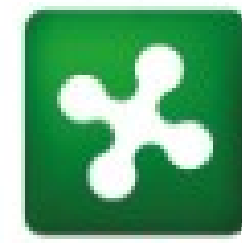


Sistema Socio Sanitario



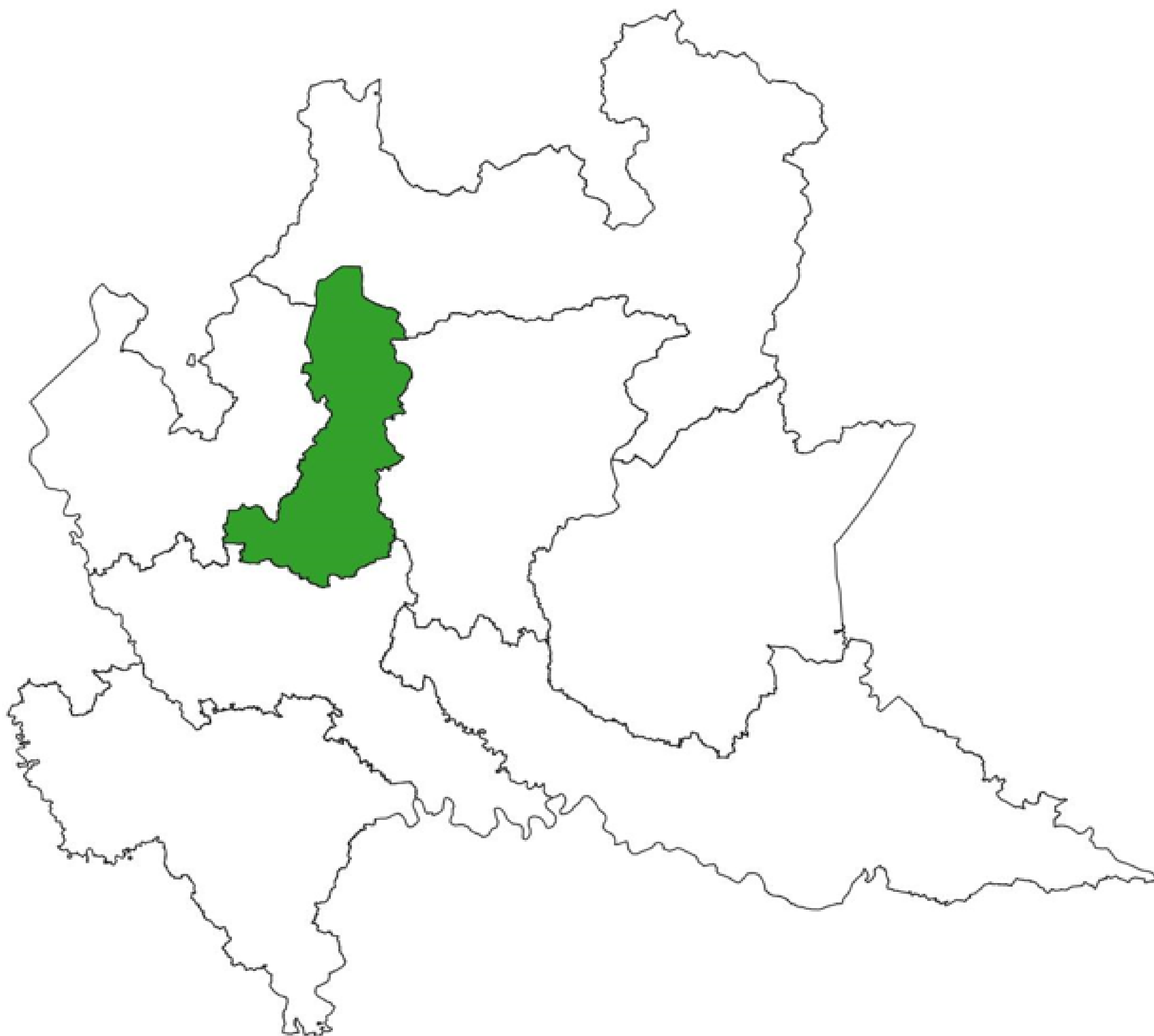
Regione
Lombardia

ATS Brianza

IL BILANCIO SOCIALE DELLO SCREENING DELLA MAMMELLA



Un percorso di prevenzione per la tua salute



ATS Brianza 2021-2024

Un percorso di prevenzione per la tua salute

Bilancio Sociale dello screening mammografico in ATS Brianza

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

Presentazione Aziendale a cura del Direttore Generale di ATS Dott.ssa Paola Palmieri

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

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

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

Tutti i diritti riservati.

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

INDICE

Presentazione aziendale Guida alla lettura

01

1. IDENTITÀ

- 1.1 I programmi di screening oncologico organizzato
 - 1.1.1 I programmi di screening oncologico organizzato in RL
 - 1.1.2 La governance dello screening
- 1.2 La Struttura Semplice Governo dell'Attività di Screening dell' ATS Brianza
- 1.3 Il contesto epidemiologico e sanitario
- 1.4 Lo screening del tumore alla mammella
 - 1.4.1 Lo screening del tumore alla mammella in RL nel 2024
- 1.5 Il percorso di screening e i suoi attori

02

2. ORGANIZZAZIONE E RISORSE

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

03

3. OBIETTIVI, ATTIVITÀ E RISULTATI

- 3.1 Selezione della popolazione e invito
- 3.2 Primo livello
- 3.3 Secondo livello
- 3.4 Tempi di attesa
- 3.5 Cancri intervallo
- 3.6 Obiettivi di miglioramento e ricerca

Un percorso di prevenzione per la tua salute

PRESENTAZIONE AGENZIA

Dott.ssa Paola Palmieri, Direttore Generale ATS Brianza

Negli ultimi anni, il tema della rendicontazione sociale applicata ai programmi di screening oncologico ha assunto un ruolo sempre più centrale nelle politiche sanitarie nazionali. Ciò vale sia per il Ministero della Salute sia, in maniera crescente, per le Agenzie di Tutela della Salute, chiamate a garantire trasparenza e partecipazione nei processi di prevenzione. Dopo un periodo iniziale di sperimentazione, avviato nei primi anni 2010 e culminato nella definizione di Linee Guida dedicate, il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 – nell’ambito dell’aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza – ha ufficializzato l’inserimento della rendicontazione sociale tra le attività di “Prevenzione collettiva e sanità pubblica”, collegandola in particolare alla promozione della partecipazione informata nei programmi di screening oncologico previsti dal programma F8.

In linea con questo processo, il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 ribadisce l’importanza di un approccio trasparente, partecipativo e orientato al miglioramento continuo. Sottolinea inoltre la necessità di riflettere profondamente su quanto realizzato e su come restituirlo in modo accessibile e utile a tutti i soggetti coinvolti. In questo contesto, ATS Brianza ha deciso di considerare la rendicontazione sociale non solo come un obbligo normativo, ma come una reale opportunità per generare valore condiviso. Per noi, rendere conto significa prima di tutto “rendersi conto”: significa fermarsi a riflettere, analizzare criticamente le azioni intraprese, coinvolgere tutti gli attori del sistema e, soprattutto, attivare un dialogo autentico e significativo con i cittadini.

Per ATS Brianza, la rendicontazione sociale è dunque uno strumento efficace per evidenziare il valore sanitario, sociale ed economico generato e, al contempo, per consolidare il legame di fiducia tra le istituzioni e la cittadinanza.

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 del cittadino;
- Decidere in maniera informata se partecipare o meno allo screening

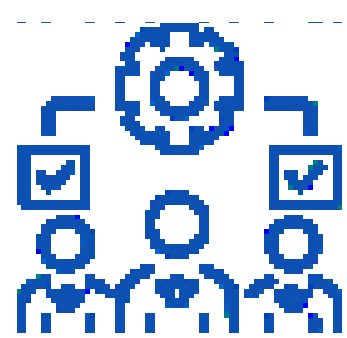
Perché è importante per l'organizzazione?

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

Secondo le Linee guida nazionali (DPCM del 12/1/2017 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 mammografico e gli stakeholder coinvolti.



2. Organizzazione e risorse: illustra il modello organizzativo regionale e della Provincia di Lecco e della Provincia di Monza e Brianza e fornisce informazioni sulle risorse umane ed economico-finanziarie assorbite.



3. Obiettivi, attività e risultati: presenta obiettivi, attività e risultati. Valuta i processi e gli esiti tramite degli indicatori di cui conosciamo gli standard di riferimento.

1. IDENTITÀ

1.1 I programmi di screening oncologico organizzato

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

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


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

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


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

Gli screening oncologici offerti in Italia sono:


- lo screening della **cervice uterina**, per la prevenzione del **tumore al collo dell'utero**;
- lo screening **mammografico**, per la diagnosi precoce del **tumore del seno**;
- lo screening **colorettale**, 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 colorettale ha ridotto la mortalità del 20% nelle aree in cui sono attivi programmi organizzati



Lo screening della cervice uterina e la vaccinazione HPV hanno ridotto la mortalità per tumore all'utero di oltre il 50% negli ultimi 20 anni, soprattutto tra le giovani donne.

1.IDENTITÀ

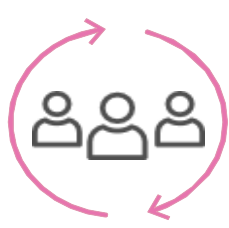
1.1.1 I programmi di screening oncologico organizzato in Regione Lombardia

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

- **lo screening mammografico** è offerto a partire dai 45 anni con mammografia annuale e successivamente con mammografia biennale dai 50 fino ai 74 anni compiuti (i LEA prevedono 50-69 anni).
- **lo screening coloretale** è invece offerto dai 50 fino ai 74 anni compiuti (i LEA prevedono 50-69 anni), tramite ricerca del sangue occulto fecale (SOF).
- **lo screening della cervice uterina** infine è previsto, a livello regionale e nazionale, dai 25 ai 64 anni. Dai 25 ai 29 anni viene offerto con cadenza triennale il Pap test, mentre dopo i 30 anni la donna viene invitata a HPV test ogni 5 anni.

A partire da Novembre 2024, in Regione Lombardia è stato introdotto anche lo screening del tumore della prostata, rivolto alla fascia di età 50-55 anni, ma con la prospettiva di essere esteso ad altre fasce

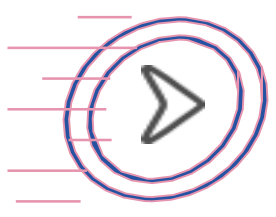
Le priorità dei programmi di screening sono:



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



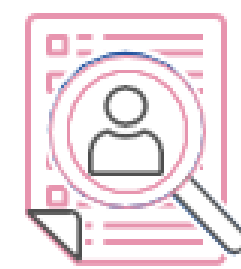
3. Rapidità delle risposte e accompagnamento dell'utente in tutte le fasi del percorso: attenzione alla tempistica e alla qualità dell'informazione, in un'ottica di aumento delle conoscenze e della consapevolezza del cittadino. Gli screening dovrebbero, infatti, concorrere al rafforzamento del senso di responsabilità sociale dei singoli sulla propria salute.



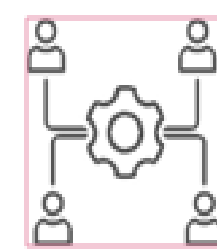
4. Appropriatelyzza: elemento qualificante che si esplica in ogni fase del percorso, nella gradualità dell'intensità diagnostica in relazione all'esito della fase precedente, nell'adozione di protocolli uniformi e linee guida.



5. Qualità e sicurezza delle prestazioni e del percorso nel suo complesso: utilizzo di test validati, formazione continua dei professionisti, creazione di una rete diffusa di servizi, rigorosa osservanza degli standard di qualità di riferimento.



6. Valutazione di efficacia e rendicontazione: si realizzano attraverso un robusto sistema di raccolta dati e monitoraggio a livello locale, regionale, nazionale, che consentono la costruzione di indicatori per analisi utili per il confronto tra territori diversi.



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

1. IDENTITÀ

1.1.2 La governance dello screening

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

- **livello nazionale**, rappresentato da organi di indirizzo (Governo, Ministero della Salute) ed organi ausiliari tecnico-scientifici, con funzioni di programmazione generale e di allocazione delle risorse; a questo livello vengono definiti i Livelli essenziali di assistenza (LEA).
- **livello regionale**, rappresentato da Regioni e Province Autonome, con funzioni di programmazione attuativa e di definizione generale dell'organizzazione dei servizi sanitari, rispettando i principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello stato.
- **livello locale**, composto da Aziende sanitarie territoriali ed Enti locali che organizzano e gestiscono operativamente i servizi sanitari sul territorio.

In accordo al documento "**Linee guida per lo screening del carcinoma della mammella (DDG 26954 del 02/11/2000)**", 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 garantisce qualità e coerenza in tutte le fasi di screening.

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

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

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



1.IDENTITÀ

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

Con il Decreto Legislativo 502/1992 vengono istituiti in tutta Italia i Dipartimenti di Prevenzione (attivi in Lombardia già dal 1985), nella cui articolazione organizzativa compare il Servizio di Medicina Preventiva di Comunità. Successivamente, con la Legge regionale 31 del 1997 vengono istituite 15 Aziende Sanitarie Locali (ASL), successivamente riorganizzate nel 2015 in 8 ATS. Attualmente la SS Governo dell'Attività di Screening afferisce alla SC Medicina Preventiva nelle Comunità.

La SS Governo dell' Attività di Screening garantisce la chiamata attiva a tutta la popolazione target in fascia di età al fine di individuare precocemente i casi di tumore della mammella favorendo pertanto la prognosi e la riduzione della mortalità.

Lo screening mammografico nel territorio di ATS Brianza, è stato avviato nel 1999 ed era rivolto, fino al 2017, a una popolazione target in fascia di età compresa tra i 50 e i 69 anni.

Successivamente, in attuazione al Decreto N° 3711 del 03/04/2017 *“Aggiornamento fasce età target dei programmi di screening oncologici per la prevenzione del tumore della mammella e del colon retto”*, lo screening mammografico è stato gradualmente esteso, su tutto il territorio di ATS Brianza, anche alla fascia di età compresa tra i 45 e i 50 anni e tra i 70 e i 74 anni portando così la popolazione target all'attuale fascia di età compresa tra i 45 e i 74 anni.

Nell'area territoriale di Lecco fino a febbraio 2020, anno in cui è stato dichiarato lo stato di pandemia per Covid-19, l'attività di screening mammografico ed in particolare l'attività di call center dello screening mammografico è stata condotta in stretta collaborazione con le associazioni di volontariato LILT (Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori) e ANDOS (Associazione Nazionale Donne Operate al Seno) presenti nel territorio provinciale.

Dal periodo post pandemico sono state individuate e sperimentate nuove modalità di accesso al servizio che oltre ad agevolare l'utenza, garantisce i criteri di corretta identificazione della donna tramite l'utilizzo di un FORM, accessibile dal sito internet di ATS.


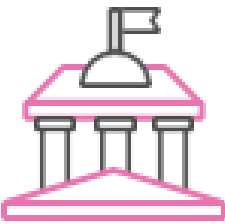





1. IDENTITÀ

1.3 Il contesto epidemiologico e sanitario

Nell'ambito della stesura di un documento relativo all'organizzazione di un programma sanitario è sicuramente opportuna un'analisi di quelle che sono le caratteristiche del territorio e della popolazione ivi residente. Questa sezione del documento riassume il contesto epidemiologico e sanitario della Provincia di Lecco e della Provincia di Monza e Brianza, i determinanti di adesione allo screening a livello provinciale e le statistiche di incidenza e mortalità del cancro della mammella.


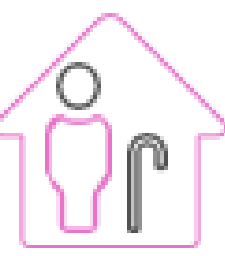
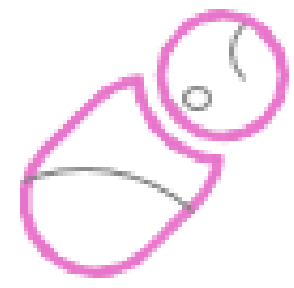
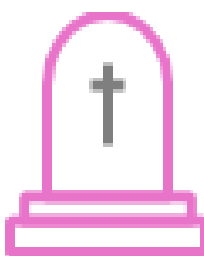
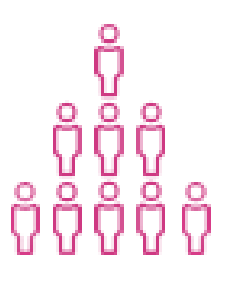
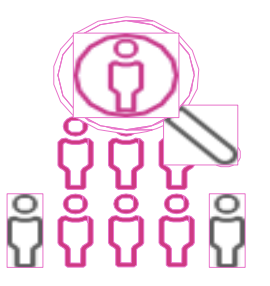

Le Tabelle che seguono presentano le principali caratteristiche demografiche per Italia, Regione Lombardia e ATS Brianza.

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

| INDICATORI DEMOGRAFICI | | | | |
|--|------------|------------|-------------|--|
| INDICATORI | ITALIA | LOMBARDIA | ATS BRIANZA | |
|  ESTENSIONE KM2 | 302.073 | 23.864 | 1.220 | |
|  TOTALE COMUNI | 7.896 | 1.502 | 139 | |
|  TOTALE POPOLAZIONE | 58.934.177 | 10.035.481 | 1.213.556 | |
|  PERCENTUALE DI DONNE | 51% | 50,70% | 50,70% | |
|  PERCENTUALE DI STRANIERI | 9,20% | 12,30% | 9,20% | |
|  POPOLAZIONE 0-14 ANNI | 7.019.165 | 1.224.852 | 148.826 | |
|  POPOLAZIONE OVER 65+ | 14.573.173 | 2.394.067 | 295.606 | |

1.IDENTITÀ

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

| INDICATORI DEMOGRAFICI | | | | |
|---|--|-------------------|------------------|----------------|
| INDICATORI | ITALIA | LOMBARDIA | ATS BRIANZA | |
|  | INDICE DI VECCHIAIA | 208 | 196 | 199 |
|  | INDICE DI DIPENDENZA STRUTTURALE | 58 | 56 | 57,8 |
|  | NATI | 369.922 | 64.536 | 7.607 |
|  | MORTI | 650.587 | 102.439 | 11.997 |
|  | POPOLAZIONE FEMMINILE IN ETA' SCREENING | 12.938.799 | 2.145.187 | 262.869 |
|  | PERCENTUALE DI DONNE IN ETA' SCREENING | 43,0% | 42,2% | 42,7% |
|  | PERCENTUALE STRANIERE SULLA POPOLAZIONE SCREENING | 7,8% | 9,8% | 7,4% |

*fonte ISTAT, ultimo dato disponibile

** al 01/01/2025

***screening mammella: 45-74 anni

1.IDENTITÀ

Il **territorio di ATS Brianza** comprende la Provincia di Lecco e la Provincia di Monza e Brianza e ha un'estensione di 1220 km² con 139 comuni che sono distribuiti tra le due province in maniera eterogenea: **la densità abitativa** differisce in modo rilevante tra l'area della Provincia di Lecco che è notevolmente meno urbanizzata di quella della Provincia di Monza e della Brianza che ha invece densità tra le più alte d'Italia (rispettivamente per le due Province 413 e 2.162 abitanti/km²). La **popolazione residente** al 01/01/2025 (dato ISTAT a giugno 2025) è pari a 1.213.556 abitanti, con il 51% di donne e il 9% di stranieri.

L'**indice di vecchiaia**, indicatore demografico che misura il grado di invecchiamento di una popolazione, nel territorio di ATS Brianza è di 198,6, superiore rispetto al valore lombardo (195,5) e inferiore a quello nazionale (207,6).

Anche l'indice di **dipendenza strutturale**, definito come il rapporto tra la popolazione in età non attiva e la popolazione in età attiva, di ATS pari a 57,8% risulta allineato con il valore nazionale (57,8%) e di poco più alto di quello lombardo (56,4%).

Il **saldo naturale** in tutti e tre i territori ha valore negativo, ciò significa che il numero delle nascite è inferiore rispetto al numero dei decessi registrati.

Concentrando l'attenzione sulla **popolazione target** dello screening mammografico, nel territorio di ATS Brianza, la popolazione di genere femminile di età compresa tra i 45 e i 74 anni è pari a 262.869 soggetti e rappresenta il 42,7% della popolazione femminile, valore in linea con quello lombardo e italiano. Il 7,4% della popolazione target in ATS Brianza è rappresentato da donne straniere.

Determinanti della salute e fattori di rischio

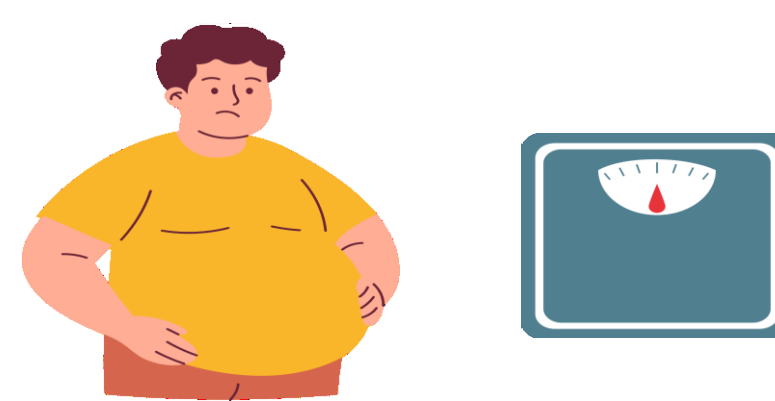
I principali fattori di rischio per il tumore della mammella sono rappresentati da: età, fattori riproduttivi, ormonali, dietetici e metabolici, stile di vita, pregressa radioterapia a livello toracico, precedenti displasie o neoplasie mammarie, familiarità ed ereditarietà¹.

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

Fattori dietetici e metabolici



Sovrappeso e ridotta attività fisica



Fattori riproduttivi e ormonali



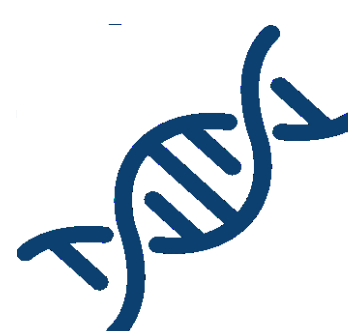
Pregressa radioterapia a livello toracico



Precedenti displasie o neoplasia mammarie



Familiarità ed ereditarietà



1. IDENTITÀ

Determinanti della non adesione allo screening

In un articolo scientifico pubblicato nel 2024 sulla rivista "Epidemiologia e Prevenzione" - E&P² sono stati analizzati i principali determinanti di non adesione allo screening mammografico in Lombardia nel periodo pre-pandemico (2018-2019).

La Tabella 2 mostra alcuni fattori associati alla mancata adesione allo screening in ATS Brianza.

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

| Item | OR (IC95%) |
|---|------------------|
| 30+ vs 0 giornate di degenza | 1,74 (1,56-1,94) |
| Cittadinanza straniera | 1,41 (1,34-1,49) |
| Accessi al PS (7+ vs 0) | 1,71 (1,45-2,01) |
| Assistenza Domiciliare Integrata | 1,27 (1,00-1,61) |

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

I numeri del tumore alla mammella

Nelle tabelle che seguono sono riportati i dati di incidenza riferiti agli anni 2017-2019 e di mortalità per gli anni 2021-2023 relativi al tumore della mammella in ATS Brianza. I dati di incidenza e di mortalità per l'Italia sono invece stime riferite all'anno 2022³.

Rispetto all'incidenza (nuovi casi/anno) a livello nazionale e in ATS Brianza, il tumore della mammella nel sesso femminile è al primo posto tra tutti i tumori con un numero medio di circa 1.179 nuovi casi all'anno sul nostro territorio. Il numero medio di nuovi casi all'anno appartenenti alla popolazione target per lo screening mammografico è circa 778. Il tasso standardizzato di incidenza è più alto in ATS Brianza rispetto all'Italia: 165,4 vs 157,1. La stessa cosa accade per il tasso standardizzato di incidenza nella popolazione in età screening: 311,3 in ATS Brianza e 260,4 sul territorio nazionale.

Per quanto riguarda la mortalità nel genere femminile, il tumore della mammella occupa il primo posto tra le cause di morte tumorali sia a livello nazionale che in ATS Brianza. Il numero medio di decessi annui dovuto a questo tumore, tra le donne residenti in ATS Brianza, è 255, di cui mediamente 99 in età screening. Il tasso standardizzato di mortalità, a differenza di quello di incidenza, è più basso in ATS Brianza rispetto all'Italia, anche per le età target dello screening. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è relativamente alta, attestandosi intorno all'88% in Italia e al 93% in ATS Brianza. Infine, per quanto riguarda la prevalenza al 2020, si identificano 11.453 donne in vita che hanno avuto una diagnosi di tumore della mammella in ATS Brianza.

³<https://ecis.jrc.ec.europa.eu/>

1.IDENTITÀ

1°

Il primo tumore più frequente in Italia per le donne

778

Numero medio nuovi casi anno fascia screening

1.179

Numero medio di nuovi casi anno nel territorio di ATS

Incidenza (nuove diagnosi) del tumore alla mammella

Tabella 3A. Dati di incidenza (2017-2019) per tumore alla mammella: Italia e ATS Brianza

| Indicatore | Italia | ATS Brianza |
|--|---------------|--------------------|
| Posizione nella lista dei tumori più frequenti | 1° | 1° |
| Numero medio nuovi casi anno | 57.480 | 1.179 |
| Numero medio nuovi casi anno fascia screening (45-74 anni) | 33.628 | 778 |
| Numero di nuovi casi per 100.000 abitanti | 157,1 | 165,4 |
| Numero di nuovi casi per 100.000 abitanti nella fascia screening (45-74 anni) | 260,4 | 311,3 |

1.IDENTITÀ

1°

causa di morte nelle
donne

88%

Sopravvivenza in Italia a 5
anni dalla diagnosi

Mortalità del tumore alla mammella

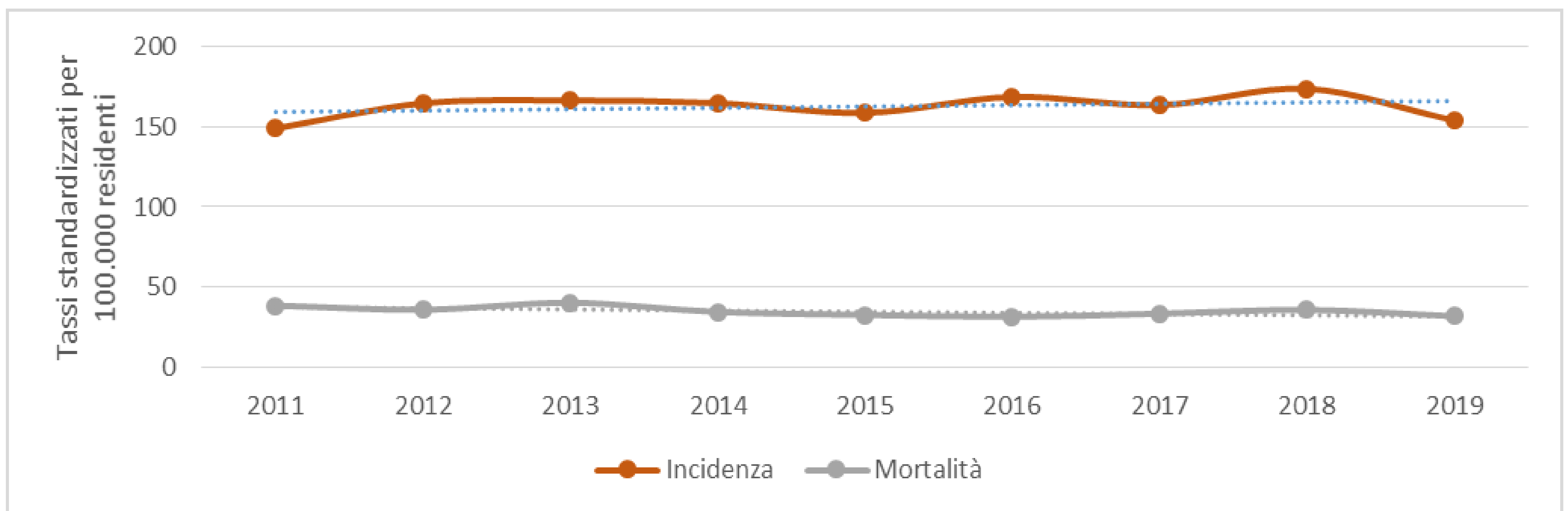
Tabella 3B . Dati di mortalità (2017-2019) per tumore alla mammella: Italia e ATS Brianza

| Indicatore | Italia | ATS Brianza |
|--|---------|-------------|
| Posizione nella lista delle cause di morte tumorali più frequenti | 1° | 1° |
| Numero medio decessi anno | 15.455 | 255 |
| Numero medio decessi anno fascia screening (45-74 anni) | 5.864 | 99 |
| Numero di decessi per 100.000 abitanti | 36,7 | 30,1 |
| Numero di decessi per 100.000 abitanti nella fascia screening (45-74 anni) | 45,2 | 38,1 |
| Sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi | 88% | 93% |
| Numero di donne con tumore alla mammella vive al 31/12/2023 | 814.192 | 11.453 |

1.IDENTITÀ

La figura 2 mostra il trend dei tassi di incidenza e mortalità nel sesso femminile in ATS Brianza nel periodo 2011-2019: si osserva un andamento sostanzialmente stabile dell'incidenza e una lieve diminuzione della mortalità negli anni.

Figura 2. Trend di incidenza e mortalità tumore alla mammella ATS Brianza



1. IDENTITÀ

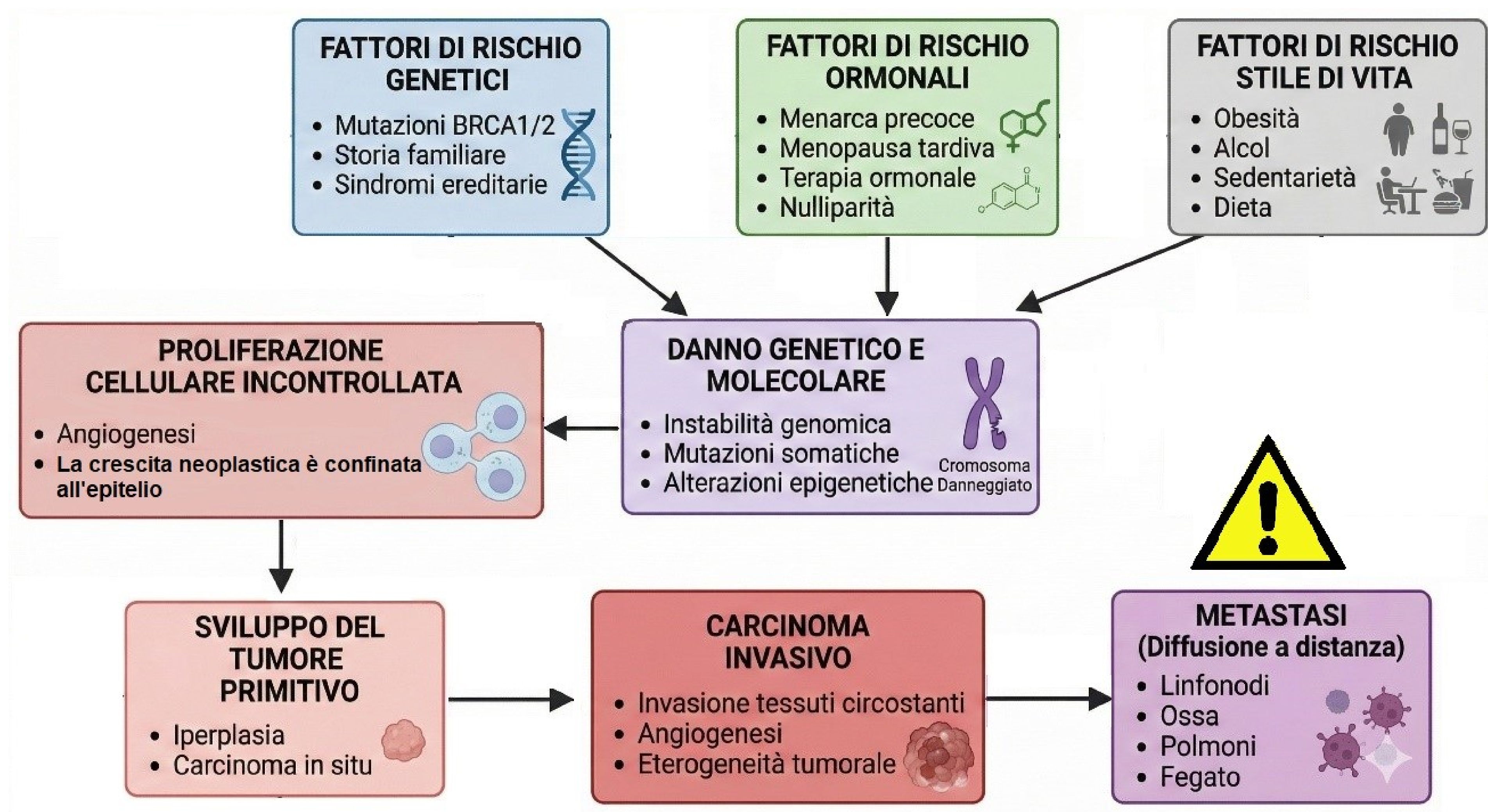
1.4 Lo screening del tumore alla mammella

Il Carcinoma della Mammella (CM) è la neoplasia più diagnosticata tra le donne a livello globale e rimane la prima causa di morte oncologica nel sesso femminile.

L'incidenza del CM è in lieve, ma costante aumento. Tuttavia, grazie all'introduzione e alla diffusione dei programmi di screening e ai progressi terapeutici, la mortalità specifica per questa patologia è in progressiva e significativa riduzione nei paesi occidentali, con stime che indicano una diminuzione compresa tra il 20% e il 30% nella popolazione aderente allo screening. Questa riduzione è massimamente osservata nella fascia d'età target (50-69 anni), a dimostrazione dell'efficacia della diagnosi precoce.

Lo sviluppo del CM è un processo complesso e multifattoriale, risultante dall'interazione tra fattori genetici, ambientali e ormonali. La patogenesi è caratterizzata dall'accumulo di alterazioni genetiche ed epigenetiche che portano alla trasformazione maligna delle cellule epiteliali, con la malattia che si manifesta in diversi sottotipi molecolari (es. Luminali, HER2-positivi, Tripli Negativi). L'età avanzata è il principale fattore di rischio non modificabile. La densità mammaria è un elemento clinico rilevante: nelle donne con seno denso, la sensibilità della mammografia può essere limitata, e percorsi di approfondimento come l'ecografia o la Tomosintesi Mammaria possono essere considerati come test aggiuntivi.

Figura 3. Lo sviluppo del Carcinoma della mammella



1.IDENTITÀ

L'obiettivo primario dello screening organizzato è l'identificazione precoce di lesioni neoplastiche o precancerose (come il carcinoma in situ) in fase asintomatica. Questa diagnosi anticipata consente di intervenire quando il tumore è di dimensioni ridotte e non ha ancora sviluppato metastasi, aumentando le probabilità di guarigione e permettendo, nella maggior parte dei casi, l'adozione di trattamenti chirurgici conservativi (quadrantectomia) anziché demolitivi (mastectomia).

Figura4 stadiazione



In Italia, in linea con le Linee Guida Europee e nazionali, i programmi di screening offrono l'invito attivo e gratuito alle donne asintomatiche. La tabella che segue descrive le fasce di età, gli intervalli raccomandati per l'esecuzione del test e la motivazione clinica a supporto della scelta degli intervalli

Tabella 4 fascia di età-intervallo-motivazione

| Fascia d'Età | Intervallo Raccomandato | Motivazione Clinica |
|--------------|------------------------------------|--|
| 50–69 anni | Biennale (ogni 2 anni) | Miglior rapporto rischio/beneficio in termini di riduzione di mortalità. |
| 45–49 anni | Annuale (in alcune regioni) | Maggiore densità mammaria in questa fascia, che richiede intervalli più brevi. |
| 70–74 anni | Biennale (in estensione) | Incremento dei benefici rispetto ai potenziali effetti negativi. |

1.IDENTITÀ

1.4.1 Lo screening del tumore alla mammella in Regione Lombardia nel 2024

I numeri in Italia

Il Rapporto “I numeri del cancro in Italia 2024” riporta, nella sezione dedicata agli screening oncologici a cura dell’ONS, che nel 2023 l’estensione degli inviti in Italia ha raggiunto il 94%, con un totale di 4.017.757 inviti effettuati. Osservando i dati suddivisi per macro area geografica, l’estensione è stata completa nelle Regioni del Nord (101%) e del Centro (100%), mentre è risultata più bassa nel Sud e nelle Isole (79%), pur evidenziando un miglioramento rispetto agli anni precedenti (58% nel 2021, 72% nel 2022). Il valore complessivo dell’indicatore di copertura NSG è pari a 49%, in aumento rispetto al biennio precedente (46% nel 2021, 43% nel 2022).

Analizzando i dati per macro area, si conferma una maggiore copertura degli inviti al Nord (62%) e al Centro (51%) rispetto al Sud e alle Isole (31%), con un trend in crescita rispetto agli anni precedenti in tutte le aree.

I numeri in Regione Lombardia

Nell’anno 2024, sono state invitate ad effettuare la mammografia nell’ambito del programma organizzato Regionale un totale di 1.050.456 donne in età compresa tra i 45 e i 74 anni, per un’estensione complessiva del 99,0% e un’adesione corretta del 53,9%.

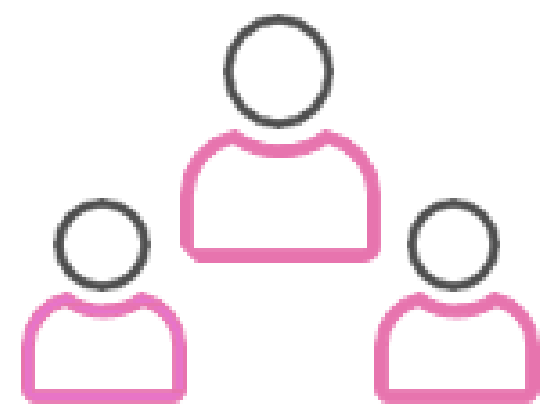
A livello regionale sono risultate positive 31.038 mammografie e gli approfondimenti (tasso di adesione agli approfondimenti 98,5%) hanno consentito la diagnosi di 2.333 cancro.

L’infografica alla pagina seguente riassume i dati relativi al programma di screening organizzato di regione Lombardia nel triennio 2024.

Tabella 5. il significato degli indicatori

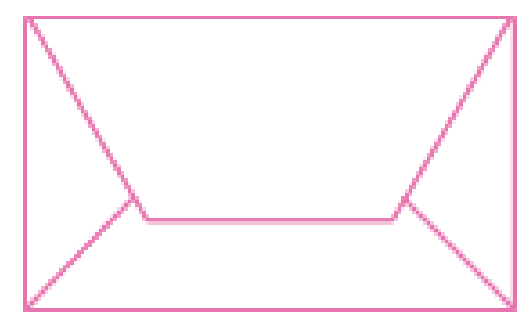
| INDICATORI | DEFINIZIONE |
|---|--|
| Popolazione target | Si tratta della popolazione residente nell’area geografica di pertinenza dell’ATS secondo ISTAT diviso due |
| Invitate | Numero di donne aventi diritto a cui è stato inviato un invito cartaceo |
| Copertura per test corretta | Popolazione aderente (che ha eseguito la mammografia) rispetto alla popolazione target (al netto degli esclusi pre-invito) |
| Tasso di identificazione (o detection rate) | Numero di persone con cancro ogni 1.000 persone sottoposte a screening. |
| Valore Predittivo Positivo del test di screening (VPP) | Numero di persone con cancro sul totale delle persone che hanno eseguito degli approfondimenti a seguito della positività della mammografia. |

1.IDENTITÀ



1.234.850

POPOLAZIONE
TARGET 45-74 ANNI

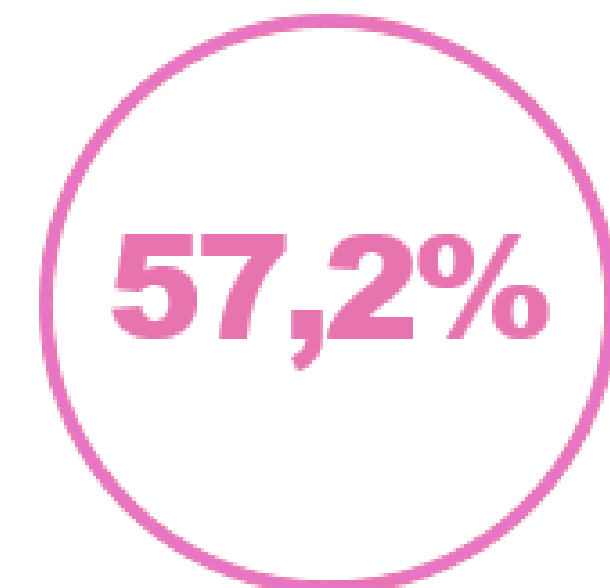


1.050.456

NUMERO
ASSISTITE INVITATE



COPERTURA DEL
TEST CORRETTA



TASSO DI ADESIONE
CORRETTO



562.000

ADERENTI ALLA
MAMMOGRAFIA



31.038

ADERENTI
RICHIAMATE PER
APPROFONDIMENTO



2.333

NUMERO CANCRI
IDENTIFICATI

4,2‰

TASSO DI
IDENTIFICAZIONE PER
CANCRO

7,6%

VALORE
PREDITTIVO
POSITIVO PER
CANCRO

1.IDENTITÀ

1.5 Il percorso di screening e i suoi attori

In Regione Lombardia, lo screening del tumore della mammella è offerto alla popolazione residente iscritta al sistema sanitario regionale che ricevono una lettera di invito a partecipare al test di screening ogni due anni se di età compresa tra i 50 e i 74 anni e ogni anno se di età compresa tra i 45 e i 49 anni

Per aderire allo screening, le donne possono presentarsi all'appuntamento che è stato loro riservato come indicato sulla **lettera di invito** ricevuta al proprio indirizzo di residenza, oppure prenotare autonomamente l'appuntamento dal portale regionale **Prenota Salute**¹. Se la donna non si presenta all'appuntamento a lei riservato, senza comunicarlo al Centro Screening, le viene inviata una nuova lettera (sollecito) con un nuovo appuntamento.

