





-  Osservatorio
-  Nazionale
-  Screening
-  Quinto Rapporto

**Redazione**

Cinzia Tromba, Inferenze scari – Milano

**Impaginazione**

Luigi F. Bona, Studio Metropolis – Monza

**Editore**

Edizioni Inferenze scari

**Stampa**

Arti grafiche Ancora srl – Milano

**Autori**

Ancona Aldo, *Coordinamento Commissione Salute Regione Toscana*

Angeloni Claudio, *ASL di Teramo*

Anghinoni Emanuela, *ASL di Mantova*

Arfuso Ornella, *Resp. Org. Centro di riferimento, Azienda sanitaria 10 di Palmi (RC)*

Baiocchi Diego, *Agenzia di Sanità Pubblica, Regione Lazio*

Baldissera Sandro, *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS*

Banovich Flavio, *ULSS 4 Alto Vicentino, Thiene (VI)*

Bertozzi Nicoletta, *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS e Dip. Sanità pubblica AUSL Cesena*

Bietta Carla, *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS e UO epidemiologia, Dip. Prev. AUSL 2 Umbria, Perugia*

Binkin Nancy, *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS*

Bonanomi Andrea Giovanni, *CSPO Istituto Scientifico della Regione Toscana, Firenze*

Bordon Rita, *Centro per la Prevenzione Oncologica del Piemonte, Torino*

Bortoli Antonio, *ULSS 22, Bussolengo (VR)*

Castiglione Guido, *CSPO Istituto Scientifico della Regione Toscana, Firenze*

Cataliotti Luigi, *Clinica Chirurgica I, AOU Careggi, Firenze*

Cazzola Luigi, *ULSS 2, Feltrè*

Chianca Antonietta, *Osservatorio Epidemiologico Regionale della Campania*

Chionne Fausto, *Azienda USL 2 dell'Umbria, Dipartimento*

*di Diagnostica per immagini, Programma screening mammografico*

*Ciatto Stefano, CSPO Istituto Scientifico della Regione Toscana, Firenze*

*Confortini Massimo, CSPO Istituto Scientifico della Regione Toscana, Firenze*

*Curia Luigi Rubens, dirigit. Settore Prevenzione primaria e secondaria, Dipartimento Tutela alla Salute, Regione Calabria*

*D'Argenio Paolo, Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie, Ministero della Salute, Roma*

*D'Argenzio Angelo, ASL Caserta 2*

*Dalla Palma Paolo, Ospedale di Trento*

*De Giacomi Giovanna, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS e ARES 118 Roma*

*Distante Vito, Clinica Chirurgica I, AOU Careggi, Firenze*

*Fateh-Moghadam Piroos, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS e Servizio Osservatorio epidemiologico, APSS, Trento*

*Federici Antonio, Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie, Ministero della Salute, Roma*

*Fersini Giuseppina, dirigit. Servizio Screening oncologici, Dipartimento Tutela alla salute, Regione Calabria*

*Finarelli Alba Carola, Assessorato alle Politiche per la Salute della Regione Emilia-Romagna*

*Frigerio Alfonso, Azienda Sanitaria Ospedaliera O.I.R.M. S. Anna, Torino*

*Fusco-Moffa Igino, Azienda USL 2 dell'Umbria, Dipartimento di Prevenzione, UOS di Epidemiologia*

*Gafà Lorenzo, sezione provinciale Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori di Ragusa*

*Galli Vania, AUSL Modena*

*Gallo Tolinda, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS e Azienda serv. san. 4 "Medio Friuli", Udine*

*Giordano Livia, Centro per la Prevenzione Oncologica del Piemonte, Torino*

*Giorgi Daniela, UO epidemiologia - ASL 2 Lucca*

*Giubilato Pamela, Centro per la prevenzione oncologica del Piemonte, Torino*

*Gramagna Maria, UO Prevenzione e Tutela Sanitaria e Veterinaria, Dir. gen. Sanità Regione Lombardia*

# Quinto Rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening

A cura di Marco Rosselli Del Turco  
e Marco Zappa

## Comitato tecnico-scientifico

Carlo Naldoni  
Eugenio Paci  
Nereo Segnan  
Marcello Vettorazzi  
Marco Zappa

## Coordinamento editoriale

Liana Bonfrisco

Grazzini Grazia, *CSPO Istituto Scientifico della Regione Toscana, Firenze*  
Greco Donato, *Capo Dipartimento Prevenzione e Comunicazione e Direttore operativo CCM, Ministero della Salute*  
Iossa Anna, *CSPO Istituto Scientifico della Regione Toscana, Firenze*  
Lauria Carmela, *sezione provinciale Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori di Ragusa*  
Longobardi Carlo, *Servizio Materno-infantile, Regione Campania*  
Macchi Luigi, *UO Prevenzione e Tutela Sanitaria e Veterinaria, Dir. gen. Sanità Regione Lombardia*  
Maglietta Rocco, *Screening Basilicata*  
Maglietta Teresa, *coordinamento Commissione Salute Regione Toscana*  
Mancini Ettore, *Centro per la Prevenzione Oncologica del Piemonte, Torino*  
Mano Maria Piera, *Centro per la Prevenzione Oncologica del Piemonte, Torino e Dipartimento Scienze biomediche e oncologia umana, Università di Torino*  
Mantellini Paola, *CSPO Istituto Scientifico della Regione Toscana, Firenze*  
Naldoni Carlo, *Assessorato alle Politiche per la Salute della Regione Emilia-Romagna*  
Negozianti Maria, *Azienda USL 2 dell'Umbria, Dipartimento di Diagnostica per immagini, Programma screening mammografico*  
Oddone Trinito Massimo, *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS e UO Epidemiologia, Dipartimento Prevenzione AUSL Roma C*  
Paci Eugenio, *CSPO Istituto Scientifico della Regione Toscana, Firenze e per il Gruppo IMPATTO*  
Pagano Giovanni, *AUSL Roma H, Albano Laziale, Roma*  
Pavan Anna, *UO Prevenzione e Tutela Sanitaria e Veterinaria, Dir. gen. sanità Regione Lombardia*  
Perra Alberto, *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS*  
Petrella Marco, *Azienda USL 2 dell'Umbria, Dipartimento di Prevenzione, UOS di Epidemiologia*  
Piccini Paola, *CSPO Istituto Scientifico della Regione Toscana, Firenze*  
Pirola Maria Elena, *UO Prevenzione e Tutela Sanitaria e Veterinaria, Dir. Gen. Sanità Regione Lombardia*  
Pizzuti Renato, *Osservatorio Epidemiologico Regionale della Campania*  
Ponti Antonio, *Centro per la Prevenzione Oncologica del Piemonte, Torino*

Prandini Stefania, *Regione Umbria*  
Puliti Donella, *CSPO Istituto Scientifico della Regione Toscana, Firenze*  
Ronco Guglielmo, *Centro per la Prevenzione Oncologica del Piemonte, Torino*  
Rosselli Del Turco Marco, *CSPO Istituto Scientifico della Regione Toscana, Firenze*  
Rubeca Tiziana, *CSPO Istituto Scientifico della Regione Toscana, Firenze*  
Salimbeni Silvana, *AUSL Bologna*  
Sapino Anna, *Istituto di Anatomia Patologica, Università di Torino*  
Sassoli de' Bianchi Priscilla, *Assessorato alle Politiche per la Salute della Regione Emilia-Romagna*  
Scalisi Aurora, *Screening citologico di Catania*  
Scardetta Paola, *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS*  
Sconza Francesco, *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS e Dip. Prevenzione ASL 4, Cosenza*  
Segnan Nereo, *Centro per la Prevenzione Oncologica del Piemonte, Torino*  
Senore Carlo, *Centro per la Prevenzione Oncologica del Piemonte, Torino*  
Stefanini Valeria, *Centro per la Prevenzione Oncologica del Piemonte, Torino*  
Taffurelli Mario, *Dipartimento di Scienze Chirurgiche e Anestesiologiche, Chirurgia d'urgenza, Università di Bologna*  
Tomatis Mariano, *Centro per la Prevenzione Oncologica del Piemonte, Torino*  
Ventura Leonardo, *CSPO Istituto Scientifico della Regione Toscana, Firenze*  
Vettorazzi Marcello, *IOV - Registro Tumori del Veneto, Padova*  
Visioli Carmen Beatrice, *CSPO Istituto Scientifico della Regione Toscana, Firenze*  
Volante Renza, *OIRM Sant'Anna, Torino*  
Zanetti Roberto, *Centro per la Prevenzione Oncologica del Piemonte, Torino*  
Zangirolami Federica, *Centro per la Prevenzione Oncologica del Piemonte, Torino*  
Zanier Loris, *Agenzia di Sanità Pubblica, Regione Friuli-Venezia Giulia*  
Zappa Marco, *CSPO Istituto Scientifico della Regione Toscana, Firenze*  
Zorzi Manuel, *IOV - Registro Tumori del Veneto, Padova*

# Indice

Introduzione	
<i>Marco Rosselli Del Turco e Marco Zappa</i>	8
Un neonato irrequieto: il CCM e la prevenzione possibile	
<i>Donato Greco</i>	10
Le nuove sfide per i prossimi anni	
<i>Teresa Maglione, Aldo Ancona</i>	12

## I PROGRAMMI

Lo screening mammografico in Italia: survey 2004 e dati preliminari 2005	
<i>Daniela Giorgi, Livia Giordano, Leonardo Ventura, Alfonso Frigerio, Eugenio Paci, Marco Zappa</i>	16
Trend temporali di alcuni indicatori dei programmi di screening mammografico in Italia: 1996-2004	
<i>Livia Giordano, Daniela Giorgi, Paola Piccini, Leonardo Ventura, Valeria Stefanini, Carlo Senore, Eugenio Paci, Nereo Segnan</i>	32
Livello di attivazione e indicatori di processo dei programmi organizzati di screening dei tumori del collo dell'utero in Italia	
<i>Guglielmo Ronco, Pamela Giubilato, Carlo Naldoni, Manuel Zorzi, Emanuela Anghinoni, Aurora Scalisi, Paolo Dalla Palma, Loris Zanier, Antonio Federici, Claudio Angeloni, Stefania Prandini, Rocco Maglietta, Ettore Mancini, Renato Pizzuti, Anna Iossa, Nereo Segnan, Marco Zappa</i>	46
Lo screening colorettales in Italia: dati della survey 2005	
<i>Manuel Zorzi, Grazia Grazzini, Priscilla Sassoli de' Bianchi, Carlo Senore</i>	62

## LA QUALITA'

I dati della survey nazionale sulla qualità del 2° livello screening per il cervicocarcinoma Donne invitate nel 2004	
<i>Renza Volante, Pamela Giubilato, Guglielmo Ronco</i>	70
Il "Progetto SQTm" sulla qualità della diagnosi e della terapia entro i programmi di screening in Italia: risultati degli indicatori 2004	
<i>Antonio Ponti, Maria Piera Mano, Vito Distante, Diego Baiocchi, Rita Bordon, Antonio Federici, Alfonso Frigerio, Paola Mantellini, Carlo Naldoni, Giovanni Pagano, Anna Sapino, Mario Taffurelli, Mariano Tomatis, Marcello Vettorazzi, Federica Zangirolami, Manuel Zorzi, Luigi Cataliotti, Marco Rosselli Del Turco, Nereo Segnan</i>	80
Il programma di controllo di qualità nello screening mammografico in Emilia-Romagna: il contributo dei tecnici sanitari di radiologia medica	
<i>Vania Galli, Silvana Salimbeni, Priscilla de' Bianchi Sassoli, Carlo Naldoni, Alba Carola Finarelli</i>	90
Piani regionali per la prevenzione oncologica. L'attività del CCM e il sistema di valutazione	
<i>Paolo D'Argenio</i>	98
Survey sulla qualità della diagnosi e del trattamento dei tumori mammari in provincia di Ragusa (anni 2001-2002)	
<i>Lorenzo Gafà, Carmela Lauria, Mariano Tomatis, Roberto Zanetti, Antonio Ponti</i>	104
Comportamenti preventivi per il tumore della mammella	
<i>Igino Fusco-Moffa, Maria Negoziante, Fausto Chionne, Marco Petrella</i>	112

## LE RISORSE - L'ORGANIZZAZIONE - LA COMUNICAZIONE

Il modello organizzativo della Regione Campania <i>Renato Pizzuti, Antonietta Chianca, Angelo D'Argenzio, Carlo Longobardi</i>	118
L'organizzazione e il sistema di gestione e monitoraggio dei programmi di screening nella Regione Calabria <i>Luigi Rubens Curia, Ornella Arfuso, Giuseppina Fersini</i>	126
Screening oncologici: modelli organizzativi e stato dell'arte in Lombardia <i>Marua Elena Pirola, Maria Gramegna, Luigi Macchi, Anna Pavan</i>	132
La diffusione dell'attività di diagnosi precoce in Italia per lo screening cervicale, mammografico e coloretale (Studio PASSI, 2005) <i>Tolinda Gallo, Nancy Binkin, Sandro Baldissera, Nicoletta Bertozzi, Carla Bietta, Giovanna V. De Giacomi, Pirus Fateh-Moghadam, Alberto Perra, Paola Scardetta, Francesco Sconza, Massimo Oddone Trinito</i>	140

## LA RICERCA

Screening mammografico e riduzione dei tassi di mastectomie. I risultati del progetto IMPATTO <i>Manuel Zorzi, Donella Puliti, Eugenio Paci per il Gruppo IMPATTO</i>	148
La ricerca del papillomavirus come test primario per lo screening cervicale <i>Guglielmo Ronco</i>	154
Valutazione comparativa delle performance di un test immunochimico per la determinazione del sangue occulto fecale su un giorno vs due giorni di prelievo con diversi cut-off di positività nell'ambito di un programma di screening per il carcinoma coloretale <i>Grazia Grazzini, Carmen B. Visioli, Flavio Banovich, Andrea G. Bonanomi, Antonio Bortoli, Guido Castiglione, Luigi Cazzola, Stefano Ciatto, Massimo Confortini, Paola Mantellini, Tiziana Rubeca, Marcello Vettorazzi, Marco Zappa</i>	158

Documento di consenso GISMA in merito alla possibilità di estensione dello screening mammografico di popolazione alla fascia di età 40-49 e 70-74 anni <i>a cura del Writing Committee: Vito Distante, Alfonso Frigerio, Carlo Naldoni, Eugenio Paci, Antonio Ponti, Marco Rosselli Del Turco, Stefano Ciatto, Marcello Vettorazzi, Marco Zappa</i>	162
--	-----

Referenti dei Programmi di Screening mammografico, cervicale e coloretale	166
---	-----

**I programmi**

**La qualità**

**Le risorse L'organizzazione La comunicazione**

**La ricerca**

## La diffusione dell'attività di diagnosi precoce in Italia per lo screening cervicale, mammografico e coloretale (Studio PASSI, 2005)

Tolinda Gallo, Nancy Binkin, Sandro Baldissera, Nicoletta Bertozzi, Carla Bietta,

Giovanna V. De Giacomi, Pirous Fateh-Moghadam, Alberto Perra, Paola Scardetta,

Francesco Sconza, Massimo Oddone Trinito

### Introduzione

Gli screening di popolazione in campo oncologico rappresentano un metodo efficace per la prevenzione della mortalità da cancro: la diagnosi precoce consente di intervenire con trattamenti meno aggressivi migliorando la prognosi.

In Italia, in accordo con le indicazioni del Piano Nazionale di Prevenzione 2005-2007, si stanno attuando interventi mirati a migliorare o implementare l'offerta di screening per le neoplasie di collo dell'utero, mammella e colon retto.

Nel nostro paese il cancro del collo dell'utero è responsabile di circa il 3% di tutte le morti per tumore nelle donne ed è uno dei tumori più frequenti sotto i 50 anni di età.<sup>1,2</sup> Le linee guida correnti raccomandano l'esecuzione del Pap-test ogni tre anni nella fascia d'età 25-64 anni. In Italia, questo screening si è dimostrato in grado di ottenere una riduzione della mortalità fino al 70%.<sup>2</sup> I primi programmi regionali sono stati introdotti verso la fine degli anni '90 e la maggior parte delle Regioni ora ha programmi ben consolidati.<sup>3</sup>

Il cancro della mammella rappresenta in Italia la neoplasia più frequente e la causa di morte per tumore più importante nelle donne.<sup>1,2</sup> Una diagnosi precoce può essere realizzata con l'effettuazione di una mammografia ogni due anni alle donne tra i 50 e i 69 anni, così come raccomandato dal Piano Nazionale di Prevenzione: la diagnosi precoce è infatti associata a una riduzione della mortalità del 15-20%.<sup>4</sup> Il nu-

mero di Regioni in cui sono stati introdotti programmi organizzati di screening mammografico è andato estendendosi, in particolare negli ultimi anni.<sup>5</sup>

Il cancro del colon retto rappresenta la seconda causa di morte per neoplasia, dopo il cancro al polmone tra gli uomini e il cancro al seno tra le donne.<sup>1,2</sup> I principali test di screening per la diagnosi in pazienti asintomatici sono la ricerca di sangue occulto nelle feci e la rettoscopia. Il Piano Nazionale di Prevenzione 2005-2007 propone come strategia di screening per il cancro del colon retto la ricerca del sangue occulto nelle feci nelle persone di età compresa tra i 50 e 69 anni con frequenza biennale; questo metodo è associato a una riduzione del 15-33% della mortalità.<sup>6</sup> Fino a poco tempo fa, poche regioni avevano programmi organizzati di screening del carcinoma coloretale, spesso limitati ad alcune ASL, ma negli ultimi anni parecchie regioni hanno iniziato tali programmi.<sup>7</sup>

Sui tre tipi di screening sono disponibili informazioni provenienti da varie fonti, come la survey dell'Osservatorio Nazionale Screening, i dati dei programmi di screening, le analisi degli archivi delle prestazioni ambulatoriali regionali, l'indagine Istat *Multiscopo*. Queste fonti però non forniscono informazioni esaurienti sulle conoscenze e sull'utilizzo di pratiche preventive della popolazione target. Per colmare questa lacuna lo Studio PASSI (Progetti delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), realizzato nel 2005, ha incluso nel questionario utilizzato

una serie di domande sull'effettuazione da parte della popolazione target di test di screening a scopo preventivo, sulla loro periodicità e sulla motivazione dell'esecuzione, nonché sul coinvolgimento del personale sanitario nelle raccomandazioni.

### Metodi

L'indagine PASSI è stata realizzata nel 2005 mediante interviste telefoniche a un campione di cittadini di età compresa tra i 18 e i 69 anni, estratto con metodo casuale semplice dalle anagrafi degli assistiti di 123 ASL partecipanti allo studio e appartenenti a tutte le Regioni italiane. In 14 Regioni tutte o quasi tutte le ASL hanno effettuato un campionamento aziendale di 200 persone. Nelle Regioni rimanenti la partecipazione è stata limitata ad alcune ASL con analogo campione.

La disponibilità di un recapito telefonico era un criterio necessario per l'inclusione nella popolazione indagata; i numeri di telefono sono stati reperiti nell'81% dei casi tramite una ricerca nelle anagrafi sanitarie, negli elenchi telefonici, nelle liste anagrafiche comunali e grazie all'aiuto dei medici di medicina generale (MMG). Le sostituzioni per rifiuto della persona campionata o per impossibilità a reperirla (dopo almeno tre telefonate in orari diversi) sono avvenute per sesso e gruppo d'età (18-34, 35-49 e 50-69 anni).

I cittadini selezionati e i loro MMG sono stati preventivamente avvisati dell'indagine tramite una lettera personale informativa da parte dell'ASL.

Dopo avere ottenuto il consenso verbale, l'intervista è stata generalmente effettuata da assistenti sanitari dei Dipartimenti di Prevenzione appositamente formati. I dati raccolti sono quelli autoriferiti, senza l'effettuazione di misurazioni dirette da parte di operatori sanitari.

Dopo l'intervista ogni questionario è stato validato da un supervisore e i dati nominativi di ogni intervistato sono stati distrutti per assicurare l'anonimato dei partecipanti allo studio.

Si è utilizzato un questionario standardizzato messo a punto dal gruppo PROFEA (Program-

ma di Formazione in Epidemiologia Applicata) dell'Istituto Superiore di Sanità. Ai fini della confrontabilità, sono stati presi come modello i principali studi disponibili a livello internazionale e nazionale.

Il questionario utilizzato include dieci sezioni, tre delle quali sono riferite ai tre screening oncologici e sono state proposte solo ai gruppi target di riferimento. E' stata chiesta la storia di screening (se erano mai stati effettuati, a scopo preventivo, un Pap-test, una mammografia, una ricerca di sangue occulto fecale o una rettoscopia). In aggiunta, per lo screening cervicale e mammografico alle donne intervistate è stato chiesto se avessero mai ricevuto una lettera da parte dell'ASL che le invitava a eseguire l'indagine; quando e dove (strutture pubbliche e private) avessero fatto l'ultimo test; il motivo per cui lo avevano effettuato e se queste procedure fossero state raccomandate da un medico o da un altro operatore sanitario.

In poco più di due mesi sono state completate circa 16.000 interviste. Il tasso di risposta è stato elevato (84%); la non adesione è stata determinata da rifiuto (5%) o dall'impossibilità di rintracciare la persona dopo ripetuti tentativi in diverse fasce orarie (11%). Anche la qualità dei dati è stata alta (95% dei questionari senza dati mancanti).<sup>8</sup>

La registrazione e l'analisi dei dati raccolti sono state effettuate utilizzando il software EPI Info, versione 3.3.

I dati completi sono disponibili per 15.890 persone, includendo 6.738 donne di età 25-64 anni che rappresentano il gruppo target per lo screening della cervice uterina, 3.521 donne di età 50-69 anni, gruppo target per lo screening del cancro della mammella, e 6.271 uomini e donne, di età 50-69 anni, a cui è raccomandato lo screening del cancro coloretale.

Ai fini di questa analisi sono presentati i dati di tutta la popolazione in studio, ma i confronti regionali sono limitati alle quattordici Regioni dove

è stato effettuato un campionamento regionale, o dove la maggior parte delle ASL ha partecipato allo studio (Abruzzo, Basilicata, Campania, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Marche, Molise, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Provincia autonoma di Bolzano e Provincia autonoma di Trento).

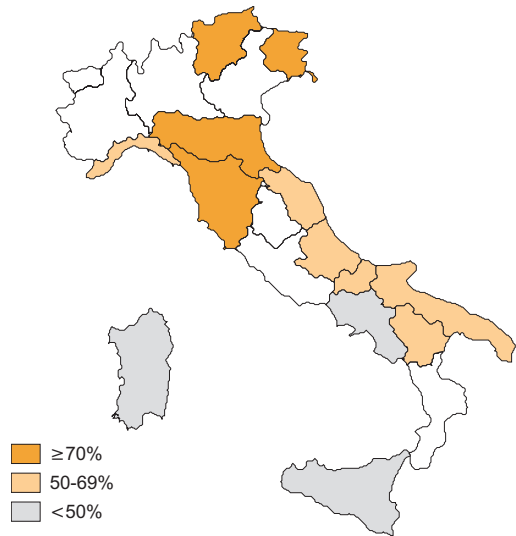
## Risultati

### Lo screening per il cancro del collo dell'utero

Il 78,2% (95% CI: 77,2-79,2) delle 6.738 donne di 25-64 anni ha riferito di avere eseguito almeno un Pap-test a scopo preventivo nel corso della vita (**tabella 1**). Il range varia dal 93% della Provincia autonoma di Bolzano al 59% della Sicilia. La percentuale aumenta con l'età ed è più alta tra le donne coniugate, mentre non è stata osservata alcuna differenza per grado di istruzione.

Ha dichiarato di aver eseguito un Pap-test negli ultimi tre anni secondo le indicazioni delle linee guida il 69,5% (95% CI: 68,4-70,6) delle donne (*range*: dall'89% in Emilia-Romagna al 49% in Sicilia) (**figura 1**); il 39% l'ha effettuato nell'ultimo anno. Il tasso più basso è stato trovato nel gruppo di età più giovane (59% tra 25-34 anni vs 73,2% tra 35-49 anni e 71,5% tra 50-64 anni). L'analisi ha mostrato differenze statisticamente significative per età, per grado di istruzione e per stato civile; la percentuale di donne coniugate che ha effettuato un Pap-test negli ultimi tre anni è maggiore delle non coniugate (73,6%

**Figura 1.** Percentuale di donne, 25-64 anni, che hanno effettuato un Pap-test negli ultimi tre anni nelle 14 regioni con campionamento regionale. PASSI, 2005



vs 57,4%;  $p < 0,05$ ). La differenza per stato civile è presente in tutti i gruppi di età esaminati.

Il 70% delle donne intervistate ha riferito di aver ricevuto da un medico il consiglio di effettuare periodicamente il Pap-test e il 56% di aver ricevuto la lettera di invito da parte dell'ASL. Quando è stato chiesto quale è stato il motivo principale che ha condotto a eseguire l'ultimo Pap-test, il 31% riferisce di averlo eseguito su consiglio medico, il 24% a seguito della lettera ricevuta dall'ASL e il 44% di propria iniziativa.

**Tabella 1.** Screening cancro del collo dell'utero (25-64 anni). PASSI, 2005

Caratteristiche demografiche		Effettuato Pap-test*	Pap-test ultimi 3 anni
Totale		78,2 (95% CI: 77,2-79,2)	69,5 (95% CI: 68,4-70,6)
Età	25 - 34	64,4***	59,0***
	35 - 49	82,7	73,2
	50 - 64	81,9	71,5
Stato civile	coniugata	82,7***	73,6***
	non coniugata	65,4	57,4
Istruzione**	bassa	77,2	67,6***
	alta	79,1	71,2

\* chi ha eseguito il Pap-test in assenza di segni e sintomi

\*\* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

\*\*\* differenza statisticamente significativa ( $p < 0,05$ )

Infine, tra le donne che hanno effettuato almeno un Pap-test, il 61% ha effettuato l'ultimo esame in una struttura pubblica e il restante in una struttura privata.

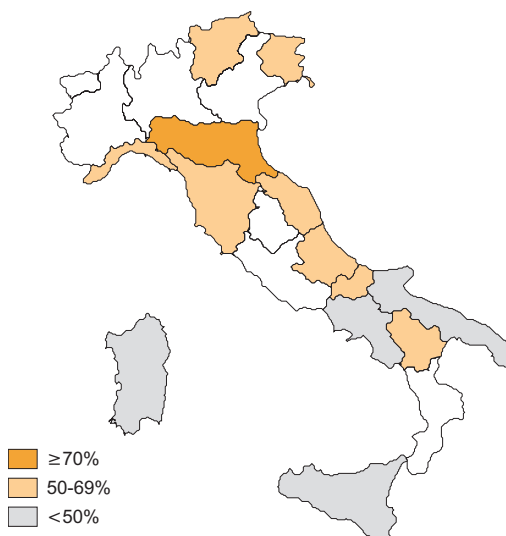
Per valutare il ruolo degli interventi volti a promuovere lo screening cervicale complessivamente, abbiamo esaminato l'effetto dei singoli interventi (solo consigli da parte di un sanitario, solo lettera), di entrambi (consigli e lettera) e di nessuno dei due sulla probabilità di aver effettuato un Pap-test negli ultimi tre anni. Solo il 27% di chi ha dichiarato di non aver ricevuto né consigli da parte di un sanitario né la lettera di invito nell'ambito di un programma organizzato ha effettuato il test, mentre lo ha eseguito il 56% di chi ha ricevuto la lettera di invito, il 74% di chi ha ricevuto il consiglio da parte di un sanitario e l'83% di chi ha avuto sia il consiglio sia l'invito da parte dell'ASL.

#### Lo screening per il cancro della mammella

Come indicato nella **tabella 2**, il 77% (95% CI: 75,6-78,4) delle donne di 50-69 anni ha riferito di aver eseguito almeno una mammografia a scopo preventivo nel corso della vita (*range* dal 90% in Emilia-Romagna al 51% in Campania). Nella fascia 50-59 anni l'ha eseguita il 78,4% delle donne, mentre leggermente più bassa, ma in misura non significativa, è la percentuale in quella 60-69 anni (75,4%); l'analisi per grado di istruzione e stato civile non ha mostrato differenze rilevanti.

Il 60,1% (95% CI: 58,5-61,7) delle 3.521 donne di 50-69 anni intervistate ha riferito di aver eseguito una mammografia negli ultimi due anni, in linea con le indicazioni del Piano Sanitario Nazionale

**Figura 2.** Percentuale di donne, 50-69 anni, che hanno effettuato una mammografia negli ultimi due anni nelle 14 regioni con campionamento regionale. PASSI, 2005



che raccomandano la mammografia con periodicità biennale (**tabella 2**). Questa percentuale è più alta nella classe 50-59 anni (63,8%), mentre diminuisce in quella 60-69 anni (56,1%), con una differenza statisticamente significativa ( $p < 0,05$ ). La raccomandazione sull'esecuzione ogni due anni della mammografia è risultata maggiormente seguita dalle donne con alto livello di istruzione e da quelle coniugate, con differenze statisticamente significative. L'adesione alle linee guida sulla periodicità biennale varia nelle diverse Re-

**Tabella 2.** Screening cancro della mammella ( $\geq 50$  anni). PASSI, 2005

Caratteristiche demografiche		Effettuata mammografia*	Mammografia negli ultimi 2 anni
Totale		77,0 (95% CI: 75,6-78,4)	60,1 (95% CI: 58,5-61,7)
Età	50 - 59	78,4	63,8***
	60 - 69	75,4	56,1
Stato civile	coniugata	77,8	62,2***
	non coniugata	73,6	51,8
Istruzione**	bassa	76,5	58,9***
	alta	78,0	62,8

\* le percentuali sono state calcolate su chi ha effettuato una mammografia a scopo preventivo

\*\* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

\*\*\* differenza statisticamente significativa ( $p < 0,05$ )

gioni partecipanti (*range*: dal 79% in Emilia-Romagna al 31% in Campania e Sicilia; **figura 2**).

Il 65% delle donne intervistate ha riferito di aver ricevuto da un medico il consiglio di effettuare periodicamente il test di screening e il 63% di aver ricevuto una lettera di invito dell'ASL. Aver ricevuto la lettera di invito dell'ASL è stata la motivazione principale all'effettuazione della mammografia nel 44% dei casi; il 29% delle intervistate ha riferito come motivazione principale l'iniziativa personale e il 26% il consiglio di un medico. L'86% delle donne che hanno effettuato almeno una mammografia ha riferito di aver effettuato l'ultimo esame in una struttura pubblica.

L'analisi relativa alla valutazione degli effetti dei vari interventi, singoli o associati, sulla probabilità di aver effettuato una mammografia ha dimostrato che solo il 21% di chi non ha ricevuto né la lettera né il consiglio del medico l'ha eseguita, rispetto al 58% di chi ha ricevuto solo il consiglio del medico, il 63% di chi ha ricevuto solo la lettera e il 75% di chi ha ricevuto entrambi i suggerimenti.

### Lo screening per il cancro del retto

Come indicato nella **tabella 3**, solo il 14% (95% CI: 13,1-14,9) delle 6.271 persone tra i 50 e i 69 anni intervistate riferisce di aver eseguito un test per sangue occulto o una rettoscopia a scopo preventivo (*range*: dal 39% in Toscana al 4% in Sardegna; **figura 3**). L'11,8% dei soggetti tra 50 e 59 anni e il 16,5% di quelli tra 60 e 69 anni ha effettuato un test di screening per il carcinoma coloretale. La frequenza è risultata superiore negli uomini rispetto alle donne (16,8% vs 11,7%;

$p < 0,05$ ). L'analisi non ha rivelato differenze per livello di istruzione. Infine, solo l'8,5% degli intervistati ha effettuato uno screening per il cancro coloretale negli ultimi due anni, come previsto dai programmi di screening.

### Discussione

I nostri risultati dimostrano la presenza di notevoli differenze nei tre programmi di screening considerati.

I programmi di screening organizzati del cancro cervicale sono attivi già da vari anni in tutte le regioni. Le differenze tra il Nord e il Sud del paese si stanno riducendo, sebbene in alcune regioni la copertura rimanga ancora bassa. Per quanto riguarda lo screening per il cancro della mammella, i programmi non sono attivi in maniera omogenea e il numero di donne sottoposte a screening, in accordo con le linee guida, è minore, con notevoli differenze regionali. Infine, per il cancro del colon retto i livelli di copertura dello screening, in accordo con le linee guida nazionali, sono molto bassi e solo poche regioni hanno sviluppato programmi specifici.

I confronti diretti con le fonti di dati esistenti sono ostacolati da vari fattori. Innanzitutto, i nostri dati sono autoriferiti ed è possibile che le persone abbiano dimenticato di essere state sottoposte a test di screening oppure abbiano sottostimato il tempo trascorso dall'ultimo esame, fornendo così stime non accurate dei fenomeni indagati, come riportato in letteratura.<sup>9</sup> Poiché i dati sono stati anonimizzati dopo la raccolta, non è possibile rivedere il *record* del singolo paziente per

**Tabella 3.** Screening cancro colon retto ( $\geq 50$  anni). PASSI, 2005

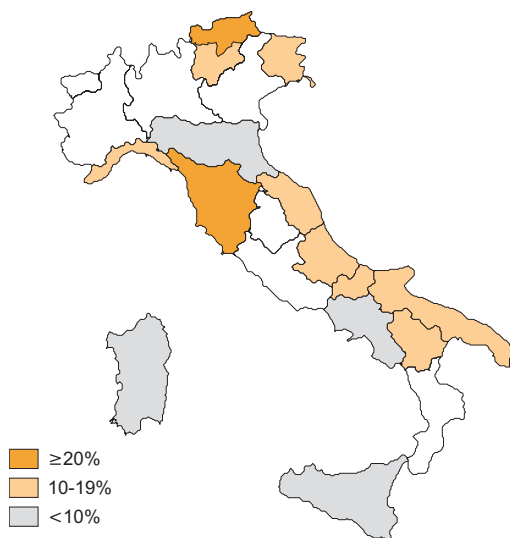
Caratteristiche demografiche		Esecuzione di un test per motivi preventivi*	Esecuzione di un test per motivi preventivi negli ultimi 2 anni*
Totale		14,0 (95% CI: 13,1-14,9)	8,5 (95% CI: 7,8-9,2)
Età	50 - 59	11,8	7,4
	60 - 69	16,5	9,7
Sesso	uomini	16,8***	10,5
	donne	11,7	7,0
Istruzione**	bassa	13,7	8,5
	alta	14,7	8,5

\* le percentuali sono state calcolate su chi ha effettuato una mammografia a scopo preventivo

\*\* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

\*\*\* differenza statisticamente significativa ( $p < 0,05$ )

**Figura 3.** Percentuale di uomini e donne  $\geq 50$  anni, che hanno effettuato una ricerca per sangue occulto fecale o una rettoscopia nelle 14 regioni con campionamento regionale. PASSI, 2005



determinare l'accuratezza delle informazioni fornite. Inoltre, i nostri dati includono anche i soggetti che hanno effettuato lo screening in strutture private, mentre la maggior parte dei sistemi di monitoraggio esistenti include solo le strutture pubbliche.

Tuttavia, per due Regioni è stato possibile comparare i dati ottenuti dallo Studio PASSI con quelli ottenuti dai sistemi informativi routinari.

Per i dati relativi al Friuli-Venezia Giulia, dove il programma di screening è attivo dal 1999, si è confrontata la percentuale di popolazione target che ha effettuato un Pap-test nel triennio 2002-2004 presso le strutture deputate allo screening (dato ricavato dal Sistema Informativo Regionale, SIR) con la percentuale di donne di 25-64 anni, intervistate nello Studio PASSI, che hanno dichiarato di avere effettuato un Pap-test negli ultimi tre anni. In base ai dati del SIR, il 60% della popolazione bersaglio ha eseguito lo screening nel triennio considerato. Sul campione di donne intervistate nello Studio PASSI (stessa fascia di età) è stata riscontrata una percentuale sovrapponibile di persone che nello stesso triennio hanno effettuato l'ultimo Pap-test presso una struttura pubblica (60%; 95%

CI: 55-67). Con lo Studio PASSI è stato possibile stimare la quota di donne che ha eseguito un Pap-test presso strutture private (26%; 95% CI: 22-31), ottenendo una stima della copertura complessiva pari all'86%; tale informazione non è rilevabile da altre fonti.<sup>10</sup>

In Emilia-Romagna, i dati del Pap-test e della mammografia provenienti dallo Studio PASSI sono stati comparati con i dati amministrativi: per entrambi gli screening i numeri provenienti dalle fonti correnti sono compresi entro gli intervalli di confidenza delle stime di PASSI (Nicoletta Bertozzi, comunicazione personale).

In linea di principio, per interpretare correttamente i risultati e confrontarli con altre fonti informative è importante riconoscere la possibile discrepanza tra auto-dichiarazioni e situazione reale: tuttavia, quando l'obiettivo è valutare l'evoluzione nel tempo dei fenomeni, così come è previsto per un sistema di sorveglianza continuo (per la cui realizzazione lo Studio PASSI ha costituito una fase di sperimentazione), va sottolineato che la riproducibilità e la confrontabilità dei risultati possono essere più importanti dell'accuratezza della stima.

I risultati di PASSI suggeriscono che alcuni gruppi nella popolazione sono raggiunti in minor misura dai programmi di screening e quindi è necessario utilizzare strategie diverse per facilitarne l'accesso. Per esempio, le donne più giovani e quelle con basso livello di istruzione corrono un rischio maggiore delle donne più anziane o con un livello più elevato di istruzione di non essere sottoposte a Pap-test o a mammografia in accordo con le linee guida. Sviluppare materiale educativo appropriato al target può aumentare la copertura in questi gruppi.

I nostri risultati inoltre sottolineano l'importanza della chiamata attiva e il ruolo dei consigli dei medici curanti per migliorare l'effettuazione dei test di screening e la necessità di una diffusione di programmi di screening organizzati per aumentare la percentuale di soggetti che effettuano i test secondo i tempi e le modalità raccomandati. Le evidenze circa l'efficacia dei programmi organizzati di screening sono incontestabili anche se l'area critica nella gran parte dei programmi di prevenzione oncologica rimane il coinvolgimento dell'intera popolazione a rischio.

## Il futuro di PASSI come metodo di monitoraggio degli screening

Lo Studio PASSI è nato all'interno di un contesto particolare a livello nazionale e regionale ove è stata posta attenzione ai temi legati all'adozione di stili di vita sani, alla sorveglianza dei fattori di rischio comportamentali, all'implementazione dei programmi di screening oncologici e al bisogno di sperimentare un sistema di sorveglianza per monitorare alcuni aspetti della salute e i risultati dei programmi d'intervento.

A livello internazionale esistono già esperienze di successo in questo campo (Stati Uniti, Australia, Canada, Finlandia e Paesi Baltici) dalle quali è possibile e utile apprendere. Pertanto, nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 si è deciso di sperimentare una sorveglianza continua dei fattori di rischio comportamentali.

In almeno dieci Regioni, nei primi mesi del 2007 inizierà una sperimentazione di due anni partendo da quanto appreso dallo Studio PASSI, passando a una rilevazione continua dei dati su base mensile in modo da misurare i cambiamenti nel tempo dei fenomeni osservati. La raccolta di dati riguardanti gli screening oncologici costituirà parte integrante di questo sistema.

PASSI si propone pertanto come un sistema di sorveglianza a sostegno delle politiche di prevenzione nella strategia europea contro le malattie croniche, ma soprattutto permetterà di avere a disposizione una base di dati alimentata continuamente e rappresentativa delle realtà locali (ASL, Regioni), in grado di fornire tempestivamente informazioni sulla diffusione di fattori di rischio e sulla copertura delle principali misure di prevenzione, dando anche la possibilità di effettuare confronti tra diverse realtà.

Nel caso dello screening oncologico, PASSI sarà, come è auspicabile, un'aggiunta impor-

tante per i sistemi d'informazione attuali, poiché consentirà la raccolta di informazioni per valutare la copertura a livello regionale e di ASL anche in quelle zone dove i programmi non sono ancora attivi; inoltre, consentirà la raccolta di informazioni sui fattori connessi all'inosservanza delle raccomandazioni che possono essere usate nello sviluppo delle strategie efficaci per raggiungere gli obiettivi nazionali per gli screening.

## Ringraziamenti

Ringraziamo tutte le persone che ci hanno generosamente dedicato tempo e attenzione per la raccolta delle informazioni e dei dati necessari alla realizzazione di questo studio.

## Bibliografia

1. Istat. La mortalità per causa nelle regioni italiane. Anni 2000-2002 ([www.istat.it](http://www.istat.it)).
2. [www.ccm.ministerosalute.it](http://www.ccm.ministerosalute.it)
3. Ronco G et al. Livello di attivazione e indicatori di processo dei programmi organizzati di screening dei tumori del collo dell'utero in Italia. *Osservatorio Nazionale Screening. Quarto rapporto*. Firenze, 2005: 42-57.
4. [www.cancer.gov/cancertopics/pdq/prevention/breast/healthprofessional](http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/prevention/breast/healthprofessional)
5. Giordano L et al. Trend temporali di alcuni indicatori dei programmi di screening mammografico in Italia: 1996-2003. *Osservatorio Nazionale Screening. Quarto rapporto*. Firenze, 2005: 28-41.
6. [www.cancer.gov/cancertopics/pdq/prevention/colorectal/HealthProfessional](http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/prevention/colorectal/HealthProfessional)
7. Zorzo M et al. Lo screening coloretale in Italia: survey 2004. *Osservatorio Nazionale Screening. Quarto rapporto*. Firenze, 2005: 58-71.
8. De Giacomi G.V. et al. La valutazione dello Studio PASSI-Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia. *BEN-Notiziario ISS* 2005; 18 (11) ([www.epicentro.iss.it/ben/2005/novembre/1.htm](http://www.epicentro.iss.it/ben/2005/novembre/1.htm)).
9. Newell SA, Girgis A, Sanson-Fisher RW et al. The accuracy of self-reported health behaviors and risk factors relating to cancer and cardiovascular disease in the general population: a critical review. *Am J Prev Med* 1999; 17: 211-29.
10. Baldissera S et al. La sperimentazione della sorveglianza sugli obiettivi di salute in Italia: lo Studio PASSI (Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia). *Giornate della salute*. Trieste 21-27 maggio 2006.