS (7+ vs 0)                          | 1,77 (1,54-2,05)   |
| Cittadinanza straniera vs italiana               | 1,51 (1,44; 1,59)  |
| Cittadinanza africana vs italiana                | 2,53 (2,25; 2,85)  |
| Cittadinanza asiatica vs italiana                | 1,68 (1,44; 1,97)  |

\* I numeri del cancro in Italia 2024 - AIOM, AIRTUM, Fondazione AIOM, Osservatorio Nazionale Screening (ONS), PASSI, PASSI d'Argento, SIAPeC-IAP  
[2] E&P 2024, 48 (2) marzo-aprile p. 118-129 DOI: <https://doi.org/10.19191/EP24.2.A720.039>  
[3] E&P 2024, 48 (2) marzo-aprile p. 130 DOI: <https://doi.org/10.19191/EP24.2.A672.040>

## INCIDENZA (NUOVE DIAGNOSI) E SOPRAVVIVENZA PER IL TUMORE COLON-RETTO

**2°**

tumore più  
frequente in Italia

**66,5%**

Sopravvive a 5 anni  
dalla diagnosi

♂ **2.880 maschi**  
♀ **2.323 femmine**

A Pavia convivono  
con una diagnosi di  
tumore del colon-retto

Dati di incidenza del tumore del Colon Retto a livello nazionale e locale, per sesso

| MASCHI                                                         | ITALIA | PAVIA* |
|----------------------------------------------------------------|--------|--------|
| Nuovi casi anno popolazione generale                           | 29.225 | 232    |
| Nuovi casi anno popolazione fascia screening                   | 14.535 | 114    |
| Numero di nuovi casi ogni 100.000 abitanti                     | 91,0   | 78,7   |
| Numero di nuovi casi ogni 100.000 abitanti in fascia screening | 150,6  | 131,4  |

| FEMMINE                                                        | ITALIA | PAVIA* |
|----------------------------------------------------------------|--------|--------|
| Nuovi casi anno popolazione generale                           | 25.559 | 179    |
| Nuovi casi anno popolazione fascia screening                   | 11.309 | 67     |
| Numero di nuovi casi ogni 100.000 abitanti                     | 63,1   | 45     |
| Numero di nuovi casi ogni 100.000 abitanti in fascia screening | 107,3  | 72,1   |

\* Periodo di riferimento 2018-2020

## MORTALITÀ PER TUMORE COLON RETTO



**3°** causa di morte  
nelle donne



**2°** causa di morte  
negli uomini

Mortalità per tumore del Colon Retto a livello nazionale e locale, per sesso

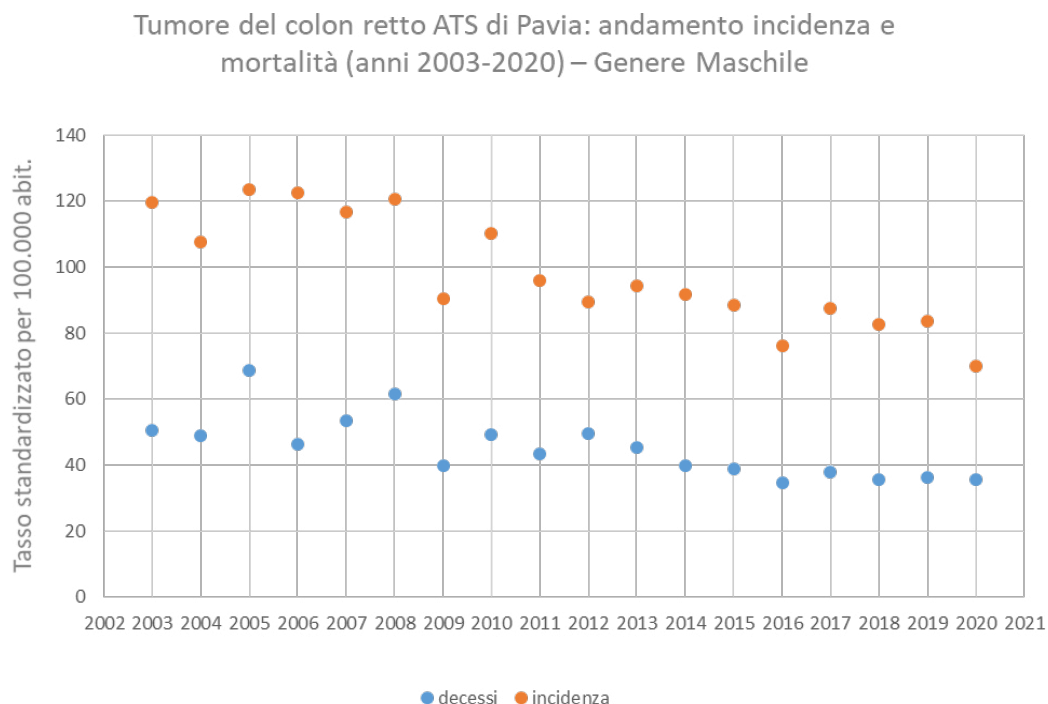
| MASCHI                                               | ITALIA | PAVIA* |
|------------------------------------------------------|--------|--------|
| Numero medio di decessi annuo                        | 12.982 | 95     |
| Numero medio di decessi popolazione fascia screening | 4.444  | 32,3   |
| Numero decessi ogni 100.000 abitanti                 | 40,3   | 32,4   |
| Numero decessi 100.000 abitanti in fascia screening  | 46,2   | 39,1   |

| FEMMINE                                              | ITALIA | PAVIA* |
|------------------------------------------------------|--------|--------|
| Numero medio di decessi annuo                        | 11.206 | 81     |
| Numero medio di decessi popolazione fascia screening | 3.265  | 19     |
| Numero decessi ogni 100.000 abitanti                 | 25,4   | 18,9   |
| Numero decessi 100.000 abitanti in fascia screening  | 30,9   | 22,4   |

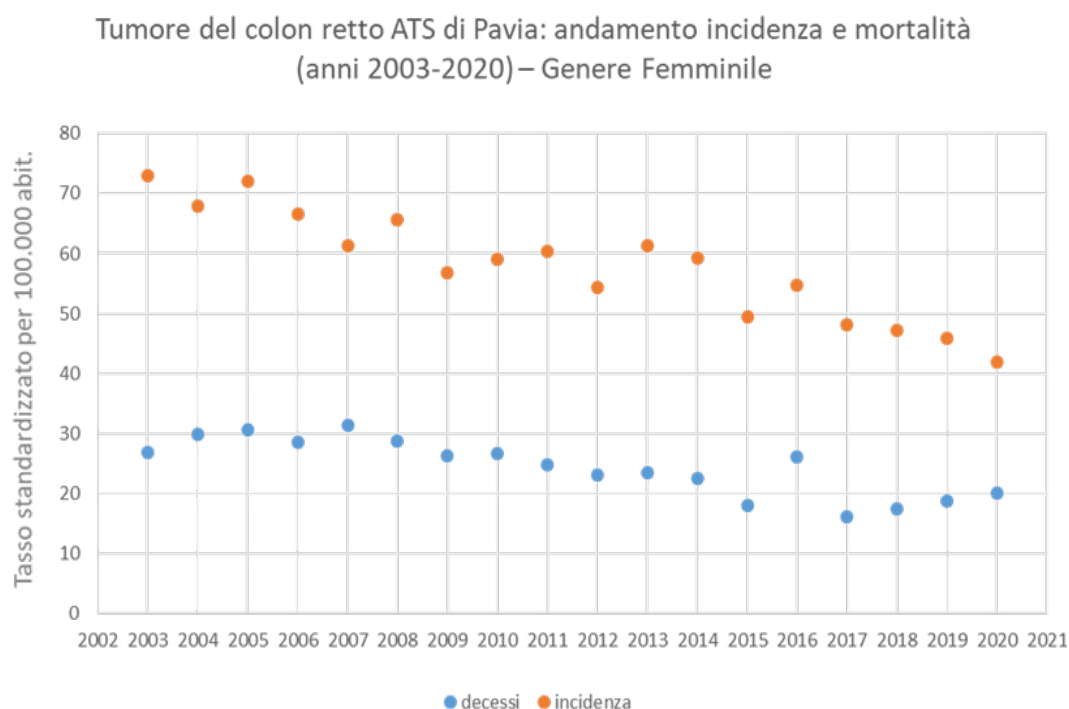
\* Periodo di riferimento 2020-2022

I grafici 1 e 2 che seguono mostrano come i trend dei tassi di incidenza e mortalità in ATS di Pavia nel periodo 2005-2020 abbiano un andamento in diminuzione per entrambi i sessi.

**Grafico 1** Trend di incidenza e mortalità tumore del colon retto ATS di Pavia – genere maschile



**Grafico 2** Trend di incidenza e mortalità tumore del colon retto ATS di Pavia – genere femminile



I trend di incidenza mostrano un aumento nei primi anni successivi all'implementazione del programma di screening (2003/2004), dovuto all'identificazione in screening di tumori ancora non diagnosticati (round di prevalenza). L'effetto è visibile anche nei trend della popolazione generale.

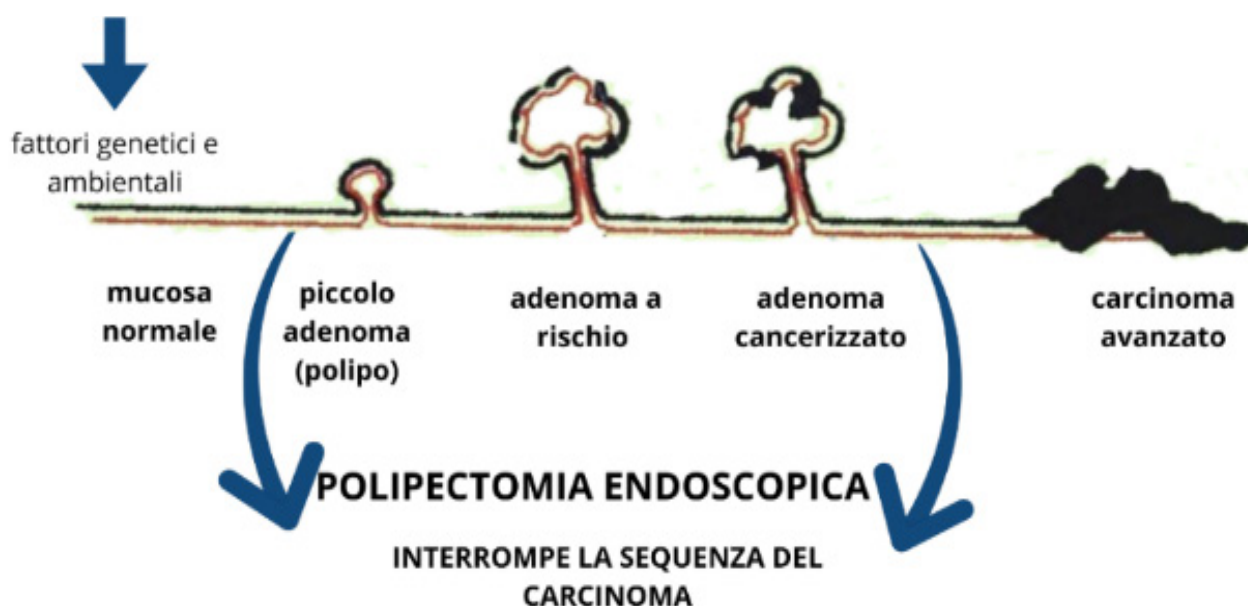
Negli anni successivi fa seguito una marcata riduzione dell'incidenza, accompagnata da una lieve riduzione della mortalità.

## 1.6. LO SCREENING DEL TUMORE COLONRETTALE

Il tumore nella maggior parte dei casi si sviluppa in seguito ad una evoluzione in senso maligno di lesioni precancerose (polipi adenomatosi) della mucosa dell'intestino. Queste impiegano generalmente un periodo piuttosto lungo (dai 7 ai 15 anni) per trasformarsi in forme maligne e pertanto l'identificazione e il trattamento precoce di queste lesioni è in grado di interrompere il processo di evoluzione, prevenendo lo sviluppo del tumore.

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

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



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

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

I polipi crescono sporgendo all'interno del lume intestinale o del retto e in seguito al passaggio del materiale fecale e allo strofinamento che ne consegue, possono sanguinare in maniera intermittente. Questo sangue si mescola al materiale fecale e benché possa non essere visibile ad occhio nudo, può essere rilevato attraverso un semplice test, la ricerca del sangue occulto nelle feci.

Nonostante statisticamente il tasso di positività al test del sangue occulto sia del 4,5 – 5%, non tutti i soggetti che risultano positivi e vengono sottoposti a esame di approfondimento ricevono diagnosi di polipi/adenomi del colon-retto, in quanto la positività al test può essere dovuta ad altre cause di sanguinamento, quali emorroidi, piccole lesioni superficiali o ragadi anali.

Un esito positivo al test di primo livello non deve quindi allarmare eccessivamente il cittadino, ma necessita comunque di approfondimento mediante colonscopia per escludere cause di sanguinamento potenzialmente evolutive.

Attualmente in Italia la ricerca di sangue occulto nelle feci (FIT) 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 FIT come test primario di screening.

**I NUMERI IN ITALIA**

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, 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 stati 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.

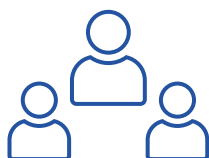
Sono inoltre stati identificati e rimossi 6.742 adenomi ad alto rischio e 22.879 adenomi a basso rischio, che avrebbero potuto evolvere in lesioni cancerose se non identificati precocemente e adeguatamente trattati.

L’infografica a pagina 12 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.

La seguente tabella riassume il significato degli indicatori riportati nell’infografica:

| INDICATORI                                             | DEFINIZIONE                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Adenoma ad alto rischio                                | Adenoma di dimensioni ≥ 10 mm o con componente villosa >20% o con displasia di alto grado.                                                                                      |
| Adenoma cancerizzato                                   | Adenoma in cui può essere accertata l’infiltrazione della sottomucosa da parte di tessuto neoplastico.                                                                          |
| Copertura per test                                     | Rapporto tra il numero di esami in screening effettuati nel periodo di tempo uguale all’intervallo di screening e il numero di persone appartenenti alla popolazione eligibile. |
| Tasso di identificazione (o detection rate)            | Numero di persone con cancro / adenoma identificato allo screening, ogni 1.000 persone sottoposte a screening.                                                                  |
| Valore Predittivo Positivo del test di screening (VPP) | Numero di persone con diagnosi di tumore del colon retto sul totale delle persone positive al test.                                                                             |

## SCREENING DEL TUMORE COLORETTALE IN LOMBARDIA 2021-2023



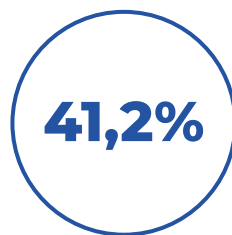
**5.099.191**

POPOLAZIONE  
TARGET  
50-74 ANNI

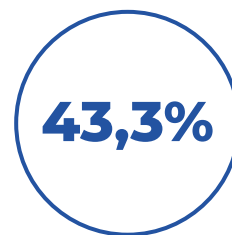


**4.987.893**

NUMERO  
ASSISTITI  
INVITATI



MEDIA  
COPERTURA  
DEL TEST

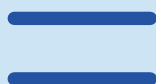


TASSO DI  
ADESIONE  
CORRETTO



**2.103.417**

TOTALE ADERENTI  
AL TEST DI  
SCREENING



**92.775**

TOTALE ADERENTI  
POSITIVI AL TEST



COMPLIANCE  
ALLA  
COLONSCOPIA



NUMERO  
CANCRI  
IDENTIFICATI

**2.085**



N. ADENOMI  
CANCERIZZATI  
IDENTIFICATI

**471**



N. ADENOMI  
AVANZATI  
IDENTIFICATI

**6.742**



N. ADENOMI  
INIZIALI  
IDENTIFICATI

**22.879**

**1,0‰**

TASSO DI  
IDENTIFICAZIONE  
PER  
CANCRO

**2,3%**

VALORE  
PREDITTIVO  
POSITIVO PER  
CANCRO



TASSO DI IDENTIFICAZIONE  
PER ADENOMI INIZIALI

**10,8‰**



TASSO DI IDENTIFICAZIONE  
PER ADENOMI AVANZATI

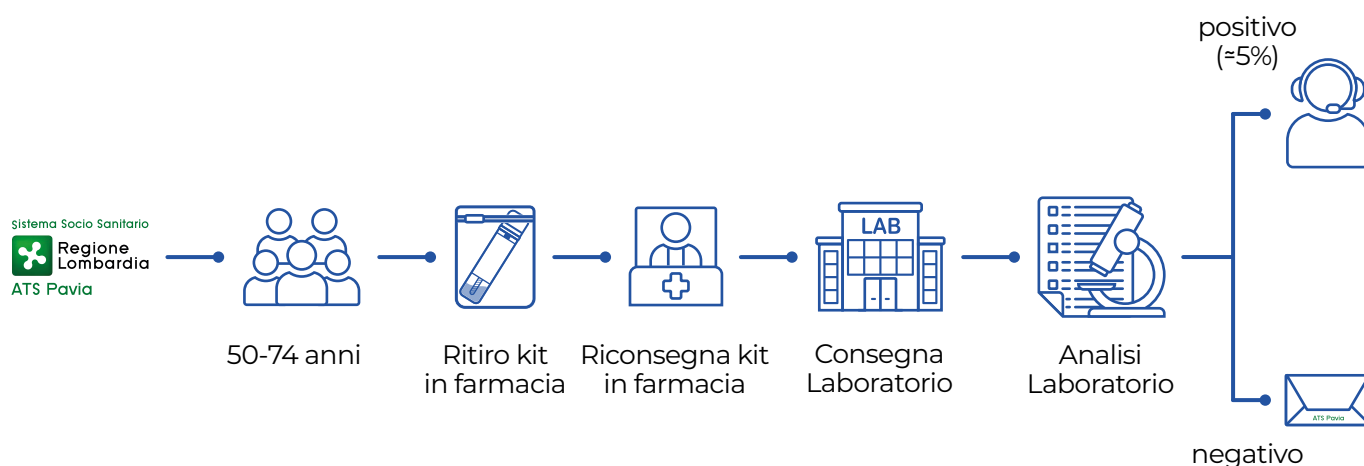
**3,3‰**

## 1.7. IL PERCORSO SCREENING E I SUOI ATTORI

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

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

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



### Esito del FIT:

- **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.

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

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

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

Le ATS invitano al primo livello del programma di screening tutta la popolazione in fascia d'età target, ad eccezione dei cittadini che sono esclusi o temporaneamente sospesi dal programma.

I criteri di esclusione e sospensione sono specificati nella tabella:

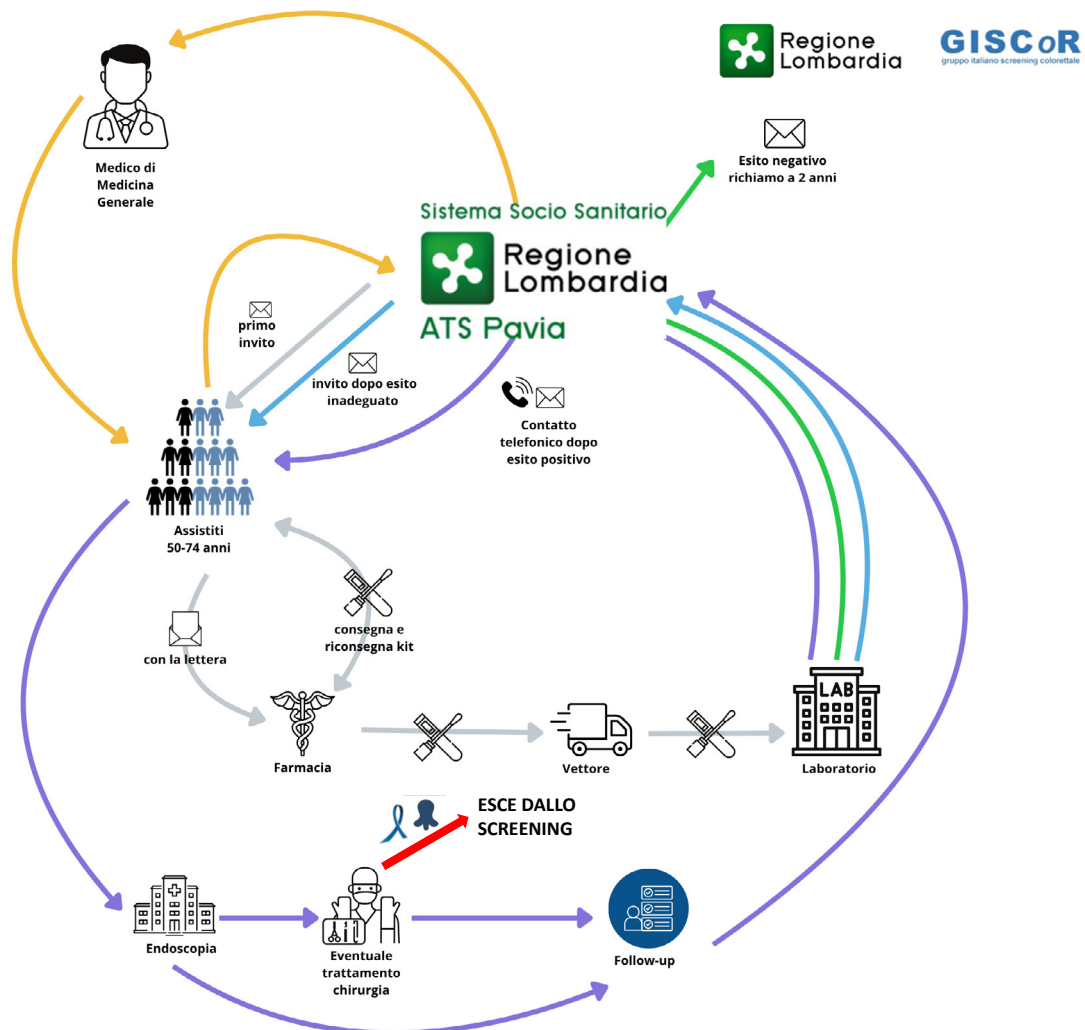
| ESCLUSIONI SCREENING COLON RETTO                                                    |                                                                                                                                                          |            |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|
| TIPOLOGIA ESCLUSIONE                                                                |                                                                                                                                                          | TEMPORANEA | DEFINITIVA |
|    | TEST SANGUE OCCULTO RECENTE                                                                                                                              | X          |            |
|    | FOLLOW-UP CON COLONSCOPIA                                                                                                                                | X          |            |
|    | TUMORE COLON-RETTO                                                                                                                                       |            | X          |
|   | COLECTOMIA                                                                                                                                               |            | X          |
|  | MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE (COLITE ULCEROSA, MORBO DI CROHN...)                                                                                     |            | X          |
|  | MALATTIE EREDITARIE (SINDROME DI LYNCH E 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          |

La seguente tabella descrive le fasi, le azioni e le responsabilità nell'ambito del programma di screening oncologico del colon retto.

Il codice colore è riferito all'infografica alla pagina successiva, che riassume i percorsi e gli attori coinvolti nel programma in relazione all'esito del test di primo livello.

| FASE<br>ATTIVITÀ                                                               | AZIONI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | RESPONSABILITÀ                                                                                 | CODICE<br>COLORE                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Individuazione della popolazione obiettivo e spedizione primo invito        | Spedizione delle lettere di invito a partecipare allo screening alla popolazione target                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI<br>OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO<br>CENTRO SCREENING               |                                                                                                                                                                                   |
| 2. <b>Primo Livello</b><br>Test del sangue occulto nelle feci                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Esecuzione del test : ritiro del kit presso la farmacia e riconsegna del campione</li> <li>Analisi del campione e produzione del referto</li> </ul>                                                                                                                                                                                                            | FARMACISTI<br>LABORATORIO DI SANITÀ' PUBBLICA                                                  |                                                                                                                                                                                   |
| 3. Restituzione del test                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Esito negativo: invio di una lettera con l'esito</li> <li>Esito positivo: contatto telefonico per proporre esame di approfondimento</li> <li>Esito inadeguato: Invio di una lettera di rinviare</li> </ul>                                                                                                                                                     | CENTRO SCREENING                                                                               | <br><br> |
| 4. Monitoraggio dell'adesione al test                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verifica dei soggetti che non hanno risposto all'invito</li> <li>Invio di lettere di Sollecito e sms per incentivare la partecipazione</li> </ul>                                                                                                                                                                                                              | CENTRO SCREENING                                                                               |                                                                                                                                                                                 |
| 5. <b>Secondo Livello</b><br>Esame di approfondimento - Colonscopia            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Prenotazione dell'esame e trasmissione delle istruzioni per la preparazione intestinale</li> <li>Esecuzione dell'esame presso centro erogatore</li> <li>Aggiornamento della scheda individuale con l'esito della colonscopia e pianificazione di eventuali appuntamenti successivi</li> </ul>                                                                  | CENTRO SCREENING<br>MEDICO DI MEDICINA GENERALE<br>ENDOSCOPIA DIGESTIVA<br>ANATOMIA PATOLOGICA |                                                                                                                                                                                 |
| 6. Restituzione dei risultati della colonscopia e programmazione del follow-up | <ul style="list-style-type: none"> <li>In caso di esito negativo o a basso rischio nuovo invito a primo livello dopo 5 anni</li> <li>In caso di adenomi a rischio intermedio o elevato colonscopia di follow-up secondo le indicazioni dello specialista</li> <li>In presenza di lesioni tumorali avvio del percorso clinico oncologico e esclusione definitiva dal programma di screening</li> </ul> | ENDOSCOPIA DIGESTIVA<br>CENTRO SCREENING                                                       |                                                                                                                                                                                 |

| FASE ATTIVITÀ                                  | AZIONI                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | RESPONSABILITÀ   | CODICE COLORE                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7. Monitoraggio dell'adesione alla colonscopia | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verifica dell'esecuzione della colonscopia.</li> <li>In caso di mancata presenza all'esame si ricontatta l'utente.</li> <li>Se l'utente non risulta contattabile, nemmeno col support del MMG, o rifiuta si invia una raccomandata di rifiuto/ mancato contatto</li> </ul> | CENTRO SCREENING | <br> |
| 8. Terzo Livello Trattamento                   | In caso di trattamento chirurgico viene inserita l'esclusione (temporanea o definitiva) dal programma di screening                                                                                                                                                                                                | CENTRO SCREENING | <br> |
| 9. Monitoraggio e Valutazione delle Fasi       | Raccolta annuale e compilazione dei dati di estensione e adesione allo screening, oltre che delle lesioni identificate e relative cartelle cliniche per compilare le Survey (GISCoR) da inviare alla Regione e al Ministero                                                                                       | CENTRO SCREENING |                                                                                         |



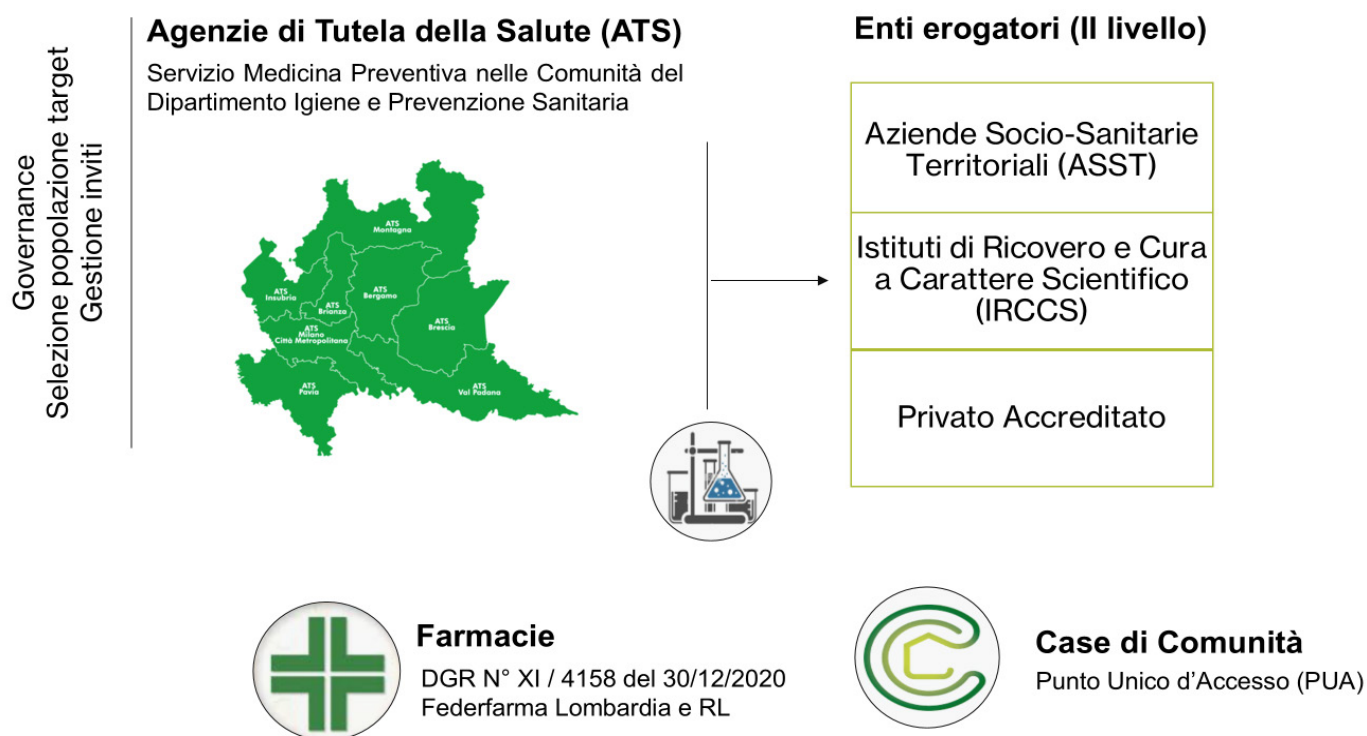
Il successo dei programmi di screening dipende quindi dal coinvolgimento di diversi stakeholder, attori cruciali nelle fasi di regolamentazione, programmazione, erogazione e gestione dell'attività. L'organizzazione dei programmi richiede la partecipazione attiva di molteplici strutture e professionisti.

Il programma di screening colorettole di ATS Pavia vede coinvolte, dal punto di vista operativo, 207 farmacie distribuite sul territorio e 6 unità di endoscopia digestiva, nello specifico:

- ASST Pavia – Sede di Vigevano
- ASST Pavia – Sede di Voghera
- IRCCS Policlinico San Matteo
- IRCCS Maugeri di Pavia
- Istituti Clinici di Pavia e Vigevano – Istituto di Cura Città di Pavia
- Istituti Clinici di Pavia e Vigevano – Istituto Clinico Beato Matteo

Al momento della positività al test del sangue occulto, gli utenti vengono contattati dal personale sanitario di ATS per fissare una colonscopia presso una delle unità di endoscopia convenzionate, secondo un criterio di prossimità e di disponibilità di prestazioni, oltre che di preferenza dell'utente.

Un ruolo di grande rilevanza è anche quello dei professionisti sanitari e non che, pur non svolgendo quotidianamente la loro attività nell'ambito del programma, contribuiscono a diffondere la cultura dello screening, sensibilizzando la popolazione rispetto all'importanza della prevenzione. Tra questi in particolare MMG (Medici di Medicina Generale), infermieri di famiglia, personale delle case di comunità e enti del terzo settore con cui il CS (Centro Screening) collabora.



## 2.1. IL MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE E RISORSE UMANE IMPIEGATE

Il personale del CS dell'ATS di Pavia appartiene alla SS Screening Oncologici, afferente alla Struttura Complessa Medicina Preventiva nelle Comunità.

Attualmente nell'ambito della SS operano un dirigente medico, un medico specializzando, un dirigente delle professioni sanitarie, un dirigente statistico, 6 unità di personale amministrativo e 4 infermieri. Il personale si occupa di tutte le linee di screening, senza una distribuzione esclusiva delle attività relative alle diverse linee ed è dedicato al 100% alle attività della SS, ad eccezione di un amministrativo dedicato al 60%.

I dirigenti si occupano del raccordo con i responsabili delle strutture erogatrici, del monitoraggio e della comunicazione dell'andamento degli indicatori di screening, della valutazione delle prestazioni necessarie al programma, della discussione di eventuali casi complessi con le strutture e dell'inserimento nel gestionale di screening delle prestazioni di II e III livello. Sono inoltre responsabili dei diversi progetti in cui il CS è coinvolto.

Sia il personale amministrativo che quello infermieristico si occupano dell'assistenza ai cittadini tramite servizio di call center (inbound e outbound), secondo le rispettive competenze. Il personale amministrativo gestisce gli inviti e le prenotazioni/spostamenti di esami di primo livello, oltre all'attività di recall finalizzata all'incremento dell'adesione. Il personale infermieristico si occupa invece delle chiamate di II livello a seguito di esito positivo, della prenotazione delle prestazioni di II livello, inclusa la raccolta della pre-anamnesi clinica, del confronto con le strutture erogatrici e dell'organizzazione dei follow-up endoscopici. Gli infermieri si occupano inoltre della gestione delle comunicazioni rivolte alla cittadinanza. Sia il personale infermieristico che quello amministrativo collaborano inoltre nell'ambito delle diverse attività in cui la Struttura è coinvolta, tra cui eventi di sensibilizzazione della popolazione ed il progetto equity.

Il programma di screening coloretale è un'attività complessa a cui collaborano molteplici attori anche non direttamente dipendenti da ATS. Nello specifico va menzionato il personale delle aziende che si occupano della stampa e imbustamento degli inviti, il servizio di postalizzazione che consegna le lettere ai cittadini, i farmacisti responsabili della presa in carico degli utenti aderenti al programma, i vettori della distribuzione intermedia del farmaco che gestiscono la consegna e il ritiro dei kit del sangue occulto, oltre al personale dei laboratori ASST che si occupano della lettura dei campioni e dell'approvvigionamento dei kit alle farmacie.

A seguito della lettura del campione e della comunicazione di esito positivo entra ovviamente nel processo il personale amministrativo, infermieristico e medico delle sei endoscopie sul territorio convenzionate per l'esecuzione degli esami di approfondimento.

È da sottolineare il fatto che l'impatto economico di queste figure sullo screening viene valorizzato nell'ambito dei contratti stipulati da ATS, in ragione della numerosità e tipologia del loro valore economico.

## PERSONALE DEL CENTRO SCREENING ATS PAVIA



La tabella sottostante e quella in sezione 2.2., relativa alle risorse economiche finanziarie impiegate nel programma di screening coloretale, sono state compilate per quanto riguarda l'impiego e i costi relativi al personale utilizzando il metodo FTE (full time equivalent). Per ciascuna unità si è tenuto quindi conto, in relazione ai mesi di attività nel corso dell'intero anno, al tipo di impiego (full time equivalent) e ad eventuali altre attività in ambiti diversi da quello degli screening oncologici (in particolare attività legate alla pandemia per il 2021/22) dell'effettiva quantità di lavoro dedicato in ambito screening. Per ciascun dipendente risulterà un valore compreso tra 0 e 1, dove l'1 corrisponde a un dipendente a tempo pieno che si è occupato per l'intero anno dell'attività in analisi.

Nella tabella Risorse economico – finanziarie impiegate nel programma di screening coloretale 2021-2024 al risultato ottenuto è stato applicato un peso relativo pari al 30% per le figure dirigenziali, al 40% per il personale infermieristico e al 25% per il personale amministrativo, per tenere conto della percentuale di tempo dedicato specificamente allo screening coloretale rispetto al totale dell'attività in ambito screening oncologici.

### Personale complessivo Centro Screening ATS Pavia anni 2021 – 2024, calcolato con metodo FTE

| PERSONALE                                  | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|--------------------------------------------|------|------|------|------|
| Dirigenti Sanitari                         | 0,55 | 0,64 | 0,86 | 1,13 |
| Personale Infermieristico                  | 0,96 | 2,90 | 4,82 | 5,04 |
| Personale Amministrativo                   | 2,69 | 3,18 | 4,80 | 4,85 |
| Altro personale a contratto non dipendente |      | 1    | 1    |      |

Tenendo conto del metodo FTE utilizzato, dalla tabella emerge come il personale dedicato all'attività di screening oncologico nel 2023 e 2024 risulti superiore rispetto al biennio precedente. Questo dato è giustificato dall'impiego, soprattutto nel 2021 ma in parte anche nel 2022, del personale del CS nella gestione dell'emergenza Covid, con ritorno completo alle normali attività a partire dal 2023.

Nel corso del biennio 2022-2023 il CS si è avvalso anche di una figura libero professionale esterna, esperta di programmi di screening, al fine di migliorare l'efficienza dell'attività nel periodo di recupero post pandemico.

## 2.2. LE RISORSE ECONOMICO- FINANZIARIE DESTINATE AL PROGRAMMA

Nelle tabelle seguenti sono valorizzati i costi riguardanti l'attività di screening coloretale dell'ATS di Pavia per ciascuna annualità 2021-2024 e complessivamente nel quadriennio.

Si può notare come le spese più elevate sostenute dal programma siano quelle relative all'acquisto di prestazioni sanitarie di I e II livello, seguiti dai costi del servizio farmaceutico e del personale del CS. Rilevanti anche i costi del servizio di postalizzazione degli inviti e dei servizi informatici legati alla gestione e all'aggiornamento del software di screening.

### Risorse economico – finanziarie impiegate in euro nel programma di screening coloretale 2021-2024

| SPESE                                                                          | 2021              | 2022              | 2023              | 2024              | TOTALE              |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|---------------------|
| Consumi materiale sanitario                                                    | 1.515,24          | 4.395,53          | 4.362,76          | 2.188,86          | <b>12.462,39</b>    |
| Consumi materiale non sanitario                                                | 1.423,07          | 1.296,19          | 1.487,13          | 1.953,49          | <b>6.159,88</b>     |
| Servizi informatici (utilizzo, manutenzione e aggiornamento software)          | 24.985,60         | 26.205,60         | 24.426,63         | 25.932,71         | <b>101.550,54</b>   |
| Servizi di postalizzazione (servizio di stampa e imbustamento e di consegna)   | 31.051,35         | 50.245,47         | 50.799,31         | 66.390,77         | <b>198.486,90</b>   |
| Personale Centro Screening                                                     | 66.110,22         | 108.662,81        | 161.264,19        | 182.634,72        | <b>518.671,94</b>   |
| Prestazioni personale sanitario non dipendente                                 | -                 | 6.686,40          | 11.694,60         | -                 | <b>18.381,00</b>    |
| Costo servizio farmaceutico (consegna, ritiro e spedizione kit al laboratorio) | 115.263,71        | 188.155,17        | 150.680,49        | 218.161,32        | <b>672.260,69</b>   |
| Prestazioni sanitarie di primo e secondo livello*                              | 273.043,79        | 399.014,17        | 395.824,98        | 28.848,55         | <b>496.731,49</b>   |
| <b>Totale anno</b>                                                             | <b>513.392,98</b> | <b>784.661,34</b> | <b>800.540,09</b> | <b>926.110,42</b> | <b>3.024.704,83</b> |

\* Includono i costi relativi alla lettura del campione di sangue occulto in laboratorio e agli accertamenti di II livello (colonTC, colonscopia, polipectomia, mucosectomia, esame istopatologico)

Per rendere conto dell'effettivo impatto economico del programma di screening, le spese complessivamente sostenute devono essere rapportate al numero di utenti effettivamente screenati e alla popolazione elegibile in screening nell'anno considerato. La tabella riporta i costi dell'attività rispetto agli utenti aderenti al primo livello, indipendentemente dall'esito del test, e rispetto alla popolazione target nell'anno considerato sul territorio di ATS Pavia (dati ISTAT).

### **Risorse economico – finanziarie impiegate in euro nel programma di screening coloretale 2021-2024**

|                                        | <b>2021</b> | <b>2022</b> | <b>2023</b> | <b>2024</b> |
|----------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>Spesa complessiva del programma</b> | 513.392,98  | 784.661,34  | 800.540,09  | 926.110,42  |
| <b>Popolazione Target 50-74 aa</b>     | 94.816      | 95.785      | 96.898      | 97.821      |
| <b>Spesa / Utente 50-74 aa</b>         | 5,41 €      | 8,19 €      | 8,26 €      | 9,47 €      |
| <b>Soggetti aderenti al programma</b>  | 36.070      | 36.611      | 36.084      | 37.858      |
| <b>Spesa / Soggetto aderente</b>       | 14,23 €     | 21,43 €     | 22,19 €     | 24,46 €     |

Le tabelle evidenziano come i costi complessivi del programma, così come i costi medi per cittadino aderente e in fascia d'età, siano aumentati nel corso del quadriennio, in particolare rispetto al 2021. Questo è spiegato in parte da un effettivo aumento delle spese di postalizzazione, per prestazioni sanitarie e dei costi del servizio farmaceutico per la consegna e il ritiro del kit. Il costo particolarmente ridotto del personale nel 2021 rende invece conto del fatto che tutte le unità fossero state dislocate in parte sulle attività necessarie alla gestione della pandemia e risultino quindi in parte assegnate su altri centri di costo per l'anno considerato.

## OBIETTIVI, ATTIVITÀ E RISULTATI

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 CS 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 al netto degli inesitati), 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. I dati presentati in questa sezione sono estratti dal gestionale di screening e vengono sistematicamente inviati all'ONS per il consolidamento delle statistiche nazionali in base alle specifiche definite dal GISCoR.

I dati mostrano una certa variabilità da un anno all'altro, sia in relazione al numero di inviti che al numero di test effettuati e quindi all'adesione della popolazione. Lo bilanciamento è da attribuire alla riorganizzazione dell'attività a seguito della pandemia da Covid19, durante il quale l'attività è stata sospesa per alcuni mesi e le ondate della pandemia hanno influenzato le tempistiche di adesione della popolazione e la possibilità di eseguire tempestivamente gli accertamenti endoscopici. Il mantenimento del round biennale ha quindi comportato negli anni successivi uno squilibrio della popolazione effettivamente da invitare rispetto a quella bersaglio, che viene calcolata dividendo per due la popolazione residente in fascia d'età. Sebbene questa tendenza sia inferiore nel caso dello screening coloretale rispetto agli screening con appuntamento prefissato, si registra un'alternanza di annate con un maggior numero di inviti, ma adesione più contenuta e altre in cui l'estensione risulta inferiore, ma l'adesione più elevata.

Mentre i dati relativi ad estensione degli inviti, adesione allo screening e test di primo e secondo livello eseguiti sono disponibili per tutto il periodo trattato dal bilancio sociale (2021-2024), quelli relativi agli esiti di secondo livello e al numero e al tipo 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 incompleti, che non renderebbero pienamente conto dell'attività e fornirebbero una visione parziale dell'andamento del programma.

La sezione si conclude con un paragrafo relativo alle iniziative implementate negli ultimi anni da parte del Centro Screening per migliorare il controllo dell'attività, compresa la gestione dei follow-up in colonscopia e delle agende messe a disposizione dagli erogatori.

Vengono inoltre indicati gli obiettivi di miglioramento rispetto alle criticità emerse.

### 3.1. SELEZIONE DELLA POPOLAZIONE, INVITO E ADESIONE AL PRIMO LIVELLO

La seguente tabella mostra i dati relativi all'estensione degli inviti allo screening coloretale per ciascun anno di attività nel quadriennio considerato.

Si può notare come la popolazione residente in fascia d'età sia in costante incremento nell'ultimo quadriennio e il Centro Screening sia in grado, al netto della distribuzione degli inviti non totalmente corrispondente alla popolazione bersaglio annua, di invitare nell'arco del round biennale sostanzialmente la totalità degli aventi diritto allo screening. Questo valore risulta in linea con gli standard regionali, che prevedono l'invito di almeno il 95% della popolazione bersaglio.

| ANNO DI SCREENING | Popolazione residente in fascia d'età bersaglio (50-74 anni)* | Popolazione bersaglio annua | Totale invitati | Estensione grezza %** | Estensione corretta*** |
|-------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------|-----------------------|------------------------|
| 2021              | 189632                                                        | 94816                       | 91848           | 91%                   | 91%                    |
| 2022              | 191569                                                        | 95785                       | 83184           | 87%                   | 99%                    |
| 2023              | 193796                                                        | 96898                       | 107325          | 105%                  | 120%                   |
| 2024              | 195645                                                        | 97821                       | 85085           | 82%                   | 94%                    |

\* Dati ISTAT al 01/01 dell'anno considerato

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

\*\*\* Estensione corretta = (invitati - inesitati)/(popolazione bersaglio annua - esclusi pre invito) \*100

Una delle difficoltà più rilevanti nell'organizzazione del programma e nel garantire ai cittadini la possibilità di partecipare ai programmi di screening è rappresentata dalla quota di lettere di invito (5-6% in media) che non raggiungono la destinazione. Questo può essere dovuto a errori nell'anagrafe assistiti, a trasferimenti di domicilio non segnalati o all'impossibilità da parte degli addetti alla consegna di recapitare la lettera al destinatario pur in presenza di un indirizzo corretto.

Per quanto riguarda la partecipazione della popolazione a seguito dell'invito, la tabella riporta i dati relativi al numero di test effettuati e alle % di adesione nel quadriennio considerato, divisi per sesso e anno di attività.

| ANNO | MASCHI   |          |                    |                       | FEMMINE  |          |                    |                       |
|------|----------|----------|--------------------|-----------------------|----------|----------|--------------------|-----------------------|
|      | Invitati | Aderenti | % Adesione grezza* | % Adesione corretta** | Invitate | Aderenti | % Adesione grezza* | % Adesione corretta** |
| 2021 | 44910    | 16630    | 39,6%              | 40,9%                 | 46938    | 19440    | 44,3%              | 45,6%                 |
| 2022 | 40992    | 16916    | 41,3%              | 41,6%                 | 42192    | 19695    | 46,7%              | 47,2%                 |
| 2023 | 53451    | 16786    | 33,1%              | 33,5%                 | 53874    | 19298    | 37,8%              | 38,3%                 |
| 2024 | 41806    | 17324    | 43,7%              | 44,1%                 | 43279    | 20534    | 50,1%              | 50,6%                 |

\* Adesione grezza = aderenti / (invitati - inesitati)\*100

\*\* Adesione corretta = aderenti / (invitati - inesitati - esclusi post invito)\*100

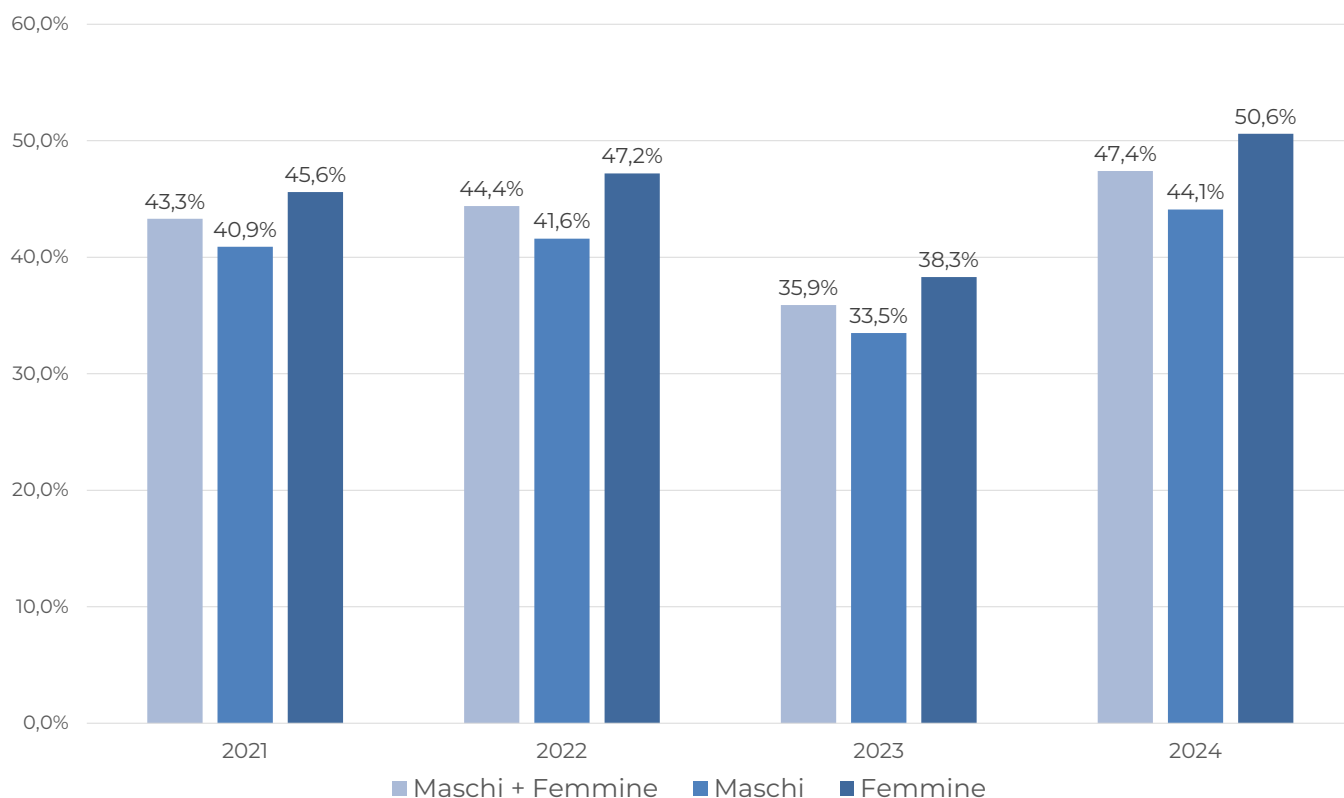
L'adesione corretta tiene conto degli utenti che, a seguito dell'invito, vengono sospesi o esclusi dal programma senza effettuare il test

I dati mostrano come la popolazione di sesso femminile aderisca maggiormente all'invito rispetto a quella maschile, con una differenza media tra i due sessi del 5% circa. Questo dato è in linea con la letteratura e conferma la maggiore tendenza delle donne ad aderire allo screening rispetto agli uomini, nonostante lo screening coloretale mostri valori di adesione inferiori rispetto a quello citologico e soprattutto mammografico.

In aggiunta allo sbilanciamento degli inviti legato al recupero post pandemico già citato all'inizio della sezione 3, nel 2023 il Centro Screening ha effettuato un'attività di recupero degli utenti che risultavano non invitabili per discordanze anagrafiche e sospesi negli anni precedenti per follow-up in colonscopia, che fino al 2023 rappresentava un criterio di sospensione a tempo indeterminato. La flessione del dato di adesione del 2023 è quindi dovuto in parte all'invito massivo di soggetti che negli ultimi anni non erano stati contattati dallo screening e di conseguenza meno ricettivi all'invito.

Nel 2024, anche grazie alle attività di sensibilizzazione della popolazione implementate dal CS e da tutti gli stakeholder coinvolti, l'adesione complessiva è aumentata di oltre 10 punti percentuali rispetto all'anno precedente, superando il 50% nella popolazione femminile.

## ADESIONE CORRETTA % 2021-2024



Il grafico mostra l'adesione corretta allo screening nella popolazione generale, maschile e femminile, nel quadriennio 2021-2024. Il dato del 2024 risulta in termini di adesione il più elevato del quadriennio e, in generale, degli ultimi dieci anni per quanto riguarda lo screening coloretale sul territorio di ATS Pavia.

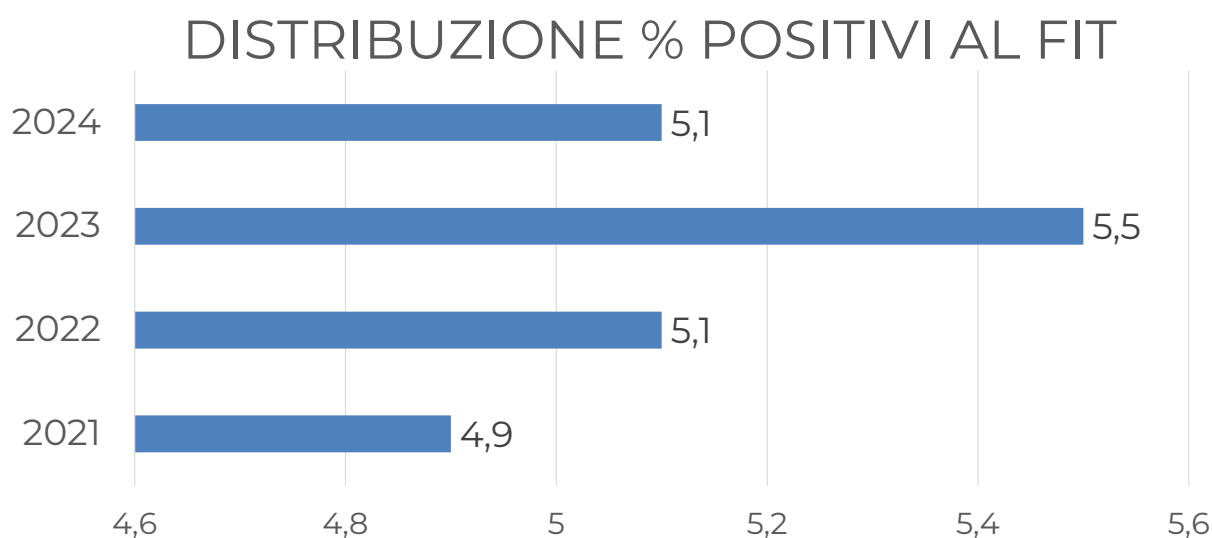
Nonostante questo risultato sia incoraggiante, in linea con gli standard di accettabilità definiti dal GISCoR (adesione >45%) e vicini agli standard regionali (>50%), sono ancora largamente inferiori agli standard desiderabili (>65%) ed è necessario investire risorse sull'attività di informazione e sensibilizzazione della popolazione.

## 3.2. SECONDO LIVELLO E FOLLOW-UP

### Adesione al test di approfondimento

L'esito del test rappresenta lo snodo decisionale che distingue gli utenti negativi al test richiamati al successivo round di screening e quelli positivi, che verranno invitati al secondo livello diagnostico per la corretta verifica del risultato e delle condizioni di salute dell'utente.

La percentuale di test positivi è un indicatore di qualità che viene attentamente monitorato nell'attività laboratoristica del programma screening e il grafico sotto riportato rappresenta la percentuale di positivi negli anni 2021-2024. Nel corso del quadriennio la percentuale di positività risulta compresa tra il 4,9 e il 5,5%, rientrando negli standard accettabili (<6%) e avvicinandosi agli standard desiderabili (<5%).



La percentuale con cui i positivi al test aderiscono all'approfondimento è un importante indicatore di processo clinico, in quanto perdere soggetti al secondo livello di screening significa vanificare tutti il percorso di salute e di prevenzione intrapreso. Il Centro Screening offre gratuitamente agli utenti positivi di sottoporsi alla colonscopia e monitora la qualità delle prestazioni erogate in termini di qualità, pulizia intestinale e completezza dell'esame.

In alcuni casi, tuttavia, per ragioni personali o di comodità geografica, una volta contattati gli utenti riferiscono di voler procedere autonomamente. In questi casi il Centro Screening richiede di inviare gli esiti e li registra, verificando che gli esami rispettino gli standard di qualità previsti dal programma.

Nel caso in cui l'utente positivo al primo livello abbia già eseguito una colonscopia recente documentata da un referto e non sia quindi indicato ripetere l'esame a breve distanza di tempo, il Centro Screening verifica la documentazione e il percorso di screening viene adattato all'esito dell'approfondimento già effettuato.

Le tabelle successive riportano per ciascun sesso il numero di positivi al primo livello e la % di adesione alla colonscopia in screening per gli anni 2021-2024 (adesione grezza all'approfondimento).

Sono inoltre riportati i dati relativi alle colonscopie eseguite al di fuori del programma di screening e alle colonscopie recenti documentate, disponibili fino al 2023, che consentono di calcolare l'adesione corretta all'approfondimento.

## Indicatori di II livello - Popolazione maschile

| ANNO |                  | MASCHI                            |                        |                                     |                                                    |                                       |
|------|------------------|-----------------------------------|------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------|
|      | Positivi al test | Colonscopie eseguite in screening | % Colonscopie complete | Adesione grezza all'approfondimento | Colonscopie eseguite altrove + recenti documentate | Adesione corretta all'approfondimento |
| 2021 | 950              | 655                               | 96,8%                  | 68,9%                               | 86                                                 | 78,0%                                 |
| 2022 | 985              | 776                               | 98,2%                  | 78,8%                               | 71                                                 | 86,0%                                 |
| 2023 | 1079             | 873                               | 93,2%                  | 80,9%                               | 63                                                 | 86,7%                                 |
| 2024 | 1051             | 865                               | 95,5%                  | 82,3%                               | Non disponibile                                    | Non disponibile                       |

## Indicatori di II livello - Popolazione femminile

| ANNO |                  | FEMMINE                           |                        |                                     |                                                    |                                       |
|------|------------------|-----------------------------------|------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------|
|      | Positivi al test | Colonscopie eseguite in screening | % Colonscopie complete | Adesione grezza all'approfondimento | Colonscopie eseguite altrove + recenti documentate | Adesione corretta all'approfondimento |
| 2021 | 822              | 580                               | 97,2%                  | 70,6%                               | 99                                                 | 82,6%                                 |
| 2022 | 880              | 663                               | 97,7%                  | 75,3%                               | 78                                                 | 84,2%                                 |
| 2023 | 920              | 756                               | 92,3%                  | 82,2%                               | 49                                                 | 87,5%                                 |
| 2024 | 908              | 750                               | 94,9%                  | 82,5%                               | Non disponibile                                    | Non disponibile                       |

Le tabelle mostrano come, così come per il primo livello, la popolazione femminile aderisca maggiormente agli approfondimenti rispetto a quella maschile, sebbene con una differenza tra i due sessi più contenuta.

L'adesione all'approfondimento in screening è in continuo aumento dal 2021 al 2024 per entrambi i sessi.

Si rileva al contrario un calo nella % di colonscopie complete rispetto al biennio 2021-2022, probabilmente legato in parte ad una maggiore attenzione alla compilazione delle cartelle da parte degli endoscopisti per quanto riguarda la pulizia e il raggiungimento del cieco, grazie al continuo confronto tra il Centro Screening e i centri erogatori.

L'adesione alla colonscopia è in linea con gli standard di accettabilità (>85%), ma inferiore a quelli che sono considerati gli standard desiderabili per i programmi di screening organizzato (>90%).

## Tempi di attesa dell'approfondimento

Un altro indicatore monitorato nell'ambito dei programmi di screening è quello relativo alle tempistiche che intercorrono tra la positività al primo livello di screening e l'esecuzione dell'approfondimento.

Nonostante l'approfondimento di screening non sia un esame con carattere d'urgenza, un esito positivo al primo livello genera ansia e preoccupazione negli utenti e di conseguenza la colonscopia dovrebbe essere espletata nel più breve tempo possibile.

| Indicatore                                                          | Standard accettabile | Standard desiderabile | 2021                        | 2022                        | 2023                        | 2024                        |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Tempo tra la data della positività e l'esecuzione della colonscopia | >90% entro 30 giorni | >95% entro 30 giorni  | 19,6%<br>entro 30<br>giorni | 28,7%<br>entro 30<br>giorni | 54,8%<br>entro 30<br>giorni | 50,9%<br>entro 30<br>giorni |
|                                                                     |                      |                       | 60,6%<br>entro 60<br>giorni | 80,1%<br>entro 60<br>giorni | 94,5%<br>entro 60<br>giorni | 94,2%<br>entro 60<br>giorni |

La tabella riporta la percentuale di approfondimenti eseguiti entro i 30 e i 60 giorni nell'ambito del programma di screening di ATS Pavia. Nonostante gli standard di riferimento siano particolarmente elevati, anche tenendo conto di quelli che sono i tempi di attesa per la prestazione in setting ambulatoriale e quindi le disponibilità dei centri erogatori, si può notare come nel corso del quadriennio la % di approfondimenti eseguiti entro i 30 giorni sia aumentata dal 20 ad oltre il 50% e la quasi totalità degli esami venga garantita entro 60 giorni.

Il dato deve inoltre tenere conto della disponibilità degli utenti, che talvolta preferiscono rinviare l'esame.

## Risultati della colonscopia

L'infografica mostra i risultati principali dell'attività di screening, ovvero le lesioni identificate a seguito dell'approfondimento di II livello, per genere e anno di screening.

| UOMINI |          |                  |                  |                      |           |
|--------|----------|------------------|------------------|----------------------|-----------|
| ANNO   | NEGATIVI | ADENOMI INIZIALI | ADENOMI AVANZATI | ADENOMA CANCERIZZATO | CARCINOMA |
| 2021   | 285      | 246              | 96               | 6                    | 22        |
| 2022   | 284      | 414              | 59               | 2                    | 17        |
| 2023   | 457      | 347              | 36               | 6                    | 27        |

| DONNE |          |                  |                  |                      |           |
|-------|----------|------------------|------------------|----------------------|-----------|
| ANNO  | NEGATIVI | ADENOMI INIZIALI | ADENOMI AVANZATI | ADENOMA CANCERIZZATO | CARCINOMA |
| 2021  | 333      | 184              | 44               | 2                    | 17        |
| 2022  | 320      | 276              | 34               | 4                    | 29        |
| 2023  | 477      | 218              | 26               | 7                    | 28        |

Nel triennio 2021-2023 l'attività di screening ha consentito di identificare 140 cancri del colon-retto, 27 adenomi cancerizzati ed un totale di 1980 adenomi, che sono stati rimossi endoscopicamente o chirurgicamente per prevenire la possibilità di un'evoluzione in senso tumorale. 2156 utenti invece non hanno ricevuto alcuna diagnosi e sono stati identificati come negativi e quindi reinseriti al primo livello di screening. Complessivamente il 49,9% degli utenti sottoposti ad accertamento di secondo livello ha ricevuto quindi una diagnosi di adenoma o neoplasia e il 3,2% di cancro del colon-retto.

La riduzione negli anni degli adenomi diagnosticati in fase avanzata e il contemporaneo aumento di adenomi identificati in fase precoce è un indicatore dell'efficacia dello screening che consente di diagnosticare e rimuovere eventuali lesioni in fase iniziale di evoluzione.

L'infografica riassume i risultati relativi al secondo livello del programma di screening di ATS Pavia nel triennio 2021-2023, con particolare riferimento alle lesioni identificate e agli indicatori relativi ai tassi di identificazione delle lesioni e al valore predittivo positivo per cancro del colon-retto

## SCREENING DEL TUMORE COLORETTALE ATS DI PAVIA 2021-2023



**NUMERO  
CANCRI  
IDENTIFICATI**

**140**



**N. ADENOMI  
CANCERIZZATI  
IDENTIFICATI**

**27**



**N. ADENOMI  
AVANZATI  
IDENTIFICATI**

**295**



**N. ADENOMI  
INIZIALI  
IDENTIFICATI**

**1658**

**1,3‰**

**TASSO DI  
IDENTIFICAZIONE  
PER  
CANCRO**



**TASSO DI IDENTIFICAZIONE  
PER ADENOMI INIZIALI**

**15,5‰**

**3,2%**

**VALORE  
PREDITTIVO  
POSITIVO PER  
CANCRO**



**TASSO DI IDENTIFICAZIONE  
PER ADENOMI AVANZATI**

**2,7‰**

## Percorso di sorveglianza endoscopica e Follow-up

A seguito della colonscopia lo specialista valuta il percorso più idoneo in relazione all'esito dell'esame ed in accordo alle [Linee di indirizzo per lo screening del carcinoma coloretale in Regione Lombardia](#).

I soggetti negativi e quelli ai quali viene riscontrata una lesione a basso rischio vengono invitati nuovamente al primo livello di screening a 5 anni dall'approfondimento.

Gli utenti che ricevono diagnosi di adenoma a rischio alto o intermedio vengono invece inseriti in un percorso di follow-up, per la ripetizione della colonscopia a 1 o 3 anni.

Fino al 2022 nei casi di adenoma a basso rischio lo specialista poteva prevedere un controllo in colonscopia a 5 anni, attualmente non più previsto dalle nuove linee di indirizzo Regionali del 2023, che prevedono in questi casi il rientro al primo livello di screening.

Il Centro Screening monitora gli esiti degli esami di II livello e collabora con gli specialisti al fine di raggiungere la massima adesione alle nuove linee guida, al netto dei tempi tecnici di adozione delle stesse da parte dei professionisti e di eventuali discostamenti sulla base di motivazioni cliniche.

Gli utenti che ricevono diagnosi di cancro o adenoma cancerizzato escono dallo screening e vengono indirizzati ai centri per la presa in carico del paziente oncologico.

A partire dal 2023 il Centro Screening ha preso in carico l'attività di gestione e organizzazione delle prestazioni di follow-up post secondo livello, con il recupero degli utenti che avrebbero dovuto effettuare un controllo nel 2018 o successivamente.

Gli utenti vengono contattati generalmente nel mese precedente alla data indicata dallo specialista e prenotati nelle agende messe a disposizione dagli erogatori, così come avviene per gli approfondimenti a seguito di FIT positivo.

Nel caso in cui gli utenti abbiano già provveduto autonomamente ad effettuare la prestazione, il Centro Screening registra la documentazione in modo da programmare i successivi passaggi di screening e l'eventuale rientro a primo livello.

Nel corso del biennio 2023 – 2024 sono stati contattati 895 utenti ed effettuati 615 esami di follow-up, con un'adesione del 68,7%.

### FOLLOW-UP ESEGUITI 2023-2024



|    |            |                             |
|----|------------|-----------------------------|
| —● | <b>247</b> | <b>COLONSCOPIA A 1 ANNO</b> |
| —● | <b>245</b> | <b>COLONSCOPIA A 3 ANNI</b> |
| —● | <b>123</b> | <b>COLONSCOPIA A 5 ANNI</b> |

### 3.3. STRATEGIE E OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO

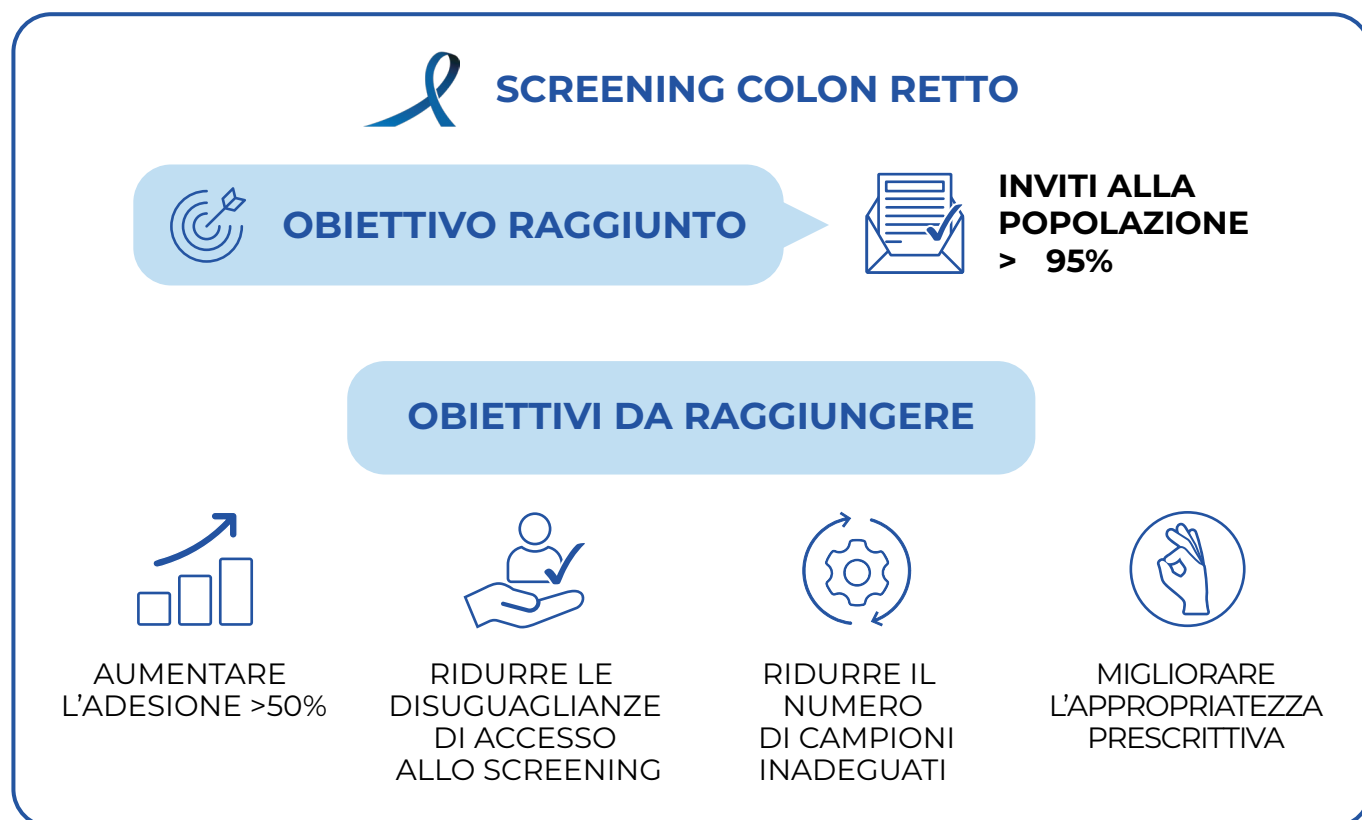
I dati presentati mostrano come il programma di screening coloretale dell'ATS di Pavia raggiunga gli standard regionali e definiti dal GISCoR per quanto riguarda l'estensione degli inviti, gli esiti di primo livello e l'adesione agli approfondimenti e sia in grado di seguire gli utenti che aderiscono allo screening in tutte le fasi del percorso, inclusa la gestione del follow-up. Gli indicatori relativi alla diagnosi di lesioni nell'ambito degli esami di secondo livello sono in linea con le medie regionali nel triennio 2021-2023.

Per quanto riguarda l'adesione al sangue occulto nelle feci, nel 2024 si è registrato sul territorio pavese il livello di adesione più elevato dell'ultima decade, con una propensione ad aderire allo screening superiore nella popolazione femminile rispetto a quella maschile. L'adesione resta comunque inferiore rispetto agli standard desiderabili ed a quelli definiti da Regione Lombardia.

L'ATS di Pavia, in collaborazione con gli stakeholder coinvolti, è impegnata nella crescita del programma per renderlo più efficace, accessibile e vicino alle esigenze della popolazione, oltre che per diffondere informazioni e conoscenze riguardo alla prevenzione sul territorio. A seguito dell'identificazione dei determinanti di non adesione allo screening sul territorio pavese (paragrafo 1.5) è stato avviato un progetto per migliorare l'accessibilità e l'adesione a tutte e tre le linee di screening, in particolare nel Distretto Voghera – Comunità Montana.

Le seguenti tabelle descrivono gli obiettivi e le azioni di miglioramento intraprese dal Centro Screening negli ultimi anni e il relativo stato di avanzamento al momento della stesura del Bilancio Sociale.

La prima tabella riguarda gli obiettivi relativi alla promozione della partecipazione consapevole e attiva della popolazione al programma, la seconda gli obiettivi di miglioramento dei processi interni al percorso di screening, condivisi con gli enti erogatori e gli stakeholder del programma.



## Obiettivi relativi alla promozione della partecipazione consapevole e attiva della popolazione al programma

| OBIETTIVO                                                | AZIONI INTRAPRESE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | AZIONI FUTURE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Incrementare l'adesione al programma di screening</b> | Eventi informativi rivolti alla popolazione. Dal 2022 al 2024 il CS ha partecipato a oltre 50 eventi sul territorio al fine di sensibilizzare e incrementare la consapevolezza e l'informazione sui programmi di screening, dando nel contempo ai cittadini la possibilità di ritirare direttamente l'invito di screening.                                                                                                                                                         | Anche nel 2025 il CS è impegnato nell'organizzazione e nella partecipazione agli eventi sul territorio pavese.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                          | Dal 2024 sono state introdotte nuove modalità di contatto e richiamo più efficaci, con l'integrazione di sistemi digitali e nello specifico reminder via SMS agli utenti che hanno ritirato il kit in farmacia ma non l'hanno ancora riconsegnato. Questa azione ha portato a un incremento dell'adesione del 6,1% rispetto alla lettera standard di sollecito. Da fine 2024 gli SMS vengono inviati anche a seguito di mancato ritiro del kit a seguito dell'invito di screening. | I buoni risultati raggiunti attraverso i canali digitali di informazione per quanto riguarda i kit non riconsegnati hanno reso l'invio degli SMS un'attività periodica, anche per i primi inviti, il cui effetto è in corso di valutazione. Si presenta la necessità di ampliare il numero di utenti contattabili via SMS. Anche la pubblicazione dell'invito allo screening sul Fascicolo Sanitario Elettronico garantirà la possibilità di raggiungere gli utenti in maniera più efficace. |
|                                                          | Nell'ambito del progetto Equity Screening, nel 2024 sono stati contattati telefonicamente 400 soggetti residenti in Comunità Montana non aderenti al programma. Il contatto telefonico ha portato ad un'adesione del 25% tra questi soggetti.                                                                                                                                                                                                                                      | Il recall telefonico dei non aderenti è un'azione efficace nell'aumentare l'adesione della popolazione, sebbene dispendiosa dal punto di vista delle risorse impiegate. ATS, compatibilmente con le altre attività di servizio, ha in programma un piano di recall dei soggetti non aderenti ai programmi di screening.                                                                                                                                                                      |
|                                                          | A novembre 2024 il CS ha organizzato un evento di «OPEN WEEK» dello screening coloretale, con il coinvolgimento di tutti gli stakeholder coinvolti nel programma, inclusi MMG, sindaci e organizzazioni del terzo settore. L'iniziativa ha portato al ritiro nella settimana dedicata del 35% in più dei Kit rispetto alla media annuale.                                                                                                                                          | I buoni risultati raggiunti, a valle della valutazione dei punti di forza e delle criticità emerse, hanno portato alla programmazione di una nuova edizione dell'evento, che si terrà nel 2025.                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Migliorare la comunicazione</b>                       | Nel 2022 sono state realizzate le nuove infografiche e i biglietti tascabili dei programmi di screening, che sono stati inviati ai MMG e alle farmacie. Sono state aggiornate le lettere di invito allo screening sia dal punto di vista del contenuto che grafico. Nel 2023 sono inoltre state pubblicate le FAQ relative al programma di screening sul sito aziendale.                                                                                                           | ATS è sempre attiva nell'aggiornare il materiale comunicativo per garantire la divulgazione delle informazioni relative ai programmi di screening ed è prevista la traduzione in lingua straniera delle locandine relative ai programmi. Nel 2025 è stata intrapresa con ASST un'azione congiunta per migliorare le informazioni relative ai programmi di screening sul sito dell'erogatore e l'attività sarà rivolta anche agli altri enti erogatori.                                       |

## Obiettivi relativi al miglioramento dei processi interni al percorso di screening

| OBIETTIVO                               | AZIONI INTRAPRESE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | AZIONI FUTURE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Riduzione degli inviti inesitati</b> | A fronte dell'elevata percentuale di inviti inesitati (>5,5%), ATS nel 2024 ha attivato degli incontri di confronto con i servizi di stampa e imbustamento e postalizzazione per migliorare il processo di recapito degli inviti. Il CS verifica le anagrafiche dei soggetti che risultano deceduti o trasferiti per garantirne l'aggiornamento e segnala eventuali incongruenze nella tempistica di consegna al servizio di postalizzazione delle lettere di invito.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | La mancata consegna degli inviti rappresenta una delle sfide più complesse per il servizio di screening, anche in relazione allo spostamento della popolazione.<br>Il miglioramento della gestione dei contratti di postalizzazione con l'aggiunta di indicatori di processo più puntuali, uniti all'utilizzo di modalità di contatto differenti (telefonico, FSE, SMS, eventuali applicazioni informatiche) potrebbe limitare il problema di smarrimento degli inviti cartacei.                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Ridurre il numero di inadeguati</b>  | A fronte di una percentuale di inadeguati superiore al 5% e della statistica che mostra come solo il 40% degli utenti che ricevono un esito inadeguato tornino a ritirare un nuovo Kit, a partire dal 2022 in collaborazione col servizio di Risk management aziendale, il CS ha avviato un'analisi delle non conformità, attivando azioni correttive con i laboratori e le farmacie. Per quanto riguarda le farmacie nel 2023 è stato avviato un tavolo di lavoro con Federfarma ed un progetto di site visit che ha coinvolto 23 farmacie e che ha portato un miglioramento degli indicatori in quasi tutte le farmacie coinvolte, sebbene in alcuni casi solo transitorio.<br>Vengono inoltre monitorate le performance delle farmacie sul territorio per identificare eventuali criticità ed è stata organizzata nel 2023 un'attività di formazione rivolta alle farmacie e relativa all'utilizzo del gestionale e alla corretta gestione del campione.<br>Per quanto riguarda i laboratori, è stato aggiornato il cut-off di riferimento per la positività ed è stata posta maggiore attenzione sulla classificazione come inadeguati dei campioni letti oltre i 7 giorni dalla raccolta. | Sebbene l'attività di site visit risulti particolarmente onerosa dal punto di vista delle risorse umane impiegate e sia quindi difficile da implementare in modo sistematico, l'analisi delle performance delle farmacie sul territorio e il confronto con Federfarma e il Servizio Farmaceutico di ATS ha come obiettivo l'identificazione e la correzione delle criticità, in particolare nella corretta compilazione delle informazioni di raccolta e nel ritiro dei campioni per la consegna dei Kit al laboratorio.<br>A seguito del confronto con Federfarma, nel 2025 ATS procederà a condurre un'indagine partecipata rivolta alle farmacie per indagare la gestione delle attività a maggior rischio di criticità nel corso del processo. |

## Obiettivi relativi al miglioramento dei processi interni al percorso di screening (continua)

|                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Migliorare il monitoraggio dell'attività di II livello</b> | <p>Il CS mensilmente verifica l'andamento dell'attività dei centri erogatori con particolare attenzione alla presa in carico dei soggetti inviati a secondo livello e alla compilazione delle cartelle cliniche secondo le tempistiche previste a livello regionale.</p> <p>Viene inoltre monitorata la saturazione degli slot di screening, in modo da consentire alle strutture di reindirizzare le prestazioni in regime ambulatoriale in caso di mancata prenotazione o cancellazione a meno di 72 ore dalla prestazione.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>Il miglioramento dell'utilizzo degli indicatori di screening, in particolare riguardo ai tempi di erogazione della colonscopia e alla saturazione delle agende permette di rafforzare la collaborazione e il coinvolgimento degli erogatori, migliorando il servizio offerto ed evitando lo spreco di slot di colonscopia preziosi.</p> <p>L'invio di un sms di remind della colonscopia alcuni giorni prima della prestazione potrebbe essere un metodo efficace per ridurre ulteriormente il numero di mancate presenze all'esame senza preavviso, già molto ridotte.</p> |
| <b>Migliorare l'appropriatezza endoscopica</b>                | <p>Con Nota prot. ATS 51713/2022 è stato istituito il Gruppo di Lavoro (GdL) Provinciale Interaziendale «Appropriatezza in Endoscopia Digestiva, Tempi di Attesa e Screening Oncologico Colorettale».</p> <p>Il gruppo si riunisce con cadenza semestrale per discutere l'andamento del programma di screening e verificare l'appropriatezza prescrittiva a seguito di endoscopia.</p> <p>A fine 2024, con riferimento all'attività di screening 2023 e alle nuove Linee Guida Regionali, ATS ha richiamato l'attenzione del Gruppo sulla necessità di migliorare l'appropriatezza prescrittiva, in particolare in relazione ai follow-up post secondo livello.</p> <p>Con la collaborazione del GdL è stata inoltre redatta e adottata la procedura PRS01- SCRE-CR, prima procedura relativa allo screening colorettale condivisa tra ATS Pavia e enti erogatori.</p> | <p>Nel 2025, a valle dell'invio dei dati di attività 2024, il CS preparerà un report aggiornato relativo all'appropriatezza dei follow-up rispetto alle lesioni riscontrate, in particolare per verificare l'adesione alle linee guida rispetto ai follow-up a 5 anni.</p> <p>È stata inoltre avanzata dal gruppo di lavoro l'ipotesi di effettuare un attività di peer review, con la discussione a campione dei casi che si discostano dalle Linee Guida.</p>                                                                                                                |