Il test di screening è la **mammografia digitale**, ovvero una radiografia delle mammelle eseguita in doppia proiezione (cranio-caudale e medio laterale obliqua), che si è dimostrato essere l'esame più efficace per la diagnosi precoce dei tumori del seno, in quanto consente di individuare lesioni di piccole dimensioni, anche in assenza di sintomi o non percepibili alla palpazione, aumentando le possibilità di cura e guarigione.

La mammografia è un esame sicuro e ben tollerato, eseguito presso i Servizi di Radiologia, da parte di un Tecnico Sanitario di Radiologia Medica, ponendo il seno tra due lastre ed esercitando una leggera compressione indispensabile per potere ottenere una immagine radiografica di qualità. Ogni mammografia viene letta da **due medici radiologi**, specificatamente formati, indipendentemente l'uno dall'altro, ovvero in **modalità doppio cieco**. In relazione all'esito della mammografia la donna prosegue il suo percorso di screening.

Se **le due letture concordano** per un quadro di **normalità**, la donna riceve la comunicazione di esito negativo per posta, con l'indicazione al successivo richiamo ad un anno se 45-49enni o a due anni se 50-74enni.

Se **le letture non sono concordanti** e la mammografia viene reputata dubbia o anche **sospetta**, da parte anche solo di uno dei due radiologi, viene data indicazione ad un approfondimento diagnostico e la donna viene ricontattata telefonicamente da parte del centro erogatore per fissare un appuntamento di secondo livello.

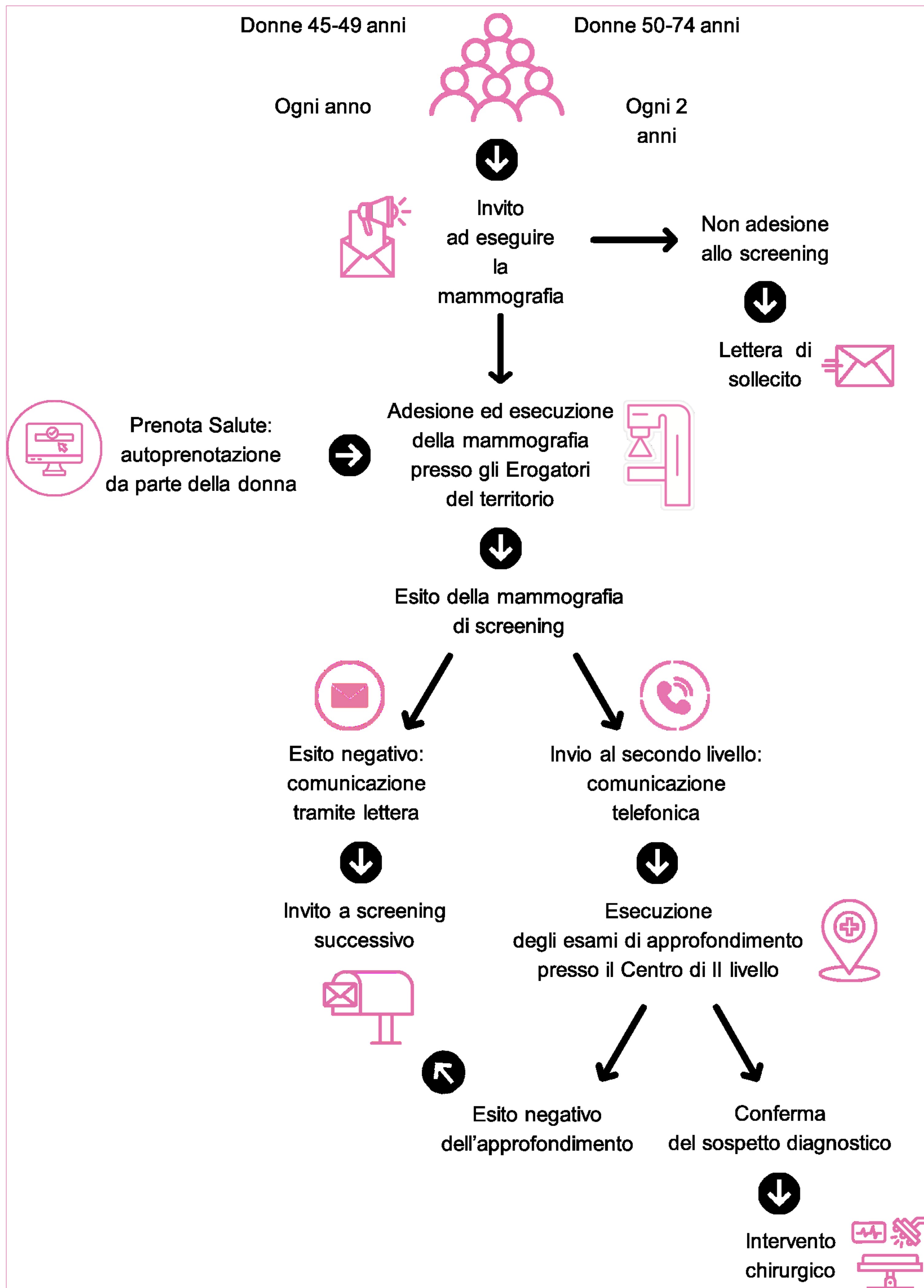
Gli **approfondimenti diagnostici** vengono eseguiti presso un Centro di Riferimento di secondo livello da medici specialisti referenti per lo screening. Gli esami di approfondimento consistono in una visita senologica associata, a seconda dei casi, ad un nuovo esame radiologico (ad esempio un ingrandimento, un particolare o una diversa proiezione mammografica o la tomosintesi, una mammografia in 3D), un'ecografia oppure una risonanza magnetica. Si può inoltre procedere alla CESM, una mammografia con mezzo di contrasto particolarmente utile per la valutazione pre-operatoria di alcune situazioni cliniche. In alcuni casi si rende necessario procedere ad un prelievo di tessuto (biopsia), che viene analizzato mediante un esame istopatologico per determinare la eventuale presenza di cellule tumorali maligne.

¹ <https://www.prenotasalute.regione.lombardia.it/sito/>

1.IDENTITÀ

A conclusione degli esami di approfondimento il medico consegna alla donna l'esito delle prestazioni eseguite con indicazione del percorso successivo. In caso di:

- * esito negativo/di normalità: la donna viene invitata ad eseguire la mammografia di screening in base alle tempistiche previste dal programma e definite dallo specialista;
- * esito sospetto o positivo per carcinoma: la donna viene presa in carico per una valutazione multidisciplinare e per proseguire il percorso diagnostico/terapeutico.



1.IDENTITÀ

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 6:










Tabella 6. Esclusioni screening della mammella

| ESCLUSIONI SCREENING DELLA MAMMELLA | | |
|---|------------|------------|
| TIPOLOGIA ESCLUSIONE | TEMPORANEA | DEFINITIVA |
| MAMMOGRAFIA RECENTE | X | |
| APPROFONDIMENTI RECENTI | X | |
| TEMPORANEAMENTE NON DISPONIBILE | X | |
| INDIRIZZO SBAGLIATO | X | |
| TUMORE ALLA MAMMELLA | | X |
| MASTECTOMIA BILATERALE | | X |
| ALTRA PATOLOGIA GRAVE (DISABILITÀ GRAVE, MALATTIA TERMINALE, ECC.) DOCUMENTATA | | X |
| RIFIUTO FIRMATO AD ESSERE CONTATTATI DAL PROGRAMMA DI SCREENING | | X |
| ESENZIONE PER SINDROME GENETICA BRCA1, BRCA2 | | X |
| AMARTOMATOSI MULTIPLE | | X |

1.IDENTITÀ

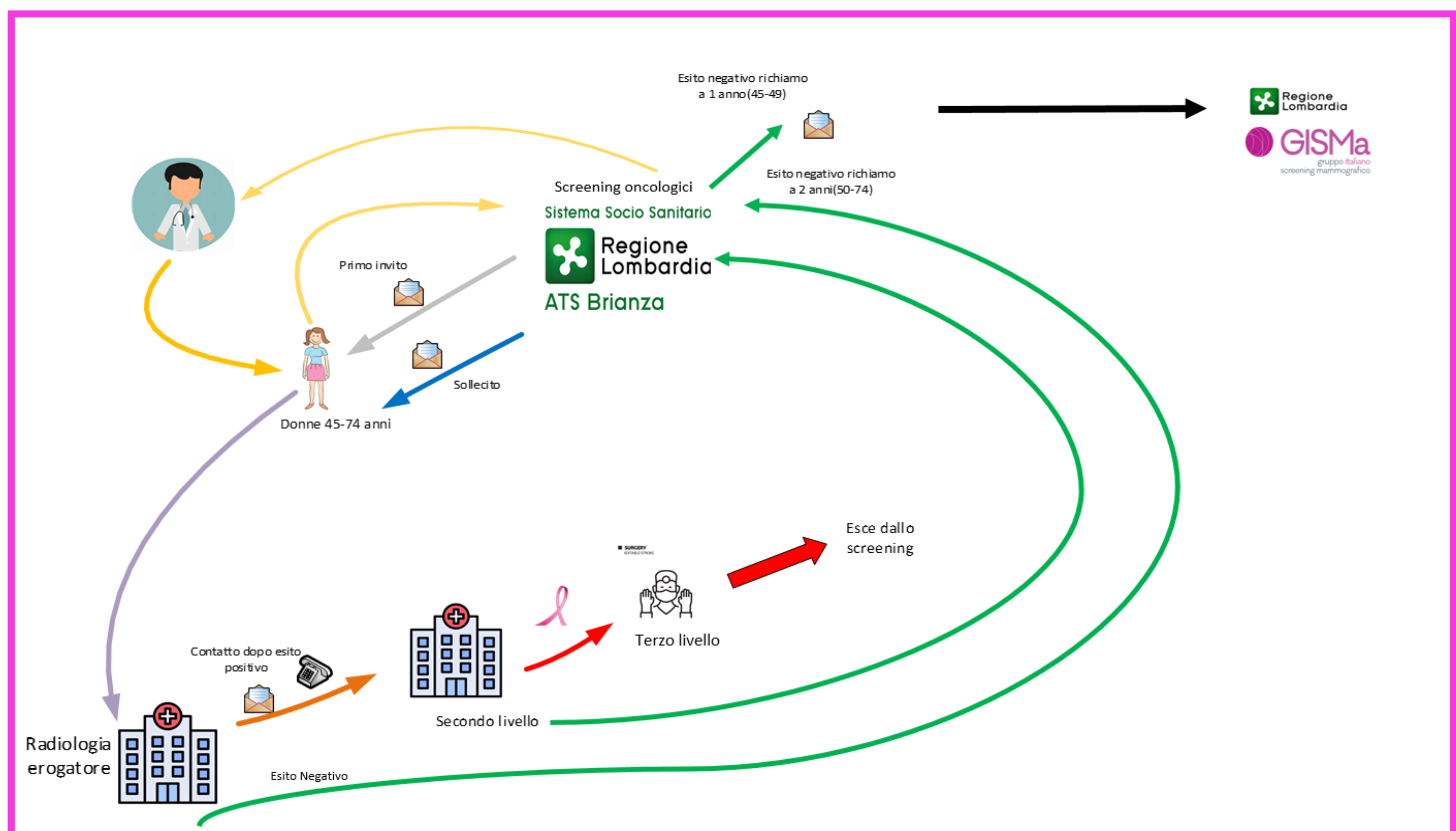
La tabella 6 descrive le fasi, le azioni e le responsabilità nell'ambito del programma di screening in ATS Brianza. Il codice colore è riferito all'infografica, che riassume i percorsi e gli attori coinvolti nel programma in relazione all'esito del test di primo livello.

Tabella 7. Fasi-Azioni-Responsabilità

| FASI ATTIVITÀ | AZIONI | RESPONSABILITA' | CODICE COLORE |
|--|---|---|--|
| 1. Individuazione della popolazione target da invitare e pianificazione dell'attività | ✓ Estrazioni dal software gestionale screening dei nominativi da invitare appartenenti alla popolazione target (donne residenti di età compresa tra i 45 e i 74 anni), acquisite da banche dati ATS a loro volta alimentate dall'anagrafica regionale assistiti. | Sistemi informativi aziendali Osservatorio epidemiologico Servizio screening |  |
| 2. Predisposizione, stampa, imbustamento e invio lettere di invito | ✓ Caricamento dei files su apposito portale per l'affidamento al gestore che effettua il servizio di stampa e imbustamento e per il successivo recapito. | Servizio screening Gestore esterno per servizio di stampa, imbustamento e recapito |  |
| 3. Primo livello Esecuzione della mammografia | ✓ Effettuazione della mammografia da parte di Tecnici Sanitari di Radiologia Medica presso le strutture, individuate da ATS, aderenti alla campagna di screening | Radiologia |  |
| 4. Lettura mammografia | ✓ Lettura della mammografia da parte di due radiologi in doppio cieco cioè refertata in separatamente. Se le due risposte concordano per un quadro di normalità l'esito sarà negativo; se le due risposte sono entrambe positive o non concordano la donna viene invitata al 2° livello. | Radiologia |   |
| 5. Comunicazione esiti mammografia | ✓ Esito negativo: invio comunicazione esito mediante posta ordinaria con richiamo annuale per le donne in fascia di età compresa tra i 45-49 anni e richiamo biennale per le donne in fascia di età compresa tra i 50-74 anni; ✓ Esito sospetto positivo: chiamata attiva per proposta approfondimento di secondo livello da parte della struttura radiologica refertatrice del 1° livello e comunicazione mediante A/R da parte del centro screening. | Radiologia Servizio screening |   |
| 6. Monitoraggio dell'adesione al test | ✓ Verifica delle donne non aderenti all'invito e spedizione di lettera di sollecito per incentivare l'adesione. | Servizio screening |   |

1.IDENTITÀ

| FASI ATTIVITÀ | AZIONI | RESPONSABILITA' | CODICE COLORE |
|---|---|--|---------------|
| 7. Secondo Livello Esame di approfondimento | ✓ Esecuzione di esami di approfondimento indicati dallo specialista in seguito alla sospetta positività al 1° livello | Specialista radiologia | → |
| 8. Refertazione e programmazione a conclusione degli esami di approfondimento | <ul style="list-style-type: none"> ✓ In caso di esito negativo : reinserimento nel programma discreening con nuovo invito alla scadenza prevista dal programma. ✓ In presenza di lesioni tumorali: avvio del percorso clinico oncologico (terzo livello) esclusione definitiva dal programma di screening. | Specialista Radiologia Servizio screening | → → |
| 9. Terzo livello | ✓ In caso di trattamento chirurgico viene inserita l'esclusione (temporanea o definitiva) dal programma di screening. | Servizio screening | → |
| 10. Rendicontazione e Valutazione delle Fasi | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Rendicontazione periodica dati di attività agli uffici ATS al fine del monitoraggio degli obiettivi e degli indicatori qualità; ✓ Rendicontazione dati con calendarizzazione indicata da regione Lombardia per monitoraggio andamento del programma mediante i seguenti flussi: Survey GisMa per Osservatorio Nazionale Screening (ONS) e flusso DWH per RL. | Servizio screening | → |



1.IDENTITÀ

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

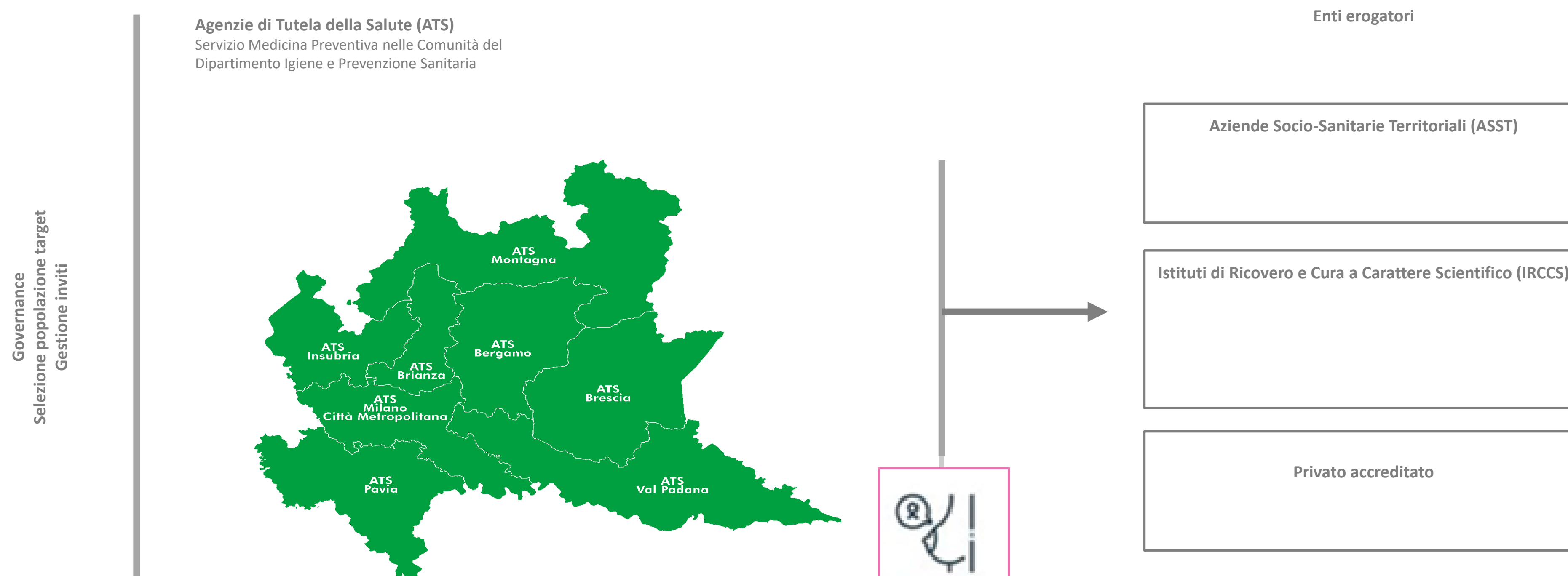
Gli erogatori, in ATS Brianza, sono coinvolti sia per le prestazioni di primo livello che per le prestazioni di secondo livello che devono essere garantite alla popolazione target risultata sospetta positiva al test di primo livello. Gli appuntamenti di secondo livello vengono fissati secondo un criterio di disponibilità di prestazioni e di prossimità.

Tabella 8. Elenco erogatori presenti nella Provincia di Monza e della Brianza

| | | |
|--------------|--|---|
| MONZA | Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) | ASST Brianza Presidio Ospedaliero di Seregno, via Via Giuseppe Verdi, n°2 |
| | | ASST Brianza, Presidio Ospedaliero di Vimercate, via Santi Cosma e Damiano, n°10 |
| | | ASST Brianza Presidio Ospedaliero di Carate, via Mosè Bianchi, n°9 |
| | | ASST Brianza Presidio Ospedaliero di Desio, via Giuseppe Mazzini, n°1 |
| | Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) | IRCCS San Gerardo, via Pergolesi, n°33- Monza |
| | Privato accreditato | Auxologico Meda, via Umberto Pace, n°18- Meda |
| | | Centro Studi Radiologici Alliance Medical, via Antonio Locatelli, n°17- Cesano Maderno |
| | | CDM via Martiri delle Foibe, n°1 -Monza |
| | | Ospedale Multimedica Villa Bianca, via Fratelli Bandiera, n°3-Limbiate |
| | | Fisiocenter Centro Studi Medico Diagnostici, via Alessandro Volta, n°31/35-Carnate |
| | | Policlinico di Monza, via Carlo Amati, n°111-Monza |
| | | Istituto Clinico Verano Policlinico di Monza, via Francesco Petrarca, n°51 - Verano Brianza |

Tabella 9. Elenco erogatori presenti nella Provincia di Lecco

| | | |
|--------------|--|--|
| LECCO | Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) | ASST Lecco, Presidio Ospedaliero di Lecco, via dell'Eremo, n°9/11 |
| | | ASST Lecco, Presidio Ospedaliero di Merate, Largo Mandic, n°1 |
| | | ASST Lecco, Presidio ospedaliero di Bellano, via Carlo Alberto, n° 25 |
| | Privato accreditato | Casa di cura Mangioni, via Leonardo Da Vinci, n°49 -Lecco |
| | | Casa di cura Talamoni, via San Nicolò, n°12- Lecco |
| | | Synlab, C.so Carlo Alberto, n°76- Lecco |
| | | Studio di Radiologia Ellisse Srl - Bialalisi, Via Monte Spluga, n°49 - Cernusco Lombardone |
| | | Villa Beretta Via Nazario Sauro, n°17- Costa Masnaga |
| | | Bialalisi - Diagnosix Via Giosuè Carducci, n°8 - Lesmo |



2. ORGANIZZAZIONE E RISORSE

2.1 Il modello organizzativo aziendale e le risorse umane impiegate

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

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

- ✓ 1 Dirigente Medico a tempo indeterminato per un impegno di 38 ore settimanali;
- ✓ 7 Assistenti Sanitari di cui 6 con un impegno di 36 ore settimanali e uno part-time con impegno di 30 ore settimanali;
- ✓ 3 Infermieri di cui 2 con un impegno di 36 ore settimanali e uno a part-time con impegno di 27 ore settimanali;
- ✓ 1 Tecnico della Prevenzione con un impegno di 36 ore settimanali;
- ✓ 2 Educatori Professionali di cui 1 con un impegno di 36 ore settimanali e uno a part-time con impegno di 30 ore settimanali;
- ✓ 1 Ortottista attualmente in aspettativa;
- ✓ 1 Operatore Ruolo Tecnico non Sanitario.

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

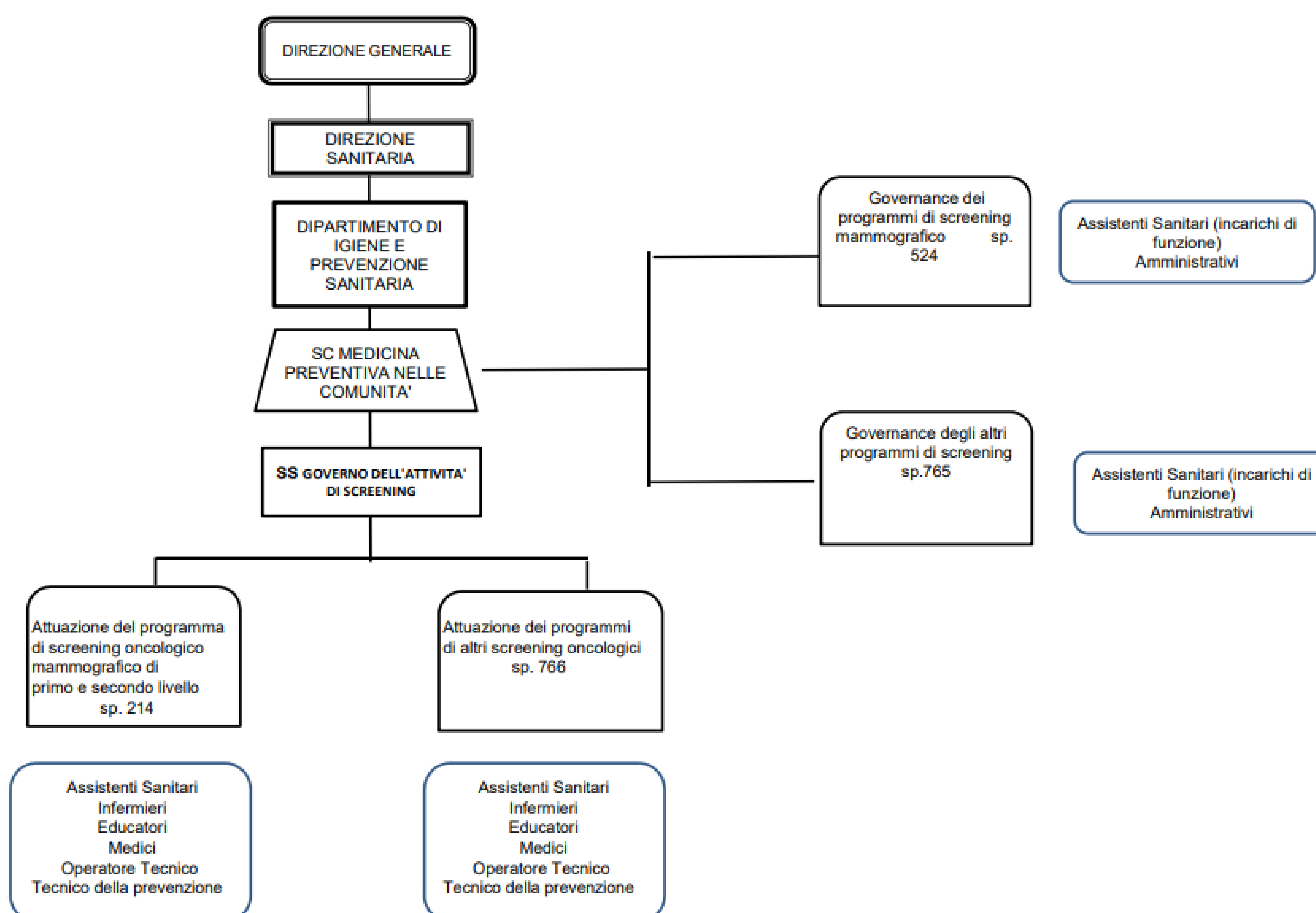
- ✓ Direttore SC Medicina Preventiva nelle Comunità;
- ✓ 2 Assistenti Sanitari;
- ✓ 3 Operatori Amministrativi di cui 1 a tempo determinato

Le sedi della SS Governo Attività di Screening sono:

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

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

Figura 5: Funzionigramma SS Governo Attività di Screening



2. ORGANIZZAZIONE E RISORSE

2.2 Le risorse economico-finanziarie destinate al programma

La tabella 9, sotto riportata, rappresenta le principali risorse economiche coinvolte nel processo di gestione dello screening del tumore alla mammella.

L'analisi dell'andamento dei costi nel quadriennio 2021–2024 evidenzia:

- una **crescita complessiva della spesa fino al 2023**, seguita da una **moderata riduzione nel 2024**;
- un peso preponderante e crescente dei **servizi sanitari**, che costituiscono la principale voce dell'intero periodo;
- **variazioni significative nei costi del personale**, con una riduzione del comparto sanitario e oscillazioni nelle figure dirigenziali;
- una sostanziale stabilità delle spese per **noleggi**, **ammortamenti** in crescita e **manutenzioni** concentrate nel solo 2021.

Nel complesso, il quadro evidenzia una gestione caratterizzata da una fase espansiva nei primi tre anni e una successiva razionalizzazione dei costi nel 2024.

Tabella 10 . Risorse economiche

| ANNO | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | Totale complessivo |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|
| SERVIZI SANITARI 1° LIVELLO | €2.309.055,07 | €2.649.951,29 | €3.018.225,42 | €2.762.197,20 | €10.739.428,98 |
| SERVIZI SANITARI 2° LIVELLO | €91.710,37 | €207.926,25 | €238.090,88 | €190.462,30 | €728.189,80 |
| CONSUMI MATERIALE NON SANITARIO | €236,04 | €126,19 | €247,77 | €115,24 | €725,24 |
| MANUTENZIONI | €17.176,36 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | €17.176,36 |
| NOLEGGI | €22.075,88 | €16.555,39 | €14.788,83 | €15.086,66 | €68.506,76 |
| COSTI DIRIGENTI MEDICI | €72.573,26 | €55.203,97 | €46.550,80 | €67.732,12 | €242.060,14 |
| COSTI DIRIGENTI SANITARI | 0,00 | €13.722,73 | €3.266,32 | 0,00 | €16.989,05 |
| COSTI PERSONALE COMPARTO SANITARIO | €198.183,21 | €149.669,38 | €141.301,92 | €121.000,88 | €610.155,39 |
| COSTI PERSONALE COMPARTO TECNICO | 0,00 | 0,00 | €7.667,17 | €10.608,94 | €18.276,11 |
| COSTI PERSONALE COMPARTO AMMINISTRATIVO | €18.204,74 | €15.739,23 | €6.835,89 | 0,00 | €40.779,85 |
| AMMORTAMENTI | €721,73 | €2.613,95 | €2.187,40 | €3.981,33 | €9.504,42 |
| SERVIZI NON SANITARI | €98.461,31 | €112.281,75 | €158.949,21 | €133.287,47 | €502.979,75 |
| Totale complessivo | €2.828.397,98 | €3.223.790,13 | €3.638.111,61 | €3.304.472,13 | €12.994.771,85 |

3. OBIETTIVI, ATTIVITÀ E RISULTATI

3.1 Selezione della popolazione e invito

In questa sezione vengono presentati i dati di attività del programma di screening mammografico relativi al quadriennio 2021-2024.

La valutazione dei processi e degli esiti avviene con il calcolo di indicatori che consentono di valutare sinteticamente l'attività del centro screening e, soprattutto, la risposta all'invito della popolazione target e gli esiti da esso derivanti.

Nello specifico, per ciascun anno di attività, vengono indicati nelle tabelle successive: la popolazione bersaglio annua, **il dato di estensione grezza degli inviti** (% di popolazione invitata rispetto agli aventi diritto), **il dato di adesione corretta all'invito** (esami eseguiti/inviti spediti al netto degli inesitati e degli esclusi dopo invito), **il tasso di positività** alla mammografia di primo livello e i dati relativi alle prestazioni di secondo livello, tra cui il numero di donne richiamate per approfondimenti e il numero di donne aderenti all'approfondimento che hanno ricevuto indicazione a trattamento chirurgico.

Sono inoltre presenti dati relativi all'intervallo di tempo che intercorre tra la mammografia e l'approfondimento e tra la mammografia e l'intervento. 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 GISMa.

E' infine presente una sezione dedicata ai tumori intervallo.

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

3.2 Primo livello

Nella tabella 11 si evince la popolazione target che nel corso del quadriennio considerato (2021-2024) ha ricevuto un invito per effettuare la mammografia, **il tasso di estensione grezza** degli inviti(% di popolazione invitata rispetto agli aventi diritto) e **il tasso di estensione corretta** (% di invitati-inesitati/popolazione bersaglio annua-esclusi pre invito)

Tabella 11. Popolazione target e popolazione invitata (fonte dati : GISMa)

| ANNO DI SCREENING | POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUA FASCIA TARGET DONNE | N° DONNE INVITATE NELL'ANNO | ESTENSIONE GREZZA | ESTENSIONE CORRETTA |
|-------------------|---|-----------------------------|-------------------|---------------------|
| 2021 | 129.748 | 68.327 | 49,28% | 53,87% |
| 2022 | 130.213 | 119.095 | 90,95% | 98,75% |
| 2023 | 130.925 | 95.607 | 72,22% | 77,52% |
| 2024 | 117.254 | 94.902 | 80,40% | 82,62% |

La tabella 12 indica il numero delle donne che hanno eseguito l'esame a seguito dell'invito ricevuto, suddivisi per anno di attività di screening, **il tasso di adesione grezza** (% di aderenti/invitati-inesitati) e **il tasso di adesione corretta** (% di esami eseguiti/inviti spediti al netto degli inesitati e degli esclusi dopo invito)

Tabella 12. Aderenti (fonte dati : GISMa)

| ANNO DI SCREENING | ADERENTI | ADESIONE GREZZA | ADESIONE CORRETTA |
|-------------------|----------|-----------------|-------------------|
| 2021 | 50.145 | 78,43% | 86,53% |
| 2022 | 58.624 | 49,50% | 60,14% |
| 2023 | 62.108 | 65,69% | 79,42% |
| 2024 | 56.832 | 60,28% | 70,01% |

3. OBIETTIVI, ATTIVITÀ E RISULTATI

3.3 Secondo livello

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

La tabella seguente mostra che la quasi totalità delle donne con mammografia positiva si sottopone agli approfondimenti.

Tabella 13. i numeri del cancro fonte dati : GISMa)

| ANNO DI SCRENNING | MAMMOGRAFIE POSITIVE | DONNE CHE HANNO EFFETTUATO UN APPROFONDIMENTO | DONNE OPERATE CON DIAGNOSI DI CANCRO |
|-------------------|----------------------|---|--------------------------------------|
| 2021 | 2487 | 2473 | 232 |
| 2022 | 3671 | 3636 | 263 |
| 2023 | 3136 | 3109 | 229 |
| 2024 | 3085 | 3039 | 205 |

3. OBIETTIVI, ATTIVITÀ E RISULTATI

3.4 Tempi di attesa

I tempi di attesa costituiscono un indicatore significativo dell'efficienza organizzativa e del livello qualitativo del servizio. È quindi necessario che ogni programma preveda procedure strutturate per la loro rilevazione e valutazione.

Le tabelle 14 e 15 indicano due tipologie di valutazione dei tempi di attesa:

- I giorni che decorrono tra la data di effettuazione della mammografia di screening e la data di esecuzione degli esami di approfondimento;
- I giorni tra la data di effettuazione della mammografia di screening che è risultata positiva e la data di effettuazione dell'intervento.

Tabella 14. Tempi di attesa (fonte dati: GisMa)

| Data test - Data approfondimento | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|---|-------|-------|------|------|
| % Donne in cui la differenza fra le due date è =< 28 giorni | 97,2 | 90,24 | 82,8 | 82,7 |
| % Donne in cui la differenza fra le due date è =< 21 giorni | 95,17 | 78,34 | 74,6 | 66,8 |

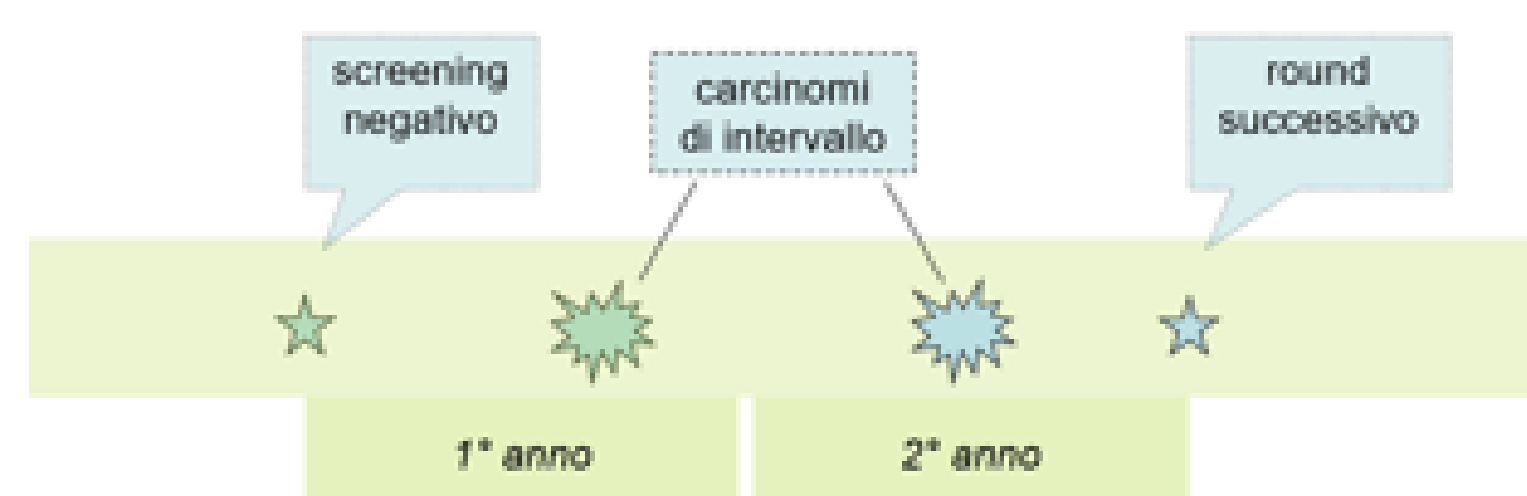
Tabella 15. Tempi di attesa (fonte dati: GisMa)

| Data test - Data intervento | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|---|-------|-------|------|------|
| % Donne in cui la differenza fra le due date è =< 60 giorni | 34,93 | 32,67 | 43,6 | 36,6 |
| % Donne in cui la differenza fra le due date è =< 30 giorni | 4,84 | 3,67 | 9,3 | 6,0 |

3. OBIETTIVI, ATTIVITÀ E RISULTATI

3.5 Cancri intervallo

Il Cancro di Intervallo (CI) è una realtà clinica che si verifica quando un tumore al seno viene diagnosticato in una donna nell'intervallo di tempo che intercorre tra una mammografia di screening risultata negativa e il successivo appuntamento (generalmente due anni).



Contrariamente alla percezione comune, i CI non sono necessariamente un "errore grave" del programma. Sono un fenomeno in parte inevitabile, legato:

- ai limiti del test: alcuni tumori possono essere troppo piccoli o mascherati da un tessuto mammario denso al momento dell'esame.
- alla biologia del tumore: alcune forme possono avere una crescita particolarmente rapida.

Nonostante questo, l'analisi dei CI è considerata il più importante indicatore di performance di un programma di screening a livello internazionale. Lo studio di ogni singolo CI è un prezioso strumento per "l'apprendimento dagli errori", consentendo ai professionisti e al sistema di verificare costantemente le proprie prestazioni e di migliorarle. L'obiettivo è tenere più bassa possibile la percentuale di CI, aumentando la sensibilità e l'affidabilità dell'esame.

L'efficacia del programma viene misurata confrontando i cancri intervallo osservati con quelli di attesi, ovvero la stima teorica dei tumori che sarebbero emersi clinicamente se il programma di screening non fosse esistito.

Tabella 16 CI osservati/attesi)

| | Anno 2018 | | Anno 2019 | | Anno 2020 | |
|-------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
| Fasce d'età | CI Attesi | CI osservati | CI Attesi | CI osservati | CI Attesi | CI osservati |
| 45-49 | 1,7 | 1 | 5,7 | 7 | 2,9 | 3 |
| 50-54 | 57,0 | 26 | 60,9 | 20 | 18,3 | 10 |
| 55-59 | 41,8 | 15 | 42,1 | 16 | 17,3 | 5 |
| 60-64 | 50,1 | 15 | 55,5 | 15 | 24,3 | 4 |
| 65-69 | 49,8 | 16 | 53,0 | 13 | 23,1 | 9 |
| 70-74 | 69,7 | 20 | 52,3 | 6 | 31,0 | 8 |
| totale | 270,1 | 93 | 269,5 | 77 | 116,9 | 39 |

3. OBIETTIVI, ATTIVITÀ E RISULTATI

Per garantire che lo screening mammografico sia sempre più preciso ed efficace, la Regione Lombardia ha sviluppato un progetto tecnologico avanzato per studiare in modo sistematico i "Cancro di Intervallo" (CI), quei rari tumori scoperti tra una mammografia negativa e la successiva. L'obiettivo è trasformare ogni caso in una lezione per tutto il sistema sanitario.

È stata creata una piattaforma digitale unica la piattaforma unica regionale PICONET (Piattaforma Cancro Intervallo – network), che connette tra loro ospedali (ASST/IRCCS) e strutture territoriali (ATS), creando una grande rete di conoscenza.

Il principio fondamentale di questo sistema è la massima sicurezza dei dati: quando le immagini e le informazioni cliniche vengono caricate per l'analisi, il sistema le anonimizza completamente e in automatico. Ciò significa che gli specialisti (radiologi, fisici e tecnici) studiano i casi concentrandosi esclusivamente sulle immagini e sui dettagli clinici, senza mai poter risalire all'identità della paziente. La privacy è sempre protetta.

Questa analisi approfondita non è una semplice verifica, ma un potente strumento di crescita. Il sistema consente ai medici di riesaminare le mammografie passate per identificare anche i "segni minimi" che possono sfuggire alla prima lettura.

- Rete di Esperti: viene creata una vera e propria "Rete tra Screenologi" regionali, che condividono i risultati per standardizzare i metodi e migliorare la qualità diagnostica su tutto il territorio.
- Formazione: i casi analizzati vengono raccolti in un "Atlante" per la formazione continua, rendendo il personale sanitario più preparato e l'esame sempre più accurato.

Oltre ai Cancro di Intervallo, i programmi adottano un secondo indicatore di qualità, utilizzato a livello internazionale: l'analisi e la **revisione radiologica dei tumori in stadio avanzato (T2+)** diagnosticati durante lo screening stesso.

La principale finalità dello screening è quella di individuare i tumori quando sono ancora di piccole dimensioni e, quindi, più facili da trattare. Un'alta incidenza di tumori di grandi dimensioni (T2+), pur essendo stati diagnosticati in sede di screening, può suggerire margini di miglioramento nella capacità del programma di intercettare le lesioni in fase molto precoce.

Il monitoraggio della proporzione di questi tumori T2+ rispetto a tutti i tumori diagnosticati serve come indicatore surrogato della performance complessiva. Proprio come per i Cancro di Intervallo, anche questi casi vengono sottoposti a revisione specialistica, con l'obiettivo di affinare ulteriormente i protocolli diagnostici e le competenze di lettura, innalzando l'efficacia del percorso di prevenzione offerto a tutte le donne.

3. OBIETTIVI, ATTIVITÀ E RISULTATI

3.6 Obiettivi di miglioramento e ricerca

I processi di programmazione e valutazione dei programmi di screening si sviluppano costantemente, garantendo che l'organizzazione dell'offerta sia sempre adeguata alle trasformazioni degli scenari, alle necessità emergenti e agli obiettivi regionali. Nella tabella 20 si individuano diversi obiettivi di miglioramento:

Tabella 17. Obiettivi di miglioramento

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