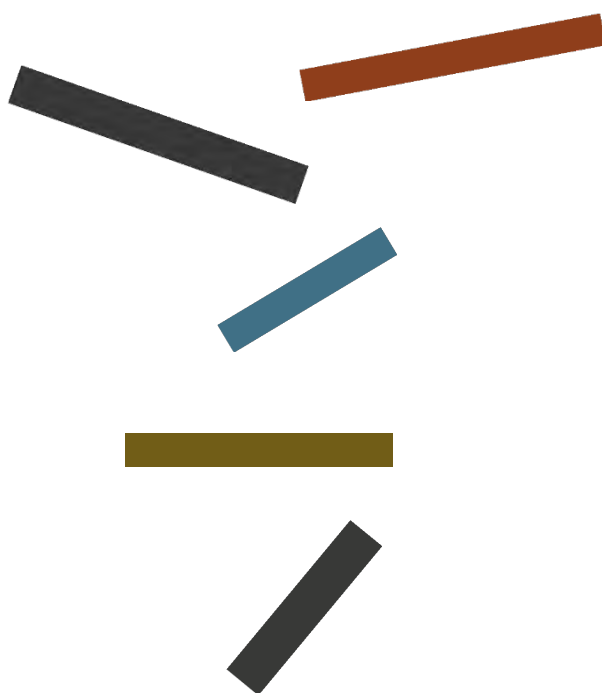




Osservatorio nazionale screening

Rapporto 2019



Introduzione

Marco Zappa, Paola Mantellini - Osservatorio Nazionale Screening

É un po' strano presentare i dati degli screening del 2018-19 nell'attuale situazione e ci pare doveroso cominciare questa breve introduzione con un accenno al presente.

Le riflessioni che hanno caratterizzato tutti i rapporti precedenti (ovverosia un lento progressivo miglioramento che non riusciva a colmare il gap fra il Centro-Nord e il Sud d'Italia) sembrano lontanissime rispetto alla cesura rappresentata dall'epidemia Covid-19. L'epidemia ha interessato ovviamente anche gli screening. Praticamente tutte le Regioni hanno bloccato le attività almeno per quanto riguarda le prestazioni di primo livello. Le ragioni sono state molteplici: impossibilità di mantenere il distanziamento per proteggere sia gli utenti che gli operatori, personale e strutture riconvertite nell'attività di monitoraggio della epidemia, limitazioni nella circolazione e nell'afflusso delle persone nei luoghi pubblici, la paura dei cittadini.

In quel frangente i programmi di screening sono diventati "attività differibili". La maggior parte dei programmi comunque hanno continuato le attività di secondo livello per le persone che avevano avuto un test positivo.

Come Osservatorio abbiamo accompagnato sia la fase di chiusura che la fase di ripartenza con molteplici attività. Innanzitutto abbiamo raccolto sul nostro sito tutti gli atti, le delibere e le ordinanze di chiusura delle singole Regioni. Dalla fine di aprile abbiamo ristabilito un rapporto costante con i referenti screening di tutte le Regioni e Province autonome con video conferenze ogni 3 settimane. Inoltre, abbiamo aperto una riflessione sul nostro sito sulle necessità e le proposte, le soluzioni necessarie nella nuova situazione. Ma soprattutto, d'accordo con i referenti regionali dello screening, abbiamo pubblicato un documento che ha avuto l'endorsement del Ministero, che fissava i seguenti punti:

- 1) Fatto salvo particolari situazioni epidemiologiche, le Regioni e le Province autonome riattivino il primo livello dei programmi di screening oncologico entro i mesi di maggio e giugno 2020
- 2) Sia valorizzato il carattere prioritario delle prestazioni di screening nella programmazione delle attività ambulatoriali
- 3) Le Regioni si dotino di un Piano di rientro per l'attività di screening
- 4) Nel caso in cui non sia possibile coprire l'intera popolazione con i protocolli precedenti si valutino modalità di screening più efficienti (es auto-prelievo nel test Hpv)
- 5) Sia adottato un piano di comunicazione ad hoc
- 6) Vi sia un aggiornamento costante dei referenti regionale con l'Ons.

Questo documento è stato citato spesso nelle delibere che stabilivano il riavvio degli screening e sul sito abbiamo continuato a raccogliere le delibere e gli atti che definivano le modalità di riavvio dei programmi. Inoltre, è stato ricostituito il gruppo interscreening di comunicazione che ha prodotto un documento di indirizzo per l'adozione di corrette strategie comunicative di supporto sia ai coordinamenti che ai singoli programmi di screening. In questo documento si è fortemente sottolineata l'importanza dell'essere trasparenti e onesti nel comunicare sia i motivi della sospensione che gli scenari del prossimo futuro in cui si dovranno fronteggiare i ritardi nella erogazione dell'offerta di screening che l'epidemia ha determinato.

Il monitoraggio della ripartenza si è inoltre avvalso di due strumenti da somministrarsi ciclicamente: una survey organizzativa (che fra le altre cose indaga sulle modalità di invito, sul tempo dedicato a ogni singola prestazione ecc.) e una survey quantitativa per confrontare il numero di contatti e di esami fatti nel mese in corso rispetto al periodo corrispondente dell'anno precedente.

Al momento in cui esce il presente rapporto, 15 Regioni o Province autonome hanno già riattivato le prestazioni di primo livello dei programmi di screening.

Lo stato degli screening nel 2018

I dati che presentiamo nel presente rapporto si riferiscono all'attività svolta dai programmi di screening nel 2018 e ci dicono che, nonostante tutto, continuano leggeri i progressi nello sviluppo dei programmi organizzati, anche se si conferma un divario fra Centro, Nord e Sud. Questi sono i numeri assoluti considerando tutti gli screening e tutte le fasce di età: più di 14 milioni di inviti (14.393.496 quasi 350.000 inviti in più rispetto al 2017) e più di 6 milioni e 300mila test (6.336.579, cioè 50.000 test in più rispetto al 2017). Questo significa che nel 2017 fra l'80 e il 90% della popolazione italiana in età target per lo screening mammografico e per quello cervicale è stata regolarmente invitata, e più del 75% ha ricevuto l'invito allo screening coloretale.

Questo dato tendenziale di aumento è confermato anche dai dati Passi che completano, come sempre, questo rapporto. Le due fonti: survey universale Ons e intervista telefonica campionaria Passi sono metodi differenti di indagine, in linea generale la survey Ons tende a sottostimare la reale copertura dei programmi organizzati, mentre la survey Passi tende a sovrastimarla. La combinazione dei due approcci offre uno spaccato molto realistico dell'offerta di prevenzione oncologica nel Paese.

In questo contesto è interessante notare come i dati Passi mostrino un costante aumento delle persone che fanno un test a fini preventivi e tuttavia questi numeri positivi continuano a distribuirsi in maniera non omogenea su tutto il territorio nazionale.

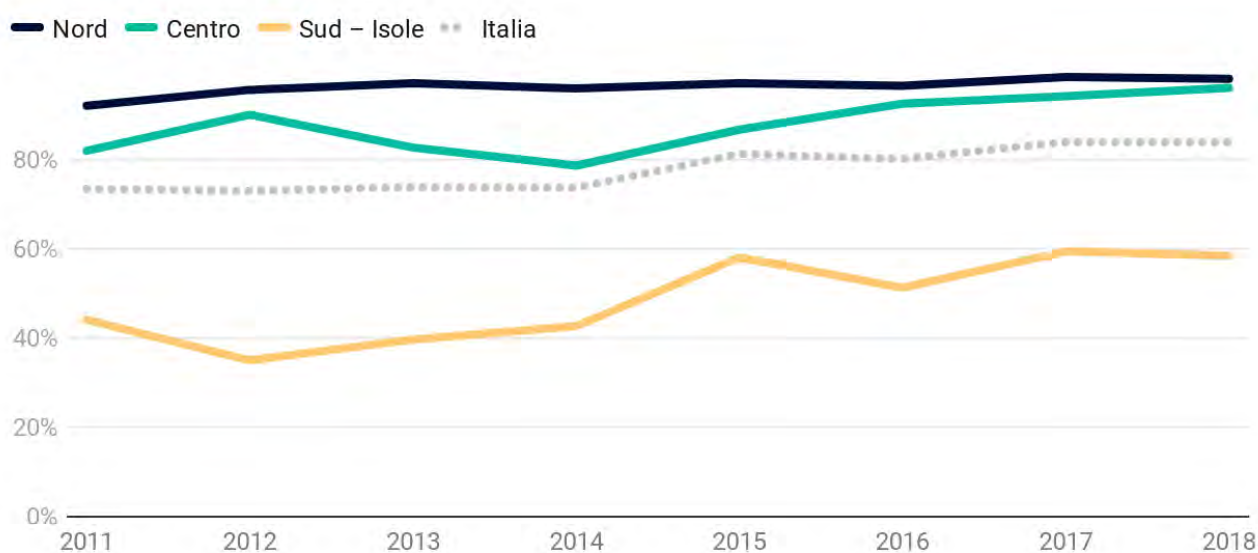
Vediamo ora nel dettaglio come sono andati i programmi nel 2018 analizzando anche l'andamento temporale dal 2011 al 2018 della copertura degli inviti sia complessiva che suddivisa per macroaree. Per copertura degli inviti intendiamo la percentuale di persone della popolazione target annuale invitate nell'anno in questione.

Screening mammografico

La figura 1 riporta i dati dell'estensione effettiva (corretta per inviti inesitati ed esclusioni pre-invito) nella fascia di età 50-69 fra il 2008-2018 in Italia e nelle tre macroaree. Come si può vedere, nel 2018 si conferma il valore di copertura (84%) raggiunto nel 2017 (3.364.979 inviti). La copertura è praticamente completa nell'Italia settentrionale e centrale (riguarda più di 98 donne su 100 al Nord, di 96 su 100 al Centro), mentre al Sud si attesta ferma a 59 donne su 100.

Degno di nota è l'aumento seppur leggero rispetto al 2017 delle donne invitate sia nella fascia di età 45-49 (281.408) e 70-74 (270.713).

Figura 1. Estensione effettiva dello screening mammografico per area geografica (% di donne di età 50-69 che ricevono la lettera di invito alla popolazione target dell'anno dal 2008 al 2018)

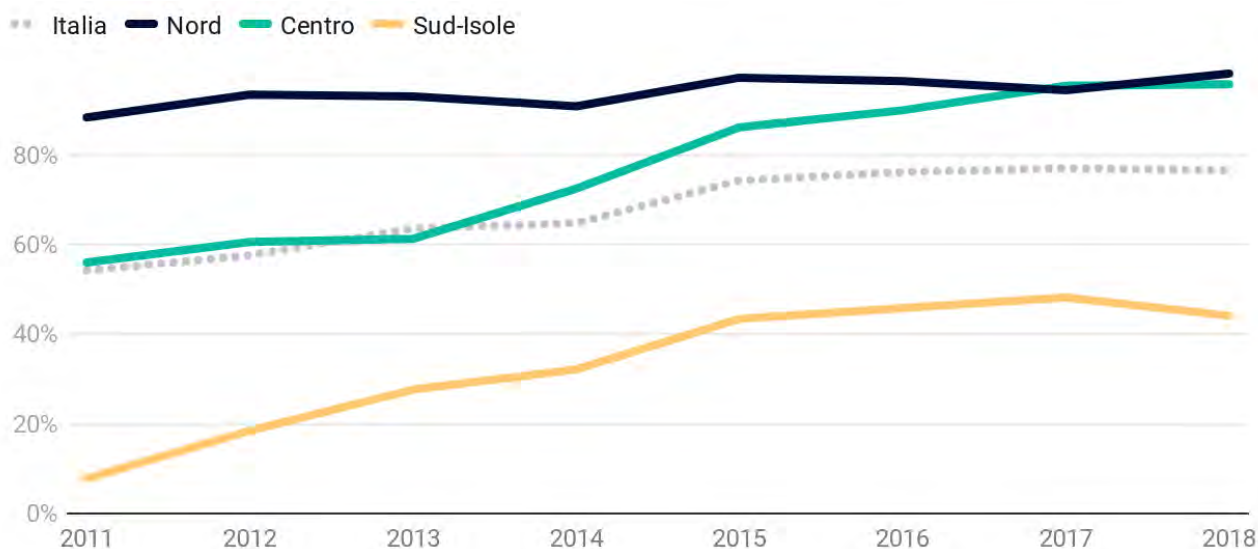


Screening coloretale

Nel 2018 sono stati invitati quasi 6 milioni di cittadini (5.939.182) di età compresa tra i 50 e i 69 anni a eseguire il test per la ricerca del sangue occulto (Sof) e 68.893 soggetti di 58 anni ad eseguire la rettosigmoidoscopia come test di screening. Inoltre sono stati invitati a eseguire il Sof altri 214.679 di età compresa fra i 70 e i 74 anni in particolare nelle Regioni Lazio e Umbria. Lo screening coloretale, infatti, prevede in quasi tutta l'Italia la ricerca del sangue occulto nelle feci, mentre il Piemonte propone la rettosigmoidoscopia una volta nella vita a 58 anni di età e la ricerca del sangue occulto per coloro che non accettano l'esame endoscopico.

La figura 2 riporta l'andamento della copertura dal 2011 al 2018 complessivamente e per le tre macroaree. A livello nazionale si è avuto un veloce incremento fino al 2015, poi la crescita è rallentata. Negli ultimi anni il Centro ha raggiunto il Nord, mentre il Sud non mostra miglioramenti significativi. Nel 2018 questi valori portano a un leggero aumento della copertura complessiva rispetto al 2017 con più di tre quarti della popolazione che risulta ora invitata regolarmente (76.7%). Si può vedere che al Nord e Centro siamo vicini alla copertura completa (97% Nord, 96% Centro). Al Sud invece si copre solo il 44%, in lieve calo rispetto al 2017.

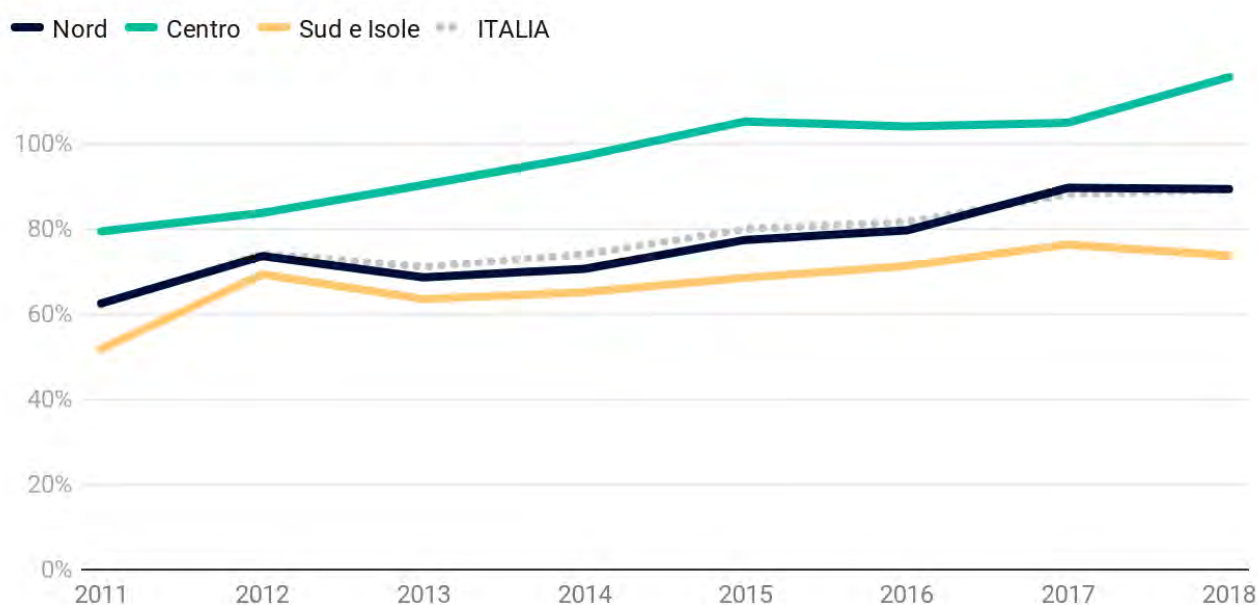
Figura 2. Estensione effettiva dello screening coloretale per area geografica (% di persone di età 50-69 che ricevono la lettera di invito alla popolazione target dell'anno- dal 2011 al 2018)



Screening cervicale

La figura 3 riporta l'andamento della copertura degli inviti per lo screening cervicale. In questo caso è evidente e omogeneo in tutte le aree l'aumento costante della copertura nel periodo preso in esame. Nel 2018, nonostante il lieve calo del numero di inviti migliora, anche se di poco, il livello di copertura (89%). Questo effetto è dovuto al fatto che sono aumentati gli inviti a test Hpv (1.499.210) e contemporaneamente diminuiti quelli a Pap test (2.453.583). Come nell'anno precedente si è tenuto conto del diverso intervallo previsto per il test Hpv (5 anni) rispetto al Pap test (3 anni).

Figura 3. Estensione effettiva dello screening cervicale (% delle donne fra 25 e 64 anni di età che ricevono la lettera di invito alla popolazione target dell'anno, dal 2011 al 2018)



Ringraziamenti

Questo rapporto è dovuto al lavoro di molte persone. Desideriamo ringraziare in particolare: il Cpo Piemonte (survey sullo screening cervicale, L'azienda zero del Veneto (survey sullo screening coloretale), l'Ispro Firenze (survey sullo screening mammografico) Giuliano Carozzi per i dati degli screening PASSI. Il coordinamento e la realizzazione grafica ed editoriale sono stati possibili grazie ai contributi della Regione Lazio e della Regione Toscana per il loro finanziamento al Network regionale Osservatorio nazionale screening, in attuazione del Patto per la salute 2014-2016. Inoltre, il nostro ringraziamento va ai moltissimi operatori che si sono adoperati per raccogliere questi dati in maniera accurata e tempestiva.

Lo screening mammografico

Dati di attività dal 2012 al 2018

I dati in tabella 1 mostrano un incremento nel numero di donne italiane invitate a effettuare una mammografia nel biennio 2016-2017 rispetto al precedente: si passa da circa 5.900.000 donne a circa 6.400.000, pari a un aumento del 8.5%.

L'adesione all'invito nel biennio 2016-2017 non subisce variazioni rispetto al biennio precedente con valori che si assestano a circa il 56%. Nel 2018 il valore subisce una leggera flessione se confrontato con il biennio 2016-2017, con un valore pari al 54%.

Si conferma una maggiore partecipazione nelle due classi di età centrali. Ogni 100 donne esaminate, circa 6 vengono chiamate a effettuare un supplemento di indagine, solitamente una seconda mammografia, un'ecografia e una visita clinica.

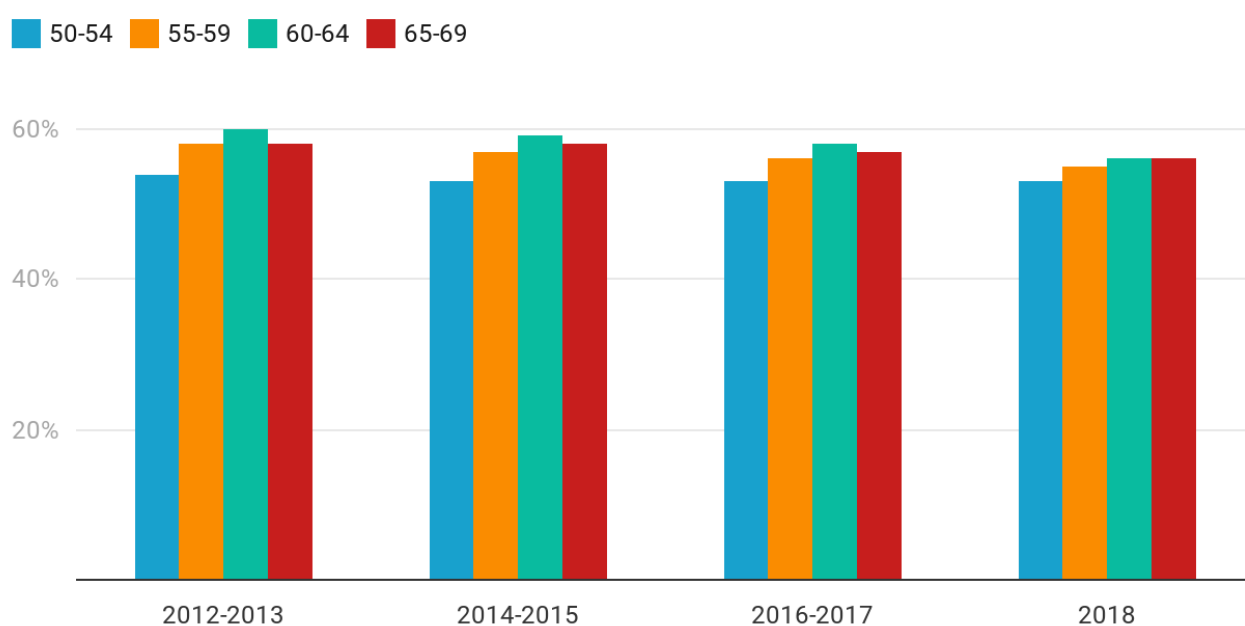
Il numero di carcinomi diagnosticati allo screening supera le 16.000 unità nel biennio 2016-2017 (contro circa 1.900 lesioni benigne), con un tasso di identificazione intorno a 4,6 casi ogni 1.000 donne sottoposte a screening. Per l'anno 2018 si registra invece una leggera flessione con lo stesso indicatore che assume un valore di 4.4 casi ogni 1.000 donne esaminate.

Tabella 1. *Dati nazionali di attività di screening mammografico 2012-2018*

	2012-2013	2014-2015	2016-2017	2018
Numero di donne invitate	5312947	5920807	6482301	3364979
Numero di donne aderenti all'invito (% su donne invitate)	3044984 (57%)	3305361 (56%)	3605948 (56%)	1825283 (54%)
Media aderenti per anno	1522492	1652681	1802974	
Numero di donne esaminate	2975296	2975296	3541039	182285
Numero di donne richiamate per approfondimenti (% su donne esaminate)	172377 (5.8%)	191574 (5.81%)	215687 (6.09%)	115057 (6.31%)
Numero di biopsie benigne	1582	1874	1985	1036
Numero di carcinomi diagnosticati allo screening	13811	15606	16392	8045
Numero di carcinomi duttali in situ diagnosticati allo screening	1751	2030	2139	1069
Numero di carcinomi invasivi ≤ 10 mm diagnosticati allo screening	4137	4584	5047	2499

* Per "donne esaminate" si intendono quelle donne che a seguito di un invito hanno aderito e per le quali si è recuperato l'iter diagnostico/terapeutico complessivo.

Adesione all'invito per classi di età, 2012-2018



La valutazione dei principali indicatori raccolti, e il confronto con gli standard di riferimento derivanti dall'esperienza di programmi sia italiani sia europei, confermano il buon andamento complessivo dell'attività italiana di screening mammografico (tabella 2).

L'adesione supera il livello accettabile del 50%, il tasso di richiami mostra un leggero aumento nell'ultimo anno rispetto ai bienni precedenti, il rapporto tra diagnosi istologiche benigne e maligne nelle donne sottoposte a biopsia chirurgica o intervento è pienamente al di sotto della soglia raccomandata e tende a rimanere stabile nel tempo.

Anche altri indicatori che valutano in modo più diretto la sensibilità del programma, come il tasso di identificazione dei tumori invasivi e quello dei tumori con diametro inferiore ai 10 mm, si dimostrano positivi, mantenendosi pressoché stabile nel tempo.

Il trattamento chirurgico conservativo dei tumori con diametro inferiore ai 2 centimetri mostra invece una leggera flessione tanto nel biennio 2016-2017 rispetto al biennio precedente, quanto nell'ultimo anno (84% e 85%) ai limiti della soglia di accettabilità.

Tabella 2. Indicatori e standard di riferimento

	2012-2013	2014-2015	2016-2017	2018	Standard
Adesione grezza all'invito	57%	56%	56%	54%	≥ 50%
Percentuale di donne richiamate per approfondimenti	5.8%	5.8%	6.1%	6.3%	Primo esame: < 7% Esami succ.: < 5%
Rapporto biopsie benigne/maligne	0.12	0.12	0.12	0.13	Primo esame: ≤ 1:1 Esami succ.: ≤ 0.5:1
Tasso di identificazione dei tumori	4.64	4.73	4.63	4.41	
Tasso di identificazione dei carcinomi invasivi ≤ 10 mm	1.39	1.39	1.42	1.37	
Percentuale di trattamento chirurgico conservativo nei tumori invasivi ≤ 2 cm	87%	85%	84%	84%	> 85%

Il periodo di tempo che intercorre tra la mammografia e il momento in cui è possibile riferire il referto negativo o, per i casi con dubbio diagnostico, il momento in cui si effettua una seduta di approfondimento o l'intervento chirurgico, sono indicatori fondamentali della qualità di un programma di screening. Come mostra la tabella 3, un gran numero di programmi italiani continua ad essere in difficoltà nel garantire nel tempo la buona qualità di questi indicatori, e i valori permangono ben al di sotto del livello accettabile, con tutti e tre gli indicatori che mostrano una tendenza al peggioramento.

Tabella 3. Tempi di attesa

	2012-2013	2014-2015	2016-2017	2018	Standard accettabile Gisma
Invio dell'esito per i casi negativi entro 21 giorni dall'esecuzione della mammografia	67%	66%	62%	59%	90%
Approfondimento entro 28 giorni dall'esecuzione della mammografia	59%	59%	57%	50%	90%
Intervento entro 60 giorni dall'esecuzione della mammografia	43%	39%	32%	31%	

La tabella 4 presenta i dati per macroaree geografiche: Nord, Centro, Sud e Isole. Appare subito chiaro lo scollamento tra i risultati del Nord e Centro Italia e quelli delle zone meridionali e insulari. Il divario riguarda sia il numero di inviti (nel Sud l'attivazione dei programmi è molto più recente e incompleta rispetto al resto del Paese), sia la qualità degli indicatori presi in considerazione. Il problema dei tassi di richiamo elevati al di fuori dello standard sembra riguardare sia nell'ultimo biennio che nell'ultimo anno

maggiormente le Regioni del Centro, anche se da un'analisi più dettagliata sembra comunque coinvolgere, seppure in misura diversa, tutto il territorio italiano.

Al Nord l'adesione sembra in lieve flessione nell'ultimo anno rispetto al biennio precedente. Al Centro questo indicatore rimane costante nel periodo. Al Sud nel 2018 si registri una leggera riduzione del tasso di adesione rispetto al biennio 2016-2017, con valori che non riescono mai a raggiungere la soglia di accettabilità.

Anche il tasso di identificazione dei tumori e la percentuale di donne con lesioni piccole sottoposte a trattamento chirurgico conservativo presentano un divario se si vanno a confrontare i dati del meridione con quelli delle aree del Centro-Nord.

Tabella 4. Indicatori per macroaree: Nord, Centro e Sud Italia.

	Nord			Centro			Sud		
	2014-2015	2016-2017	2018	2014-2015	2016-2017	2018	2014-2015	2016-2017	2018
Numero totale di donne invitate	3273410	3438758	1763180	1292679	1524152	790517	1354718	1519391	811282
Numero di donne aderenti all'invito	2073320	2177363	1103599	726393	801926	416143	505648	626659	305541
Adesione all'invito	63%	63%	62%	56%	53%	53%	37%	41%	38%
Numero di donne esaminate nel periodo	2084726	2186504	1109087	719203	801940	416264	490926	552595	297500
proporzione di donne richiamate per approfondimenti	5.08	5.23	5.11	7.23	7.86	8.57	6.85	6.91	7.63
Biopsie benigne	1231	1241	572	461	482	271	182	262	193
Tasso di identificazione dei carcinomi	5.12	4.99	4.96	4.36	4.66	4.3	3.63	3.15	2.52
Tasso di identificazione dei carcinomi invasivi ≤ 10 mm	1.51	1.52	1.49	1.39	1.59	1.41	0.89	0.82	0.86
Percentuale di trattamento chirurgico conservativo nei tumori invasivi ≤ 2 cm	87.59	83.75	86.73	90.98	91.18	89.82	58.06	70.45	49.27

Inviti nelle fasce di età 45-49 e 70-74 anni

Nel 2018 alcune Regioni o singoli programmi hanno invitato allo screening anche le donne nelle fasce di età 45-49 (a intervallo annuale) e 70-74 (con intervallo biennale) con modalità organizzative diverse.

Per quanto riguarda la classe di età più giovane, nel 2018 sono state invitate 270.713 donne pari a circa il 11% della popolazione bersaglio. La maggior parte delle donne invitate in questa fascia di età continua a provenire da tre sole Regioni. Infatti, l'Emilia-Romagna invita oltre l'89% delle donne residenti nella fascia di età e il Piemonte circa il 30% e la Valle d'Aosta circa il 21%. Per quanto riguarda il resto del contesto nazionale, altre sei Regioni stanno iniziando ad invitare donne nella fascia di età 45-49 anni in maniera sistematica. In particolare, Basilicata e Liguria ne invitano oltre il 10% mentre Campania, Sicilia, Toscana e Veneto invitano donne di età 45-49 in percentuali che variano dal 3% al 5%. Circa il 67% delle donne invitate, accetta l'invito (180.354 donne). Per quanto riguarda le ultrasessantenni, nel 2018 sono state invitate 281.408 donne, pari a circa il 30% della popolazione target, e 178.922 hanno risposto all'invito con una partecipazione che sfiora il 64%. Delle donne invitate in questa fascia di età, le Regioni Emilia-Romagna, Umbria Basilicata e Lombardia invitano il 92%, 56% ,98% e 96% delle donne residenti rispettivamente. Il Friuli-Venezia-Giulia, e il Veneto ne invitano circa il 60% ciascuna, mentre Piemonte, Toscana e Valle d'Aosta percentuali al di sotto del 30%.

Lo screening della mammella visto da “Passi”

Sulla base dei dati raccolti dal sistema di sorveglianza [Passi](#), si stima che in Italia nel 2016-2018 il 75% delle donne 50-69enni abbia eseguito una mammografia preventiva nel corso dei precedenti due anni. La copertura complessiva all'esame raggiunge valori più alti al Nord (84%) e al Centro (81%) ed è significativamente più bassa al Sud e nelle Isole (61%), con significative differenze a livello delle Regioni (range: 48% Campania - 88% P.A. Trento) (Figure 1 e 2).

Il sistema Passi informa sulla copertura complessiva al test, comprensiva sia della quota di donne che ha eseguito l'esame all'interno dei programmi di screening organizzati o di altre offerte gratuite delle Asl, sia di quella che lo ha eseguito al di fuori (vedi nota).

La percentuale di mammografie eseguite al di fuori dei programmi di screening organizzati è rilevante ma inferiore a quella presente nello screening cervicale: a livello nazionale si stima infatti che una donna su cinque (20%) abbia eseguito la mammografia come prevenzione individuale rispetto a una donna su tre dello screening cervicale (32%); sono presenti significative differenze tra le Regioni (range: 7% Basilicata - 34% Puglia) (Fig. 3).

Figura 1. Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni (%). Donne 50-69enni, Passi 2016-2018 (n. 20.168)

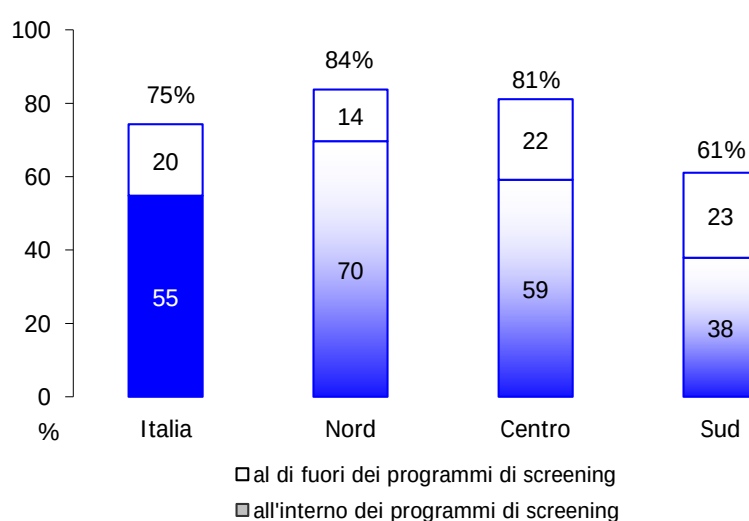
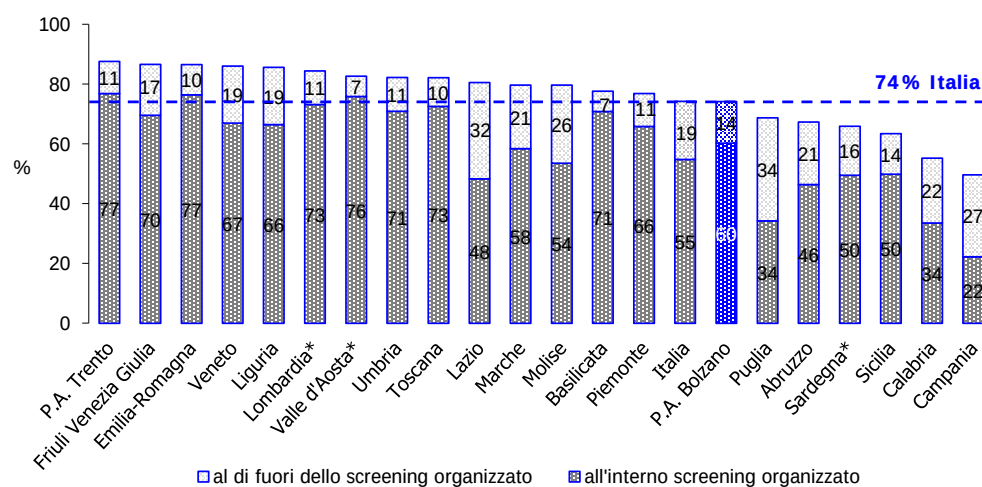


Figura 2. Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni (%) Donne 50-69enni Passi 2016-2018 (n. 20.168)



Figura 3. Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni (%) Donne 50-69enni. Passi 2016-2018 (n. 20.168)



* Regioni che non hanno aderito con un campione regionale

Nel periodo 2008-2018 la copertura della mammografia preventiva è in lieve aumento (Figura 4). Questa crescita è risultata statisticamente significativa in tutte le ripartizioni geografiche, molto più evidente nelle regioni del Sud con una conseguente riduzione del differenziale rispetto al Nord e al Centro (Figura 5) che comunque rimane rilevante.

È in lieve aumento la copertura all'interno dei programmi di screening e appare stabile quella al di fuori. L'andamento all'interno dei programmi di screening mostra una significatività sul piano statistico.

Figura 4. Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni all'interno o al di fuori dei programmi organizzati (%). Donne 50-69enni. Passi 2008-2018. * p -value <0,5

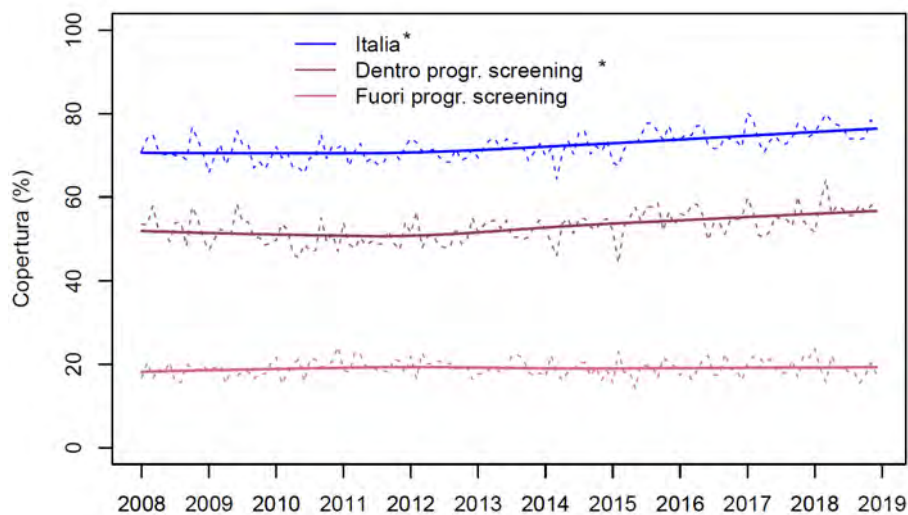
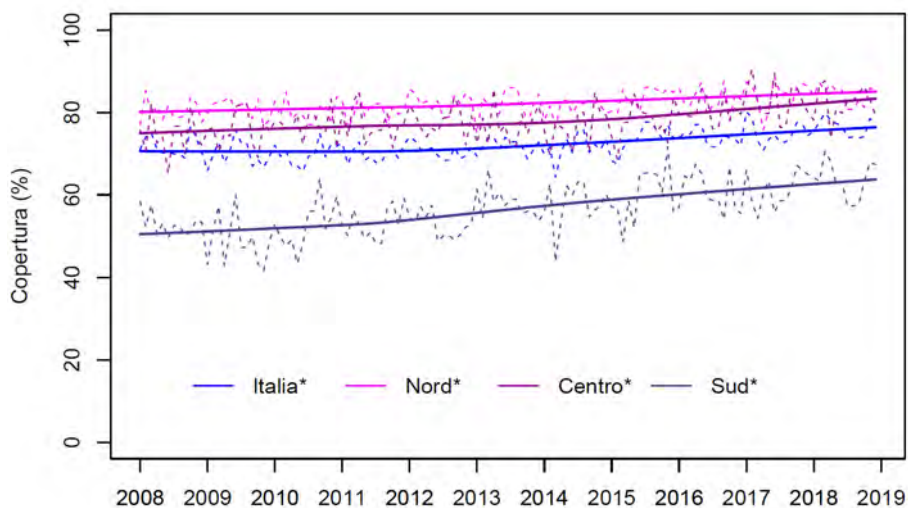


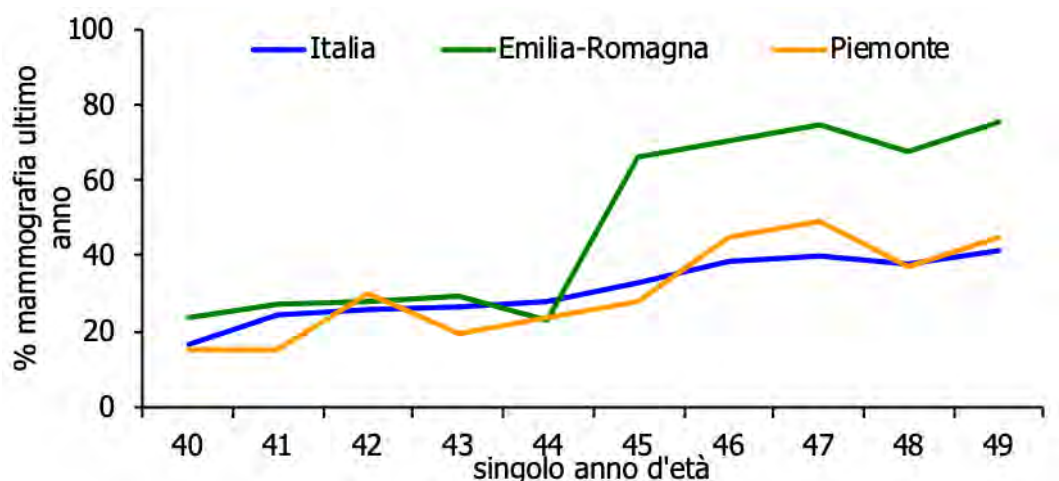
Figura 5. Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni per ripartizione geografica (%) Donne 50-69enni. Passi 2008-2018. * p -value <0,5



Nella fascia pre-screening il 64% delle donne con 40-49 anni ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva almeno una volta nella vita (51% nelle 40-44enni e 75% nelle 45-49enni). Il

31% ha dichiarato, invece, di averla eseguita nell'ultimo anno (24% nelle 40-44enni e 38% nelle 45-49enni). Analizzando il ricorso alla mammografia per singolo anno di età si nota che dai 45 anni la percentuale di chi ha riferito una mammografia nell'ultimo anno si alza in modo evidente in Piemonte e soprattutto in Emilia-Romagna, regioni che hanno esteso lo screening anche alla fascia 45-49 anni (Figura 6).

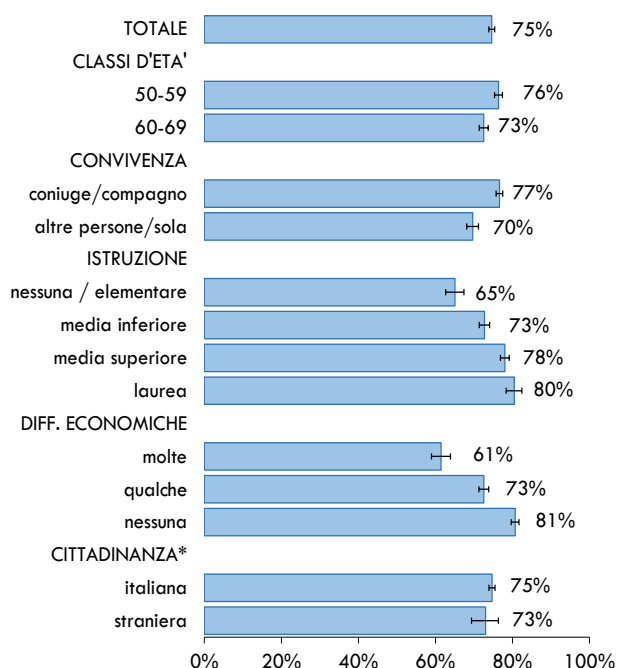
Figura 6. Mammografia eseguita nell'ultimo anno (%) Donne 40-49enni Passi 2016-2018



La copertura alla mammografia preventiva mostra diversi differenziali demografici e socio-economici (figura 7), che sono tutti significativi anche all'analisi multivariata che corregge l'effetto delle singole variabili.

In particolare, la copertura è significativamente maggiore nelle donne 50-69enni, in quelle coniugate o conviventi, in quelle con un livello d'istruzione più elevato e in quelle senza difficoltà economiche riferite. La copertura è inoltre più alta tra le donne italiane o provenienti da altri Paesi a sviluppo avanzato (Psa) rispetto alle straniere provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (Pfpm).

Figura 7. Copertura alla mammografia preventiva entro i tempi raccomandati per caratteristiche socio-demografiche - Donne 50-69enni (%) Passi 2016-2018.



Se analizziamo separatamente questi differenziali demografici e socio-economici nella copertura agli esami per le donne che hanno eseguito la mammografia nei programmi di screening organizzati, o di altre offerte gratuite delle ASL (figura 8), da quelli osservabili nelle donne che l'hanno eseguita al di fuori (screening spontaneo), registriamo più forti diseguità in questo secondo gruppo (figura 9), dove sono molto più evidenti le differenza di copertura per cittadinanza, istruzione e difficoltà economiche riferite.

Figura 8. Copertura alla mammografia preventiva entro i tempi raccomandati eseguita all'interno dei programmi di screening organizzati per caratteristiche socio-demografiche - Donne 50-69enni (%). Passi 2016-2018.

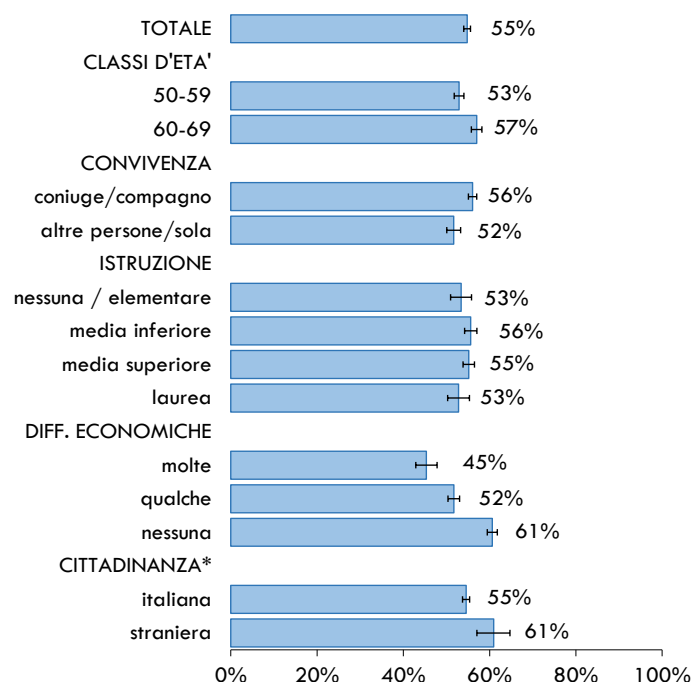
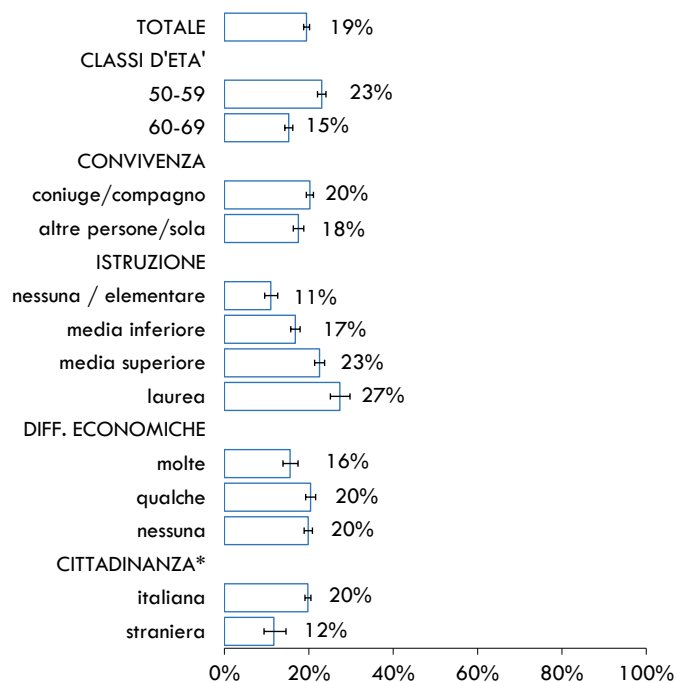


Figura 9. Copertura alla mammografia preventiva eseguita entro i tempi raccomandati fuori dagli screening organizzati, per caratteristiche socio-demografiche - Donne 50-69enni (%) Passi 2016-2018.



L'analisi dei trend temporali 2008-2018 non mostra riduzioni nei differenziali di copertura per livello di istruzione, mentre sembra evidenziarli un leggero miglioramento in quella delle donne che riferiscono molte difficoltà economiche (figure 10 e 11).

Figura 10. Copertura al test preventivo per livello di istruzione (%) Donne 50-69enni. Passi 2008-2018.

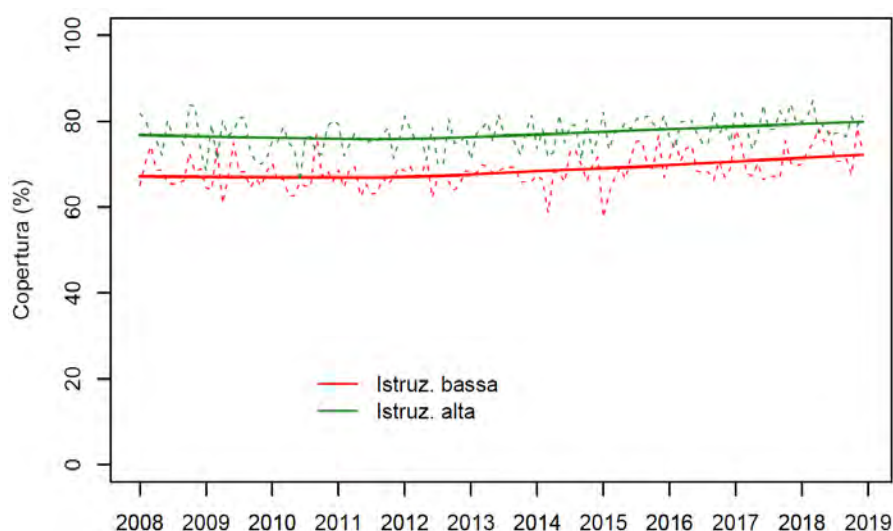
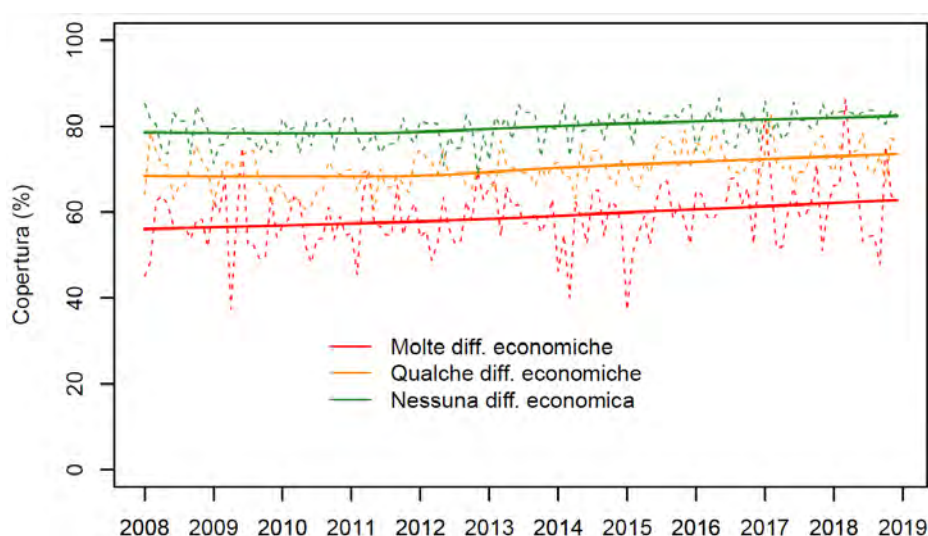


Figura 11. Copertura al test preventivo per difficoltà economiche (%) Donne 50-69enni. Passi 2008-2018



Nota

La stima della copertura dentro e fuori dai programmi di screening organizzati è stata effettuata mediante un indicatore proxy sull'aver pagato o meno l'esame. Per pagamento si intende sia quello relativo al costo completo dell'esame che quello del solo ticket. L'utilizzo di questo indicatore può comportare una leggera sovrastima della copertura effettuata all'interno dei programmi principalmente per tre motivi:

1. alcune donne effettuano l'esame gratuitamente anche al di fuori dei programmi di screening organizzati (ad esempio in base all'articolo 85 della legge 338/2000 - finanziaria 2001)
2. alcune donne non ricordano esattamente la data di esecuzione (effetto telescopico)
3. le rispondenti all'intervista effettuano probabilmente la mammografia in percentuale maggiore rispetto alle non rispondenti.

Lo screening cervicale

Il numero di donne che hanno fatto screening con Pap test o test Hpv, nel triennio 2015-2017 è complessivamente aumentato rispetto ai trienni precedenti. L'aumento è stato sostanzialmente dovuto all'aumento degli inviti. Nel 2017-2018 si osserva una leggera diminuzione del numero di donne che hanno partecipato.

Tabella 1. Donne che hanno fatto screening con Pap test o test Hpv e adesione all'invito

Anno attività	2009-2011	2012-2014	2015	2016	2017	2018
Numero di donne che hanno fatto screening	4.523.802	4.329.572	1.717.150	1.734.224	1.669.338	1.619.459
Proporzione di donne che hanno aderito all'invito*	40,1%	40,9%	41,5%	40,5%	39,9%	39,6%

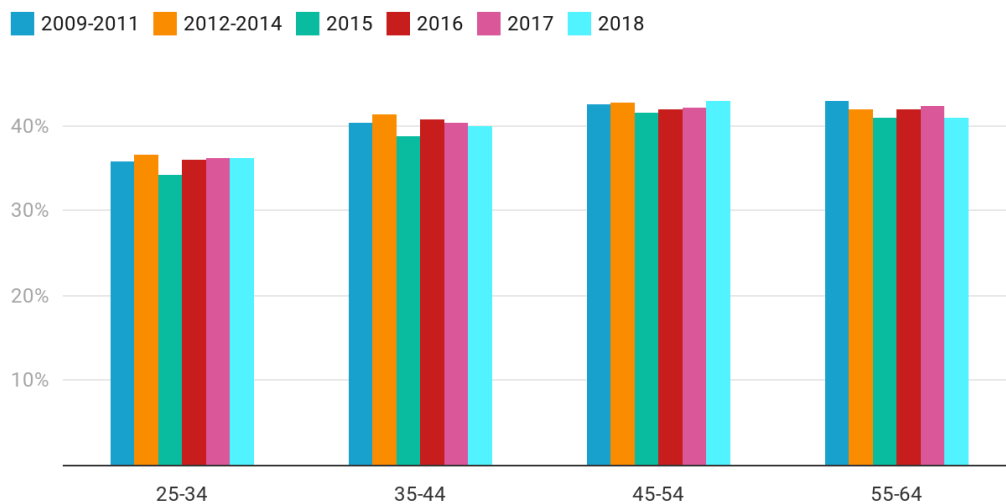
* sono incluse tutte le donne (incluse le donne <25 e >64 anni) che hanno partecipato allo screening

I valori sono sostanzialmente stabili tenendo conto dell'andamento per età (Tabella 2).

Tabella 2. Adesione all'invito allo screening cervicale per fasce di età*

Fasce d'età	25-34	35-44	45-54	55-64	Totale**
2009-2011	35,8%	40,3%	42,6%	43,0%	40,5%
2012-2014	36,7%	41,3%	42,7%	42,0%	40,8%
2015	34,3%	38,9%	41,5%	41,0%	39,2%
2016	36,1%	40,7%	42%	42,0%	40,3%
2017	36,3%	40,4%	42,2%	42,4%	40,5%
2018	36,3%	39,9%	42,9%	41,0%	40,2%

*i dati 2009 e 2010 includono donne aderenti solo al Pap test, dal 2011 donne aderenti a Pap test o a Hpv test **Sono incluse solo le donne di età compresa tra i 25 ed i 64 anni.



Screening con Pap test come test primario, donne di 25-64 anni di età

Nel triennio 2015-2017, a livello italiano, rimane stabile il numero delle donne invitate allo screening con Pap test come test primario. Nel 2018 si conferma questa stabilità, ma si osserva una riduzione delle donne che hanno aderito all'invito. (Tabella 3).

Gli indicatori sono in maggioranza stabili a un buon livello. Nel 2018 si è mantenuto al 3% il numero di prelievi inadeguati; è costante intorno al 3% la proporzione di donne inviate in colposcopia. Anche la probabilità che una donna inviata in colposcopia abbia effettivamente una lesione che richiede un trattamento (lesioni con istologia CIN2 o più grave, CIN2+) si è mantenuta agli stessi livelli (16.7%).

L'adesione alla colposcopia osservata nel 2018 è aumentata al 90% (livello desiderabile) per le donne inviate per qualunque alterazione citologica (colposcopia per ASCUS+) ed al 94,2% per le donne che presentavano le alterazioni più gravi (colposcopia per HSIL+). Nel triennio 2015-2017 si conferma il progressivo aumento della detection di lesioni CIN2 o più grave, così come nel 2018, superiore al 4%.

Tabella 3. Principali indicatori: adesione agli standard di qualità attività Pap test*.

Anno attività	2012 2014	2015 2017	2018*
Donne Invitate	10.250.384	9.242.197	2.453.583
Proporzione di donne che hanno aderito all'invito	40,5%	37,22%	34,25%
Donne Screenate**	4.263.409	3.325.584	839.423

Proporzione di Pap-test inadeguati** Standard di qualità Gisci: desiderabile: < 5% accettabile: < 7%	2,8%	2,9%	3,1%
Proporzione di donne inviate in colposcopia per qualsiasi causa	2,6%	3,0%	3,3%
Proporzione di donne che hanno aderito alla colposcopia per citologia ASCUS+ ** Standard di qualità Gisci: desiderabile: ≥ 90% accettabile: ≥ 80%	87%	85,1%	90,0%
Proporzione di donne che hanno aderito alla colposcopia per citologia HSIL+ ** Standard di qualità Gisci: desiderabile: ≥ 95% accettabile: ≥ 90%	91,2%	90,2%	94,2%
Probabilità di avere una lesione con istologia CIN2 o più grave (CIN2+) tra le donne che hanno fatto una colposcopia per citologia ASCUS+ **	16,7%	16,6%	16,7%
Numero di colposcopie necessarie per individuare la presenza di istologia CIN2+ **	6	6	6
Lesioni con istologia CIN2+ individuate con Pap test **	14.417	13.018	3.157
Lesioni con istologia CIN2+ individuate ogni 1000 donne che hanno fatto lo screening***	3,5	4,0	4,6

Il dato include sia i programmi che invitano solo 25-29 con Pap test poiché invitano le donne 34-64enni con test primario Hpv, sia quelli che invitano tutta la popolazione con Pap test. ** Non tutti i programmi hanno fornito il dato completo. * Il denominatore della DR è inferiore rispetto al numero di screenate presenti in questa tabella perché hanno fornito i dati per questo indicatore un numero inferiore di programmi rispetto a quello delle screenate.*

Quando consideriamo la suddivisione per area geografica (Tabella 4), anche nel 2018 l'adesione all'invito, seppur in aumento, è stabilmente più bassa al Sud che al Nord e al Centro. Al Sud si mantiene inferiore il tasso di identificazione di lesioni con istologia CIN2 o più grave, mentre la proporzione di donne inviate in colposcopia è simile; anche la probabilità che una donna inviata in colposcopia abbia effettivamente una lesione che richiede un trattamento si mantiene inferiore, ed è ancora necessario eseguire un maggior numero di colposcopie per identificare una di queste lesioni.

Tabella 4. *Principali indicatori per area geografica**

	Nord			Centro			Sud e Isole		
	2012 2014	2015 2017	2018	2012 2014	2015 2017	2018	2012 2014	2015 2017	2018
Proporzione di donne che hanno aderito all'invito	49,40%	51,00%	45,80%	38,90%	37,40%	33,80%	26,60%	28,00%	27,50%
Proporzione di Pap test inadeguati	2,7%	3,0%	3,1%	2,4%	1,9%	2,2%	3,9%	4,0%	4,4%
Proporzione di donne invitate in colposcopia per qualsiasi causa	2,5%	3,1%	4,0%	2,3%	2,9%	3,2%	2,7%	2,8%	3,2%
Probabilità di avere una lesione con istologia CIN2 o più grave (CIN2+) tra le donne che hanno fatto una colposcopia per citologia ASCUS o più grave	16,8%	17,0%	18,7%	19,3%	18,5%	15,9%	10,2%	10,0%	13,8%
Numero di colposcopie necessarie per individuare la presenza di una lesione con istologia CIN2+	5,9	5,8	5,3	5,1	5,4	6,3	9,8	7,2	7,3
Lesioni con istologia CIN2+ individuate ogni 1000 donne che hanno fatto lo screening	3,7	4,6	5,6	3,8	4,8	4,4	2,2	2,3	3,1

*non tutti i programmi hanno fornito il dato completo.

Screening con HPV test come test primario

Nel 2018, 65 programmi di screening hanno utilizzato la ricerca del Dna di tipi “ad alto rischio” di PapillomaVirus Umano (Hpv) come test primario di screening. Tutti i programmi regionali hanno utilizzato il test Hpv in 10 Regioni.

La progressiva conversione da Pap test a test Hpv è stata raccomandata nel 2013 dal Ministero della Salute alle Regioni. Sono necessarie una fase preparatoria di riorganizzazione a livello regionale ed il passaggio non immediato per tutte le donne di un’area, ma diluito su 3-4 anni al fine di evitare sbalzi dell’attività dovuti al cambio di intervallo tra due test (da 3 a 5 anni). Come atteso, si osserva un aumento modesto nei primissimi anni e più marcato successivamente: nel 2017 la proporzione di donne invitate allo screening con test Hpv è salita al 30%, rispetto al 23% dell’anno precedente. Nel 2018 a livello italiano il 38% delle donne viene invitata ad effettuare un Hpv test come test primario di screening.

Permangono tuttavia importanti disparità sostanziali tra aree geografiche. In alcune Regioni del Nord c'è stato un avvio tempestivo della conversione, che si attende completa a breve. Di conseguenza, nel 2018 il 57% delle donne del Nord è stato invitato a screening con Hpv. Al contrario, al Sud, la proporzione di invitate al test Hpv rimane sostanzialmente stabile, confermando che in buona parte delle regioni non c'è stato l'avvio di una conversione al di fuori di alcuni programmi pilota (anche regionali) già esistenti. Al Centro, la proporzione di invitate all'Hpv è aumentata dal 4% del 2012, al 33% del 2017, e al 41% nel 2018, come risultato di una media tra alcune Regioni che hanno avviato tempestivamente la conversione e altre che la stanno progressivamente realizzando.

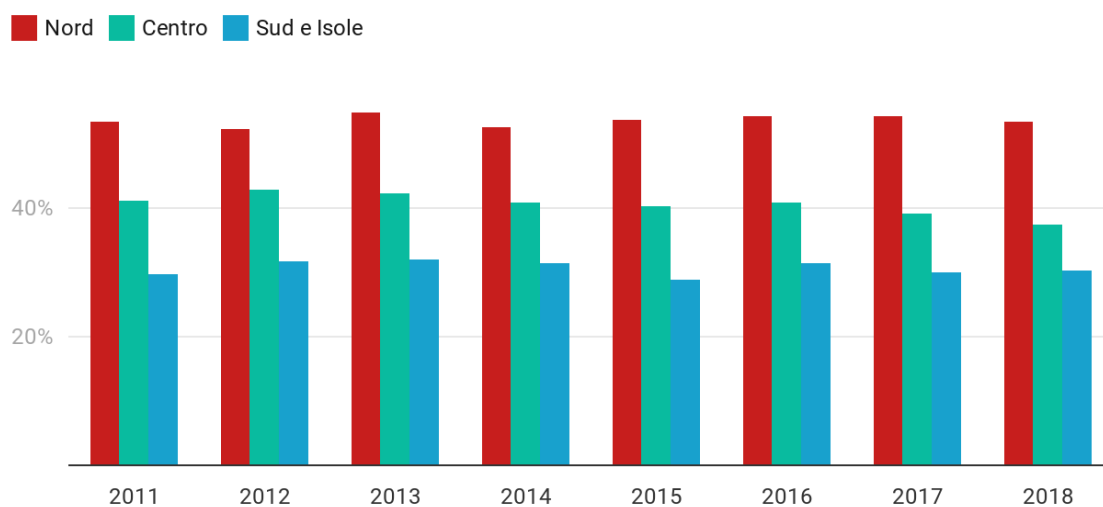
L'adesione mostra una lieve riduzione (48%), superiore a quella generale all'invito allo screening. Tale dato deriva comunque anche dal fatto che la conversione non è avvenuta in Regioni dove l'adesione era più bassa. La proporzione di donne positive al test è in aumento al Nord, si mantiene più elevata al Centro e al Sud, con una media italiana del 7.7%.

Tabella 5. Introduzione del test per la ricerca del Dna del papilloma virus umano (Hpv) come test di screening

		N di donne invitate a screening con ricerca Hpv come test primario	% di donne invitate a screening con ricerca Hpv come test primario*	N aderenti	Adesione al test Hpv	% Hpv+
2012	ITALIA	311.840	8,1%	131.155	42,1%	7,5%
	Nord	165.025	9,3%	83.727	50,7%	6,8%
	Centro	36.076	4,0%	13.083	36,3%	5,1%
	Sud e Isole	110.739	9,2%	34.345	31,0%	10,5%
2013	ITALIA	423.992	11,5%	179.199	42,3%	6,9%
	Nord	161.202	9,8%	81.660	50,7%	6,9%
	Centro	121.619	13,4%	49.011	40,3%	4,9%
	Sud e Isole	141.171	12,4%	48.528	34,4%	8,7%
2014	ITALIA	510.473	13,1%	247.213	48,4%	7,1%
	Nord	199.489	11,3%	100.636	50,4%	6,9%
	Centro	183.367	18,8%	83.936	45,8%	6,5%
	Sud e Isole	127.617	11,1%	62.641	49,1%	8,1%
	ITALIA	653.668	16,0%	327.892	50,2%	6,7%

2015	Nord	310.993	17,6%	163.894	52,7%	6,4%
	Centro	213.363	20,4%	109.189	51,2%	6,8%
	Sud e Isole	129.312	10,2%	54.809	42,4%	7,2%
2016	ITALIA	889.243	22,9%	463.646	52,1%	6,9%
	Nord	536.629	32,7%	302.888	56,4%	6,1%
	Centro	249.854	24,9%	112.309	44,9%	7,4%
	Sud e Isole	102.760	9,0%	48.449	47,1%	10,5%
2017	ITALIA	1.235.712	30,2%	607.704	49,2 %	7,2%
	Nord	808.098	46,9%	433.559	53,7%	6,5%
	Centro	315.402	32,7%	121.955	38,7%	8,3%
	Sud e Isole	112.212	8,0%	51.560	45,9%	10,1%
2018**	ITALIA	1.499.210	37,9%	723.721	48,3%	7,7%
	Nord	953.422	57,3%	515.434	54,1%	7,5%
	Centro	397.367	41,5%	147.897	37,2%	8,4%
	Sud e Isole	148.421	11,2%	60.390	40,7%	8,5%

* tra tutte le invitate a screening cervicale; ** Il dato della coorte 2018 si consoliderà nel settembre 2020.



I dati sui programmi attivi disponibili per l'intero episodio di screening per coorti di invito mostrano un aumento del numero dei programmi, particolarmente importante tra il 2012 ed il 2015 (Tabella 6). Nel 2017, 58 programmi in Italia, hanno invitato complessivamente 1.235.712 donne; il 49% ha aderito all'invito, in leggera riduzione. Il numero di donne invitate ad effettuare un test Hpv è passato da 423.992 nel 2013 a 1.235.712 nel 2017, analogamente il numero di donne che ha effettuato un test Hpv è passato da 179.390 nel 2013, a 614.978 nel 2017. La positività del test Hpv è di circa il 7% nell'intero periodo riportato. Le donne con test Hpv positivo ma con citologia negativa, invitate a ripetere un test Hpv dopo un anno, hanno aderito all'invito alla ripetizione nell'80% dei casi. Il tasso di invio in colposcopia (invio immediato + invio dopo ripetizione) è stabile e del 4% circa nell'intero periodo, con livelli di adesione intorno al 90%. Lesioni con istologia CIN2+ individuate ogni 1000 donne che hanno fatto lo screening si attesta intorno al 5%. Si osserva una riduzione del Valore predittivo positivo.

Tabella 6. Programmi attivi con Hpv test come test primario di screening: dati per coorti di invito

	2013	2014	2015	2016	2017
Numeri di programmi attivi con Hpv	21	29	49	59	58
Donne invitate	423.992	510.473	653.668	889.243	1.235.712
Proporzione di donne che hanno aderito all'invito	42,3%	48,4%	50,2%	52,10%	49,20%
Donne screenate*	179.390	236.376	324.201	458.413	614.978
Donne con test Hpv+*	6,9%	7,1%	6,7%	6,9%	7,2%
Donne invitate a ripetere il test ad 1 anno*	4.663	9.948	10.658	21.319	29.392
Adesione alla ripetizione*	74,6%	75,5%	79,2%	82,3%	81,4%
Tasso di invio in colposcopia*	3,7%	4,0%	3,6%	4,2%	4,2%
Tasso di adesione all'invio in colposcopia*	86,0%	88,3%	88,4%	91,7%	90,8%
Numero di lesioni individuate con test*	801	1.139	1.490	2.176	2.982
Lesioni con istologia CIN2+ individuate ogni 1000 donne che hanno fatto lo screening **	5,3	5,4	5,3	4,8	4,9
Valore Predittivo Positivo*	14,0%	14,5%	14,7%	13,1%	12,9%

*non tutti i programmi hanno fornito il dato completo. ** il denominatore della DR è inferiore rispetto al numero di test effettuati presenti in questa tabella perché hanno fornito i dati per questo indicatore un numero inferiore di programmi rispetto a quello dei test effettuati.

La distribuzione per età delle donne che hanno effettuato un test (Tabella 7) mostra una variazione della proporzione per fasce di età nei diversi anni. Questo può determinare in parte alcune variazioni degli indicatori riportati nelle tabelle precedenti.

Tabella 7. Donne screenate con test Hpv per fasce di età

Fasce d'età	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<25-34	15%	14%	9%	6%	5%	5%	8%
35-44	29%	27%	26%	25%	18%	22%	26%
45-54	31%	32%	35%	34%	41%	41%	37%
55->65	25%	27%	30%	36%	36%	32%	28%

**I dati suddivisi per fasce d'età non sono stati forniti da tutti i programmi.*

Lo screening cervicale visto da “Passi”

Sulla base dei dati raccolti dal sistema di sorveglianza [Passi](#), si stima che in Italia nel 2016-2018 quattro donne 25-64enni su cinque (80%) abbiano eseguito un Pap test o un test dell’Hpv preventivo entro i tempi raccomandati.

La copertura complessiva al test preventivo raggiunge valori elevati al Nord (87%) e al Centro (86%), mentre è più bassa al Sud (68%) (Figure 1 e 2). Tra le Regioni partecipanti al Passi sono presenti significative differenze (range: 61% Calabria - 90% P.A. Bolzano) (Figura 3).

Il sistema Passi informa sulla copertura al test complessiva, comprensiva sia della quota di donne che ha eseguito l’esame all’interno dei programmi di screening organizzati o di altre offerte gratuite delle Asl (vedi nota) sia di quella che lo ha eseguito al di fuori. Nello screening cervicale la quota al di fuori dei programmi di screening organizzati è rilevante e a livello nazionale è di poco inferiore a quella all’interno degli screening organizzati (rispettivamente 32% e 48%). Sono presenti differenze significative tra le Regioni (range: 8% Basilicata - 51% Lombardia).

Figura 1. Copertura al test preventivo entro i tempi raccomandati. Donne 25-64enni (%). Passi 2016-2018 (n.36.321)

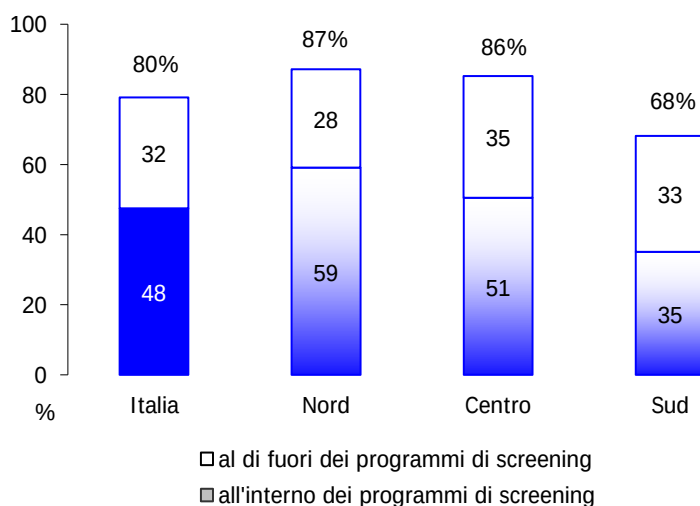
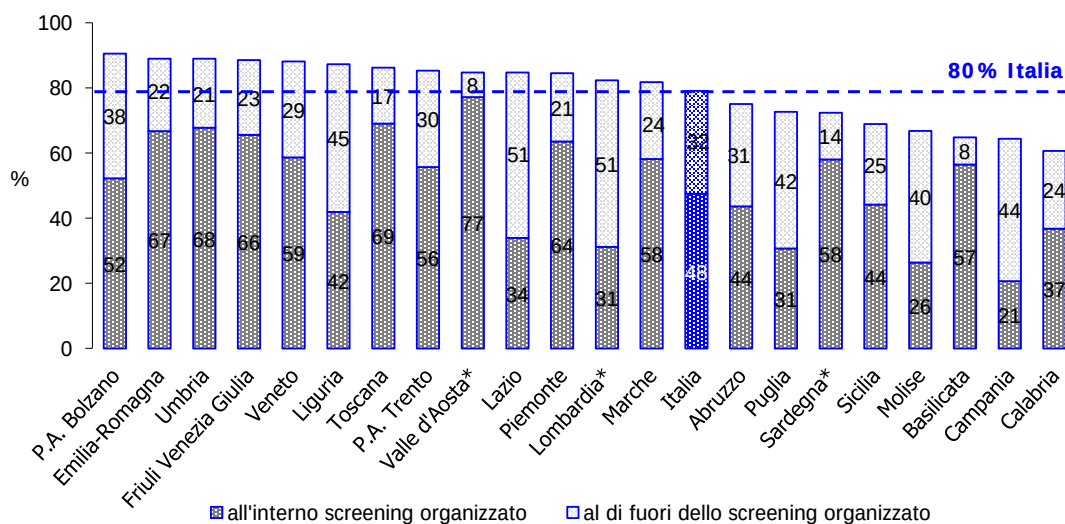


Figura 2. Copertura al test preventivo entro i tempi raccomandati. Donne 25-64enni (%). Passi 2016-2018 (n.36.321)



Figura 3. Copertura al test preventivo entro i tempi raccomandati. Donne 25-64enni (%). Passi 2016-2018 (n.36.321)



* Regioni che non hanno aderito con un campione regionale

Nel periodo 2008-2018 la copertura è complessivamente in crescita. Questa tendenza si manifesta in tutte le tre macroaree del Paese, ed è più evidente nelle regioni del Sud; pur mantenendo un forte differenziale tra le Regioni del Sud con quelle delle altre due ripartizioni, si assiste a una leggera riduzione della forbice.

La copertura all'interno dei programmi di screening è risultata in aumento, mentre quella al di fuori dei programmi ha mostrato una diminuzione significativa a partire dal 2011, probabilmente anche per effetto della sempre maggiore capacità attrattiva dei programmi organizzati e in parte della crisi economica.

Figura 4. Copertura al test preventivo all'interno o al di fuori dei programmi organizzati (%) Donne 25-64enni. Passi 2008-2018. * $p\text{-value} < 0,05$

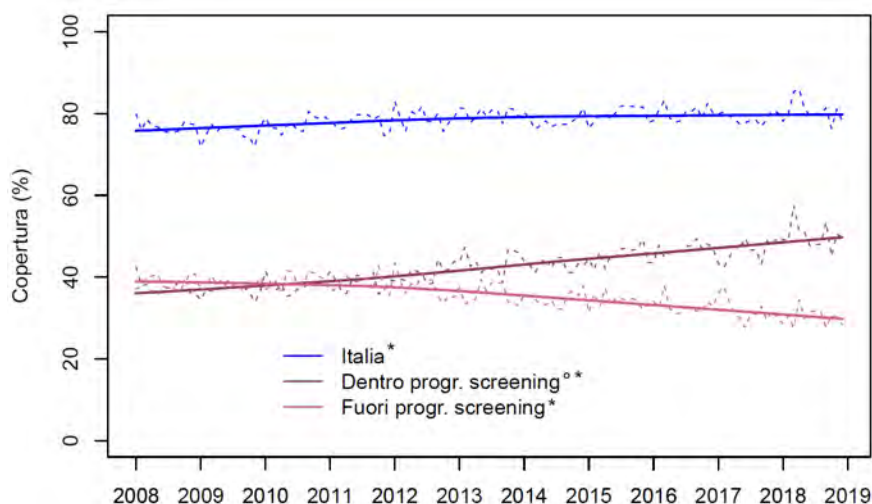
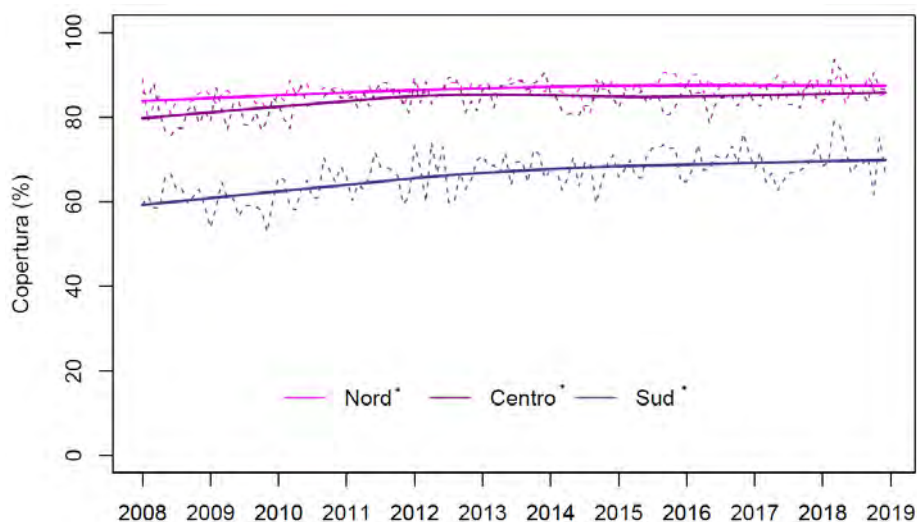


Figura 5. Copertura al test preventivo all'interno o al di fuori dei programmi organizzati (%) Donne 25-64enni. Passi 2008-2018. * $p\text{-value} < 0,05$

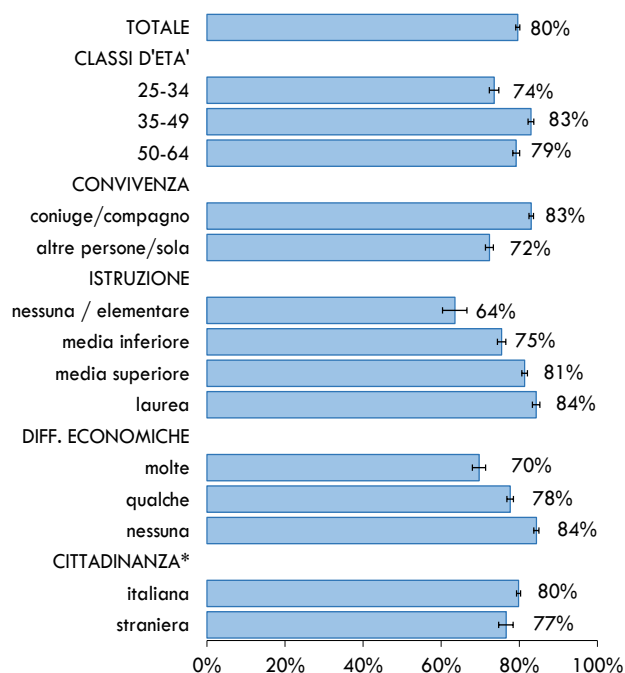


La copertura al test preventivo mostra diversi differenziali demografici e socio-economici (figura 6), che sono tutti significativi anche all'analisi multivariata che corregge l'effetto delle singole variabili.

Più in dettaglio, la copertura è significativamente maggiore nelle donne 35-49enni, in quelle coniugate o conviventi, in quelle con un livello d'istruzione più elevato e in quelle senza difficoltà economiche riferite.

La copertura è inoltre più alta tra le donne italiane o provenienti da altri Paesi a sviluppo avanzato (Psa) rispetto alle straniere provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (Pfpm).

Figura 6. Copertura al test preventivo entro i tempi raccomandati per caratteristiche socio-demografiche. Donne 25-64enni (%). Passi 2016-2018



Se analizziamo separatamente questi differenziali demografici e socio-economici nella copertura agli esami per le donne che li hanno eseguiti nei programmi di screening organizzati, o di altre offerte gratuite delle Asl (Figura 7), da quelli osservabili nelle donne che li hanno eseguiti al di fuori (screening spontaneo), registriamo più forti diseguità in questo secondo gruppo (Figura 8), dove sono molto più evidenti le differenze di copertura per cittadinanza, istruzione e difficoltà economiche riferite.

Figura 7. Copertura al test preventivo eseguito all'interno dei programmi di screening organizzati entro i tempi raccomandati, per caratteristiche socio-demografiche. Donne 25-64enni (%). Passi 2016-2018

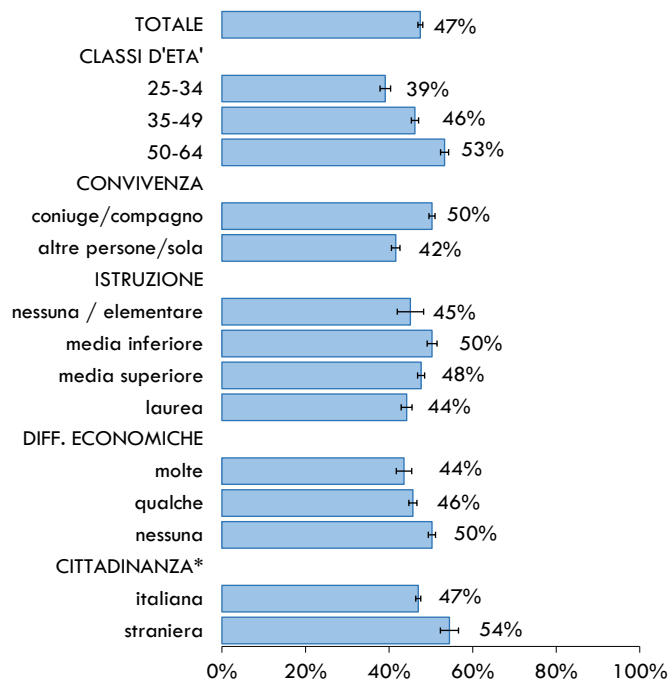
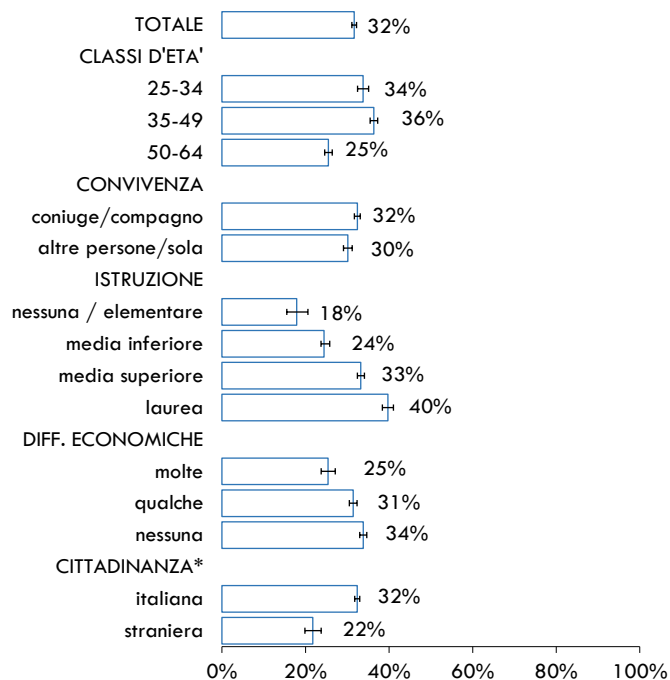


Figura 8. Copertura al test preventivo entro i tempi raccomandati eseguito fuori dei programmi di screening organizzati, per caratteristiche socio-demografiche. Donne 25-64enni (%). Passi 2016-2018



L'analisi dei trend temporali 2008-2018 non mostra riduzioni nei differenziali di copertura per livello di istruzione e di difficoltà economica (figure 9 e 10).

Figura 9. Copertura al test preventivo per livello di istruzione (%). Donne 25-64enni. Passi 2008-2018. * $p\text{-value} < 0,05$

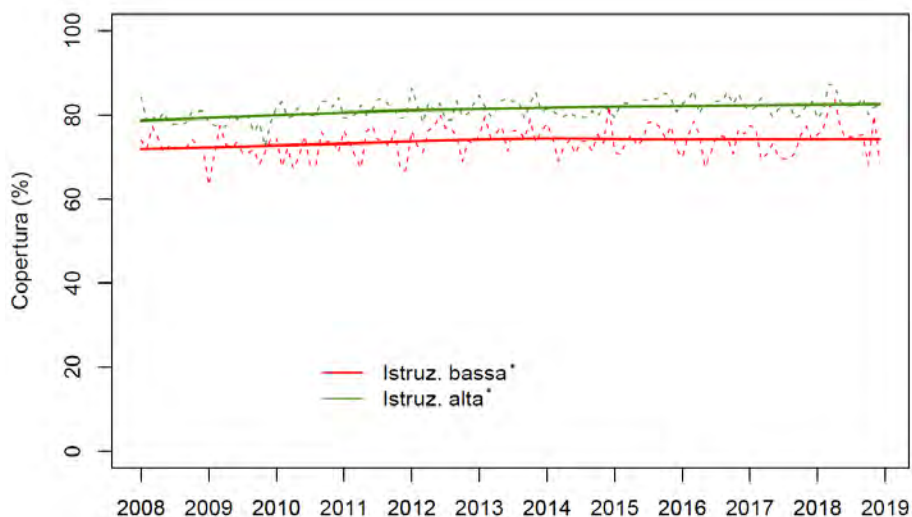
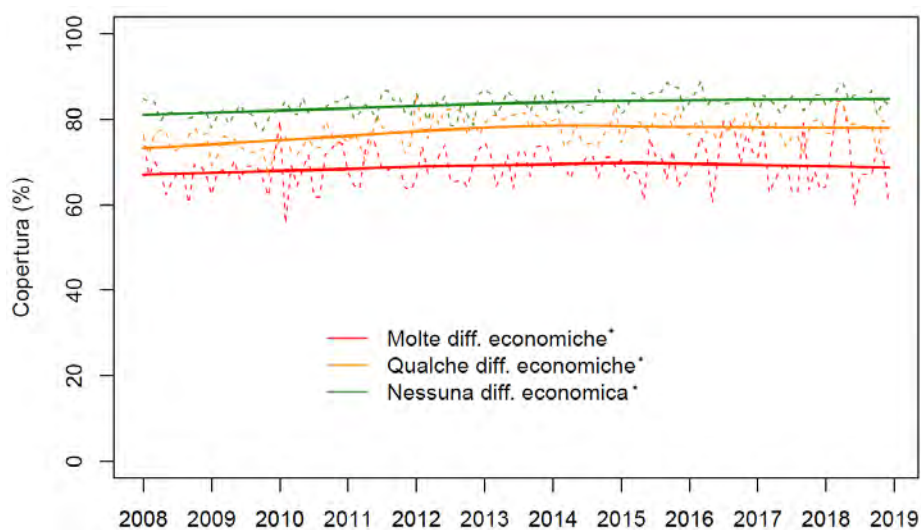


Figura 10. Copertura al test preventivo per difficoltà economiche (%). Donne 25-64enni. Passi 2008-2018. * $p\text{-value} < 0,05$



Nota

La stima della copertura dentro e fuori dai programmi di screening organizzati è stata effettuata mediante un indicatore proxy sull'aver pagato o meno l'esame. Per pagamento si intende sia quello relativo al costo completo dell'esame che quello del solo ticket. L'utilizzo di questo indicatore può comportare una leggera sovrastima della copertura effettuata all'interno dei programmi principalmente per tre motivi:

1. alcune donne effettuano l'esame gratuitamente anche al di fuori dei programmi di screening organizzati (ad esempio in base all'articolo 85 della legge 338/2000 - finanziaria 2001)
2. alcune donne non ricordano esattamente la data di esecuzione (effetto telescopico)
3. le rispondenti all'intervista effettuano probabilmente la mammografia in percentuale maggiore rispetto alle non rispondenti.

Lo screening coloretale

Dati di attività dal 2010 al 2018

Dopo l'espansione progressiva delle attività di screening registrate fino al 2017, nel 2018 si è osservata una flessione del numero di invitati, che è stato di circa 5 milioni e 940 mila persone, pari a 300 mila in meno rispetto al 2017. L'adesione all'invito è risultata prossima al 43%. Questo dato, che rappresenta il valore medio nazionale, si compone di valori estremamente differenti che caratterizzano le macroaree geografiche. Come riporta la tabella 4, infatti, l'adesione all'invito è maggiore al Nord (50%), intermedia al Centro (36%) e inferiore al Sud (31%).

Come illustra la tabella 1, le persone che effettivamente si sono sottoposte allo screening nei diversi bienni sono progressivamente aumentate e nel solo 2018 hanno raggiunto circa due milioni e trecentocinquanta mila unità. Più del 20% delle persone positive al test per la ricerca del sangue occulto fecale non ha aderito alla successiva colonscopia di approfondimento. Poiché con un test positivo il rischio di carcinoma o adenoma avanzato (che possiede una più elevata probabilità di evoluzione verso la malignità) è molto alto (dal 30% al 40%) è essenziale sviluppare strategie efficaci di comunicazione del rischio, per garantire livelli elevati di adesione all'approfondimento.

La resezione endoscopica è stata risolutiva per una quota importante di carcinomi, con un evidente impatto sulla qualità di vita delle persone interessate.

Tabella 1. Programmi con ricerca del sangue occulto fecale. Risultati principali 2010-2018

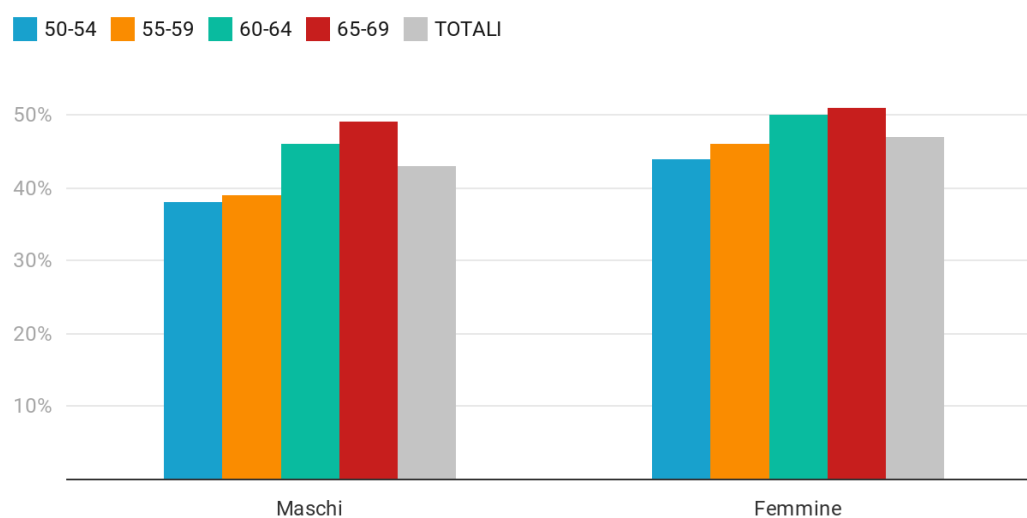
	2010-11	2012-13	2014-2015	2016-17	2018
Numero di persone invitate	7113930	8398130	10196294	12194809	5939182
Adesione corretta all'invito	45.6%	46.0%	44.1%	40.8%	42.7%
Numero di persone sottoposte a screening	3244363	3862409	4493536	4903688	2354647
Proporzione di persone con test positivo	4.8%	4.7%	5.0%	5.0%	4.6%
Numero di persone con test positivo richiamate a colonscopia	156315	181649	226549	246682	124526
Proporzione di aderenti all'approfondimento	80.9%	78.4%	78.1%	75.9%	78.4%
Numero di colonscopie totali	126512	142434	176863	187332	97604
Proporzione di colonscopie complete	96.1%	95.1%	94.5%	93.9%	95.3%

Numero di carcinomi individuati	5705	5408	5977	5956	2418
Tasso di identificazione dei carcinomi (per 1000 sottoposti a screening)	1.8‰	1.4‰	1.3‰	1.2‰	1.0‰
Numero di adenomi avanzati individuati	29367	29709	34629	34644	14870
Tasso di identificazione degli adenomi avanzati (per 1000 sottoposti a screening)	9.1‰	7.7‰	7.7‰	7.1‰	6.2‰
Proporzione di tumori trattati con resezione endoscopica	12.2%	13.7%	13.1%	15.8%	17.9%

La tabella 2 mostra come l'adesione all'invito sia superiore nelle donne rispetto agli uomini e, per entrambi i sessi, nelle persone sopra i 60 anni.

Tabella 2. Programmi con ricerca del sangue occulto fecale. Adesione per età e sesso (2018)

Fascia d'età	50-54	55-59	60-64	65-69	TOTALI
Uomini	38%	39%	46%	49%	43%
Donne	44%	46%	50%	51%	47%



Il tempo che intercorre tra un test positivo, l'approfondimento e l'eventuale intervento chirurgico deve essere il minore possibile, per ridurre il carico di ansia delle persone coinvolte. Tuttavia, una lunga attesa è un problema molto diffuso tra i programmi, e in alcune realtà questo tempo può essere addirittura superiore ai due mesi. Anche i tempi per l'intervento chirurgico sono molto al di sotto dello standard di riferimento. Questo problema va gestito a livello di programmazione e soprattutto di assegnazione di risorse al programma. Grazie alla disponibilità di sempre più numerose evidenze scientifiche, oggi possiamo stimare con accuratezza i carichi di lavoro indotti dallo screening: il reperimento delle risorse previste rappresenta quindi una precisa azione di politica sanitaria interna alle aziende sanitarie locali.

Nel 2018 si è osservato un miglioramento della performance relativa al tempo di attesa per l'esecuzione della colonscopia; tuttavia, entrambi gli indicatori si pongono su livelli molto lontani dagli standard di riferimento del Giscor (tabella 3).

Tabella 3. Tempi di attesa dei programmi con ricerca del sangue occulto fecale 2010-2018

	2010-2011	2012-2013	2014-2015	2016-2017	2018	Standard accettabile Giscor
Percentuale di persone che eseguono l'approfondimento entro 30 giorni dal test positivo	50%	50%	45%	40%	47%	>90%
Percentuale di persone sottoposte a intervento chirurgico entro 30 giorni dalla diagnosi	52%	50%	50%	43%	39%	>90%

Le tabelle 4 e 5 mostrano i principali indicatori di performance nelle tre macroaree geografiche. È da sottolineare il ritardo al Sud e isole per quanto riguarda la diffusione dei programmi e l'adesione da parte della popolazione. La quota di soggetti invitati allo screening è in progressiva, seppur graduale, crescita. I tassi di identificazione si stanno progressivamente riducendo, sia per quanto riguarda i carcinomi che gli adenomi avanzati, in particolare nell'Italia settentrionale e, nel 2018, nelle Regioni del Centro. Questo è dovuto al fatto che è via via maggiore la proporzione degli esaminati che in passato avevano già aderito allo screening (nel 2018, il 78% del totale al Nord, il 71% al Centro), una popolazione con una prevalenza di lesioni inferiore rispetto ai soggetti al primo episodio di screening.

Questo andamento ha cominciato a manifestarsi anche nel Sud e isole, dove i programmi sono di più recente attivazione.

Tabella 4. Outcome dei programmi con ricerca del sangue occulto fecale per macroarea 2012-2018. Età 50-69 anni.

	Nord				Centro				Sud - Isole			
	2012-2013	2014-2015	2016-2017	2018	2012-2013	2014-2015	2016-2017	2018	2012-2013	2014-2015	2016-2017	2018
Adesione all'invito	52.0%	51.7%	51.6%	50.4%	39.2%	36.9%	35.0%	36.0%	29.6%	25.5%	23.4%	31%
Proporzione di persone con test positivo	4.4%	4.6%	4.6%	4.4%	4.9%	5.2%	5.1%	4.7%	6.1%	6.5%	6.7%	5.7%
Tasso di identificazione dei carcinomi	1.3%	1.1%	1.0%	1.0%	1.5%	1.8%	1.6%	1.2%	2.4%	2.0%	1.7%	2.9%
Tasso di identificazione degli adenomi avanzati	7.7%	7.6%	6.9%	6.6%	7.8%	9.5%	9.1%	7.1%	7.2%	7.4%	6.0%	5.8%

Tabella 5. Numero di persone screenate 2012-2018. Età 50-69 anni.

Area	Anno	Numero di persone screenate
Nord	2012-13	2,809,458
	2014-15	2,947,864
	2016-17	3,114,769
	2018	1,561,108
Centro	2012-13	724,515
	2014-15	911,168
	2016-17	1,063,045
	2018	545,012
Sud e Isole	2012-13	341,237
	2014-15	506,109
	2016-17	593,783
	2018	248,527

La proposta di screening nei soggetti con più di 70 anni

Sia le Raccomandazioni del Consiglio d'Europa del 2003, che le Linee guida ministeriali indicano come target per i programmi di screening coloretale la fascia di età compresa tra i 50 e i 74 anni. Nella maggior parte delle regioni italiane la fascia oggetto della proposta di screening si limita ai 50-69enni, tuttavia non mancano i programmi in cui la proposta si rivolge anche a soggetti di età superiore.

Nel corso del 2018 sono stati complessivamente 513.528 i soggetti con oltre 70 anni invitati allo screening coloretale (8.4% del totale), con un incremento dell'85% rispetto ai 277.930 che erano stati invitati nel 2017. L'attività principale è stata svolta dai programmi della Lombardia (230.270 invitati, pari al 45% del totale nazionale), del Lazio (146.208 invitati, 28%), della Campania (74.512 invitati, 15%), Umbria (28.539, 6%), Toscana (14.600, 3%) e Friuli-Venezia-Giulia (13.388, 3%). In diverse Regioni l'estensione dell'invito fino ai 74 anni è sistematica.

Complessivamente l'adesione corretta all'invito tra gli ultra70enni è stata del 43% (214.678 soggetti). Nei 43.052 soggetti al primo episodio di screening la positività al sangue occulto è stata del 9.2%, il tasso di identificazione di carcinoma del 4.3 per 1.000 e il tasso di adenomi avanzati del 12.2 per 1.000. Nei 172.738 soggetti ad un episodio di screening successivo al primo, la positività al sangue occulto è stata del 7%, mentre i tassi di identificazione sono stati rispettivamente del 1.8 e 8.3 per 1.000 per carcinomi e adenomi avanzati.

Rettosigmoidoscopia: la prevenzione a intervalli lunghi

I programmi che utilizzano la rettosigmoidoscopia sono 9 e complessivamente nel 2018 hanno esaminato circa 15.700 persone.

L'adesione media all'invito è intorno al 23%, minore di quella osservata nei programmi basati sulla ricerca del sangue occulto fecale. Poiché si tratta di un test effettuato una sola volta nella vita è necessario valutare il guadagno potenziale di adesione nel caso in cui si decida di ripetere l'invito a chi non ha risposto la prima volta (si prevede di effettuare due reinviti ai non rispondenti, in tutti i programmi).

La quota di inviti ad approfondimento si pone stabilmente su livelli superiori allo standard di riferimento. Solo in circa i due terzi dei casi il richiamo è dovuto alla presenza di adenomi avanzati, che costituiscono la categoria diagnostica per cui è documentato un aumento sostanziale del rischio di lesioni avanzate nel colon prossimale. Gli altri indicatori sono in linea con gli standard; in particolare va evidenziato il tasso di identificazione degli adenomi, che è circa sei volte maggiore rispetto ai programmi con sangue occulto, a indicare l'elevato potenziale di prevenzione di questa strategia di screening.

Tabella 6. Programmi con rettosigmoidoscopia. Risultati principali dal 2014 al 2018

	2014	2015	2016	2017	2018	Standard accettabile Giscor
Numero di persone invitate	49587	49641	59190	60110	68 893	-
Adesione corretta all'invito	21.8%	24.0%	24.1%	24.5%	23.3%	>45%
Numero di persone sottoposte a screening	11165	11988	14538	15637	15696	-
Proporzione di persone con test positivo	10.9%	10.6%	11.2%	11.2%	11.8%	<8%
Numero di persone richiamate a colonscopia	1217	1268	1629	1751	1856	-
Proporzione di aderenti all'approfondimento	81.4%	87.9%	86.4%	83.8%	86.3%	>90%
Numero di carcinomi individuati	32	43	47	35	48	-
Tasso di identificazione dei carcinomi (x 1000 sottoposti a screening)	2.9%	3.6%	3.2%	2.2%	2.9%	>3‰
Numero di adenomi avanzati individuati	575	558	686	714	759	-
Tasso di identificazione degli adenomi avanzati (x 1000 sottoposti a screening)	51.5%	46.5%	47.2%	45.7%	48.4%	>35‰
Proporzione di tumori trattati con resezione endoscopica	14.3%	n.d.	58.3%	31.4%	31.6%	non definito

Lo screening coloretale visto da “Passi”

Sulla base dei dati raccolti dal sistema di sorveglianza [Passi](#), si stima che in Italia nel 2016-2018 il 47% delle persone intervistate nella fascia di età 50-69 anni abbia eseguito un esame a scopo preventivo per la diagnosi precoce dei tumori del colon retto sangue occulto negli ultimi 2 anni o colonscopia negli ultimi 5 anni. (Il dato relativo al Piemonte viene calcolato con un algoritmo apposito che tiene conto delle diverse modalità di organizzazione dello screening: rettosigmoidoscopia a 58 anni o in alternativa ricerca del sangue occulto ogni due anni nella fascia 59-69 anni).

La copertura per la diagnosi precoce dei tumori colorettali mostra un marcato gradiente geografico: 67% al Nord, 53% al Centro e 26% al Sud (Figure 1 e 2), con significative differenze regionali (range: 12% Puglia - 75% Lombardia).

Figura 1. Esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati (%). Persone 50-69enni. Passi 2016-2018 (n. 37.049)

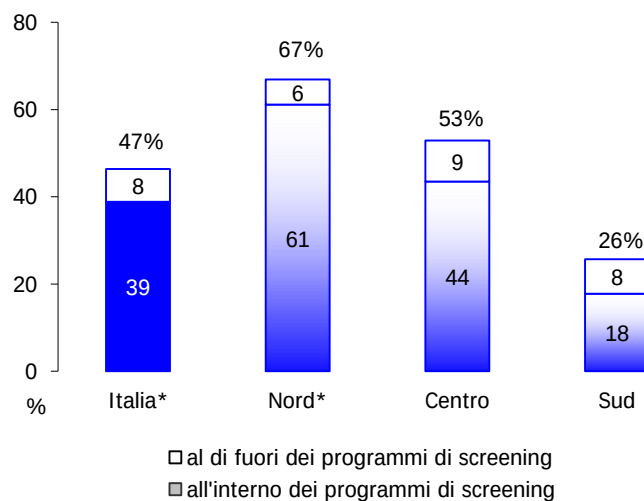
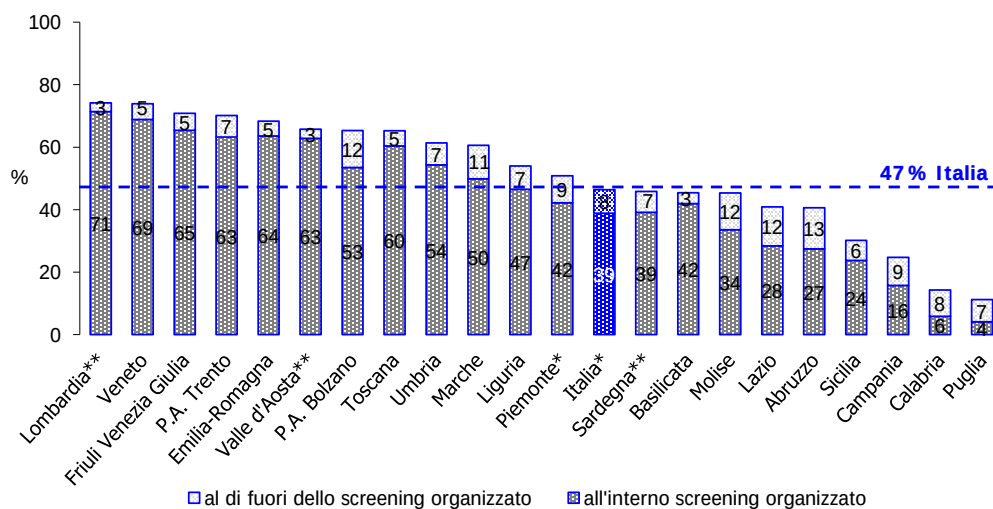


Figura 2. Esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati (%). Persone 50-69enni, Passi 2016-2018 (n. 37.049)



Figura 3. Esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati (%). Persone 50-69enni Passi 2016-2018 (n. 37.049)



** Regioni che non hanno aderito con un campione regionale, il dato della Lombardia si riferisce al periodo 2014-2016.

Nel corso degli anni 2010-2018 la percentuale di persone che hanno riferito un esame per la prevenzione dei tumori colorettali appare complessivamente in aumento (andamento statisticamente significativo). Una crescita che si registra in tutte le ripartizioni geografiche; al Nord e al Centro questo andamento è evidente nell'intero periodo analizzato mentre al Sud risulta più forte nell'ultimo quinquennio (Figura 5).

L'aumento della copertura complessiva è attribuibile essenzialmente alla quota all'interno dello screening organizzato, che risulta aumentare in modo statisticamente significativo (Figura 4). Appare stabile la quota di esami eseguiti al di fuori dei programmi, che peraltro risulta molto limitata.

Figura 4. Esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati all'interno o al di fuori dei programmi di screening organizzati (%). Persone 50-69enni. Passi 2010-2018. * $p\text{-value} < 0,05$

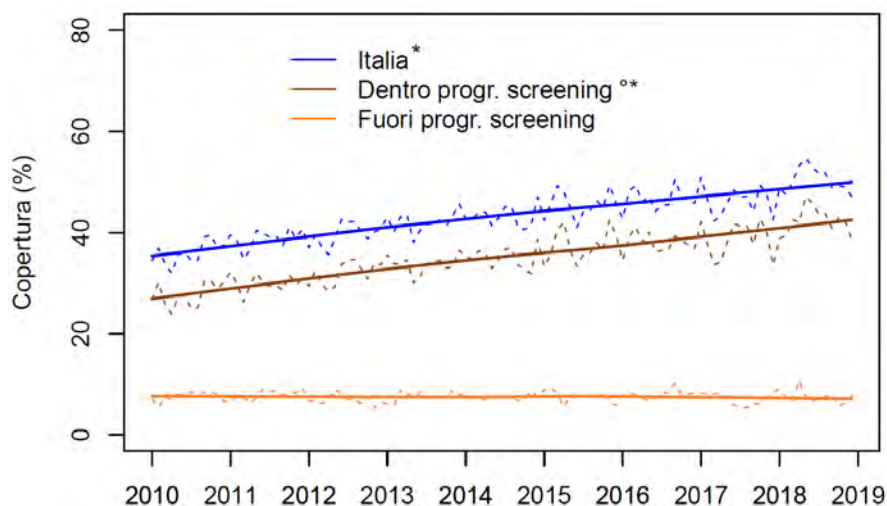
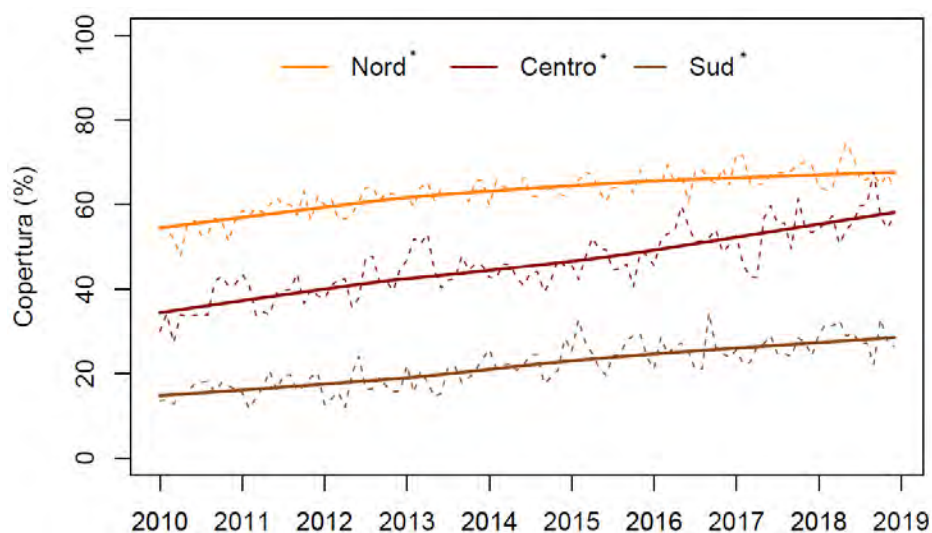


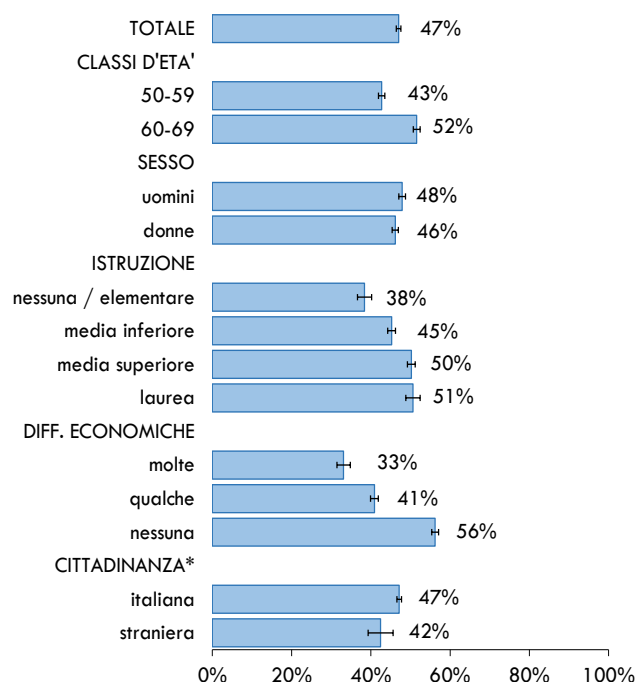
Figura 5. Esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati** per ripartizione geografica (%) Persone 50-69enni Passi 2010-2018. * $p\text{-value} < 0,05$



** Il dato relativo al Piemonte viene calcolato con un algoritmo apposito che tiene conto delle diverse modalità di organizzazione dello screening (rettosigmoidoscopia a 58 anni o in alternativa ricerca del sangue occulto ogni due anni nella fascia 59-69 anni)

La copertura al test preventivo mostra diversi differenziali demografici e socio-economici (figura 6), che sono tutti significativi anche all'analisi multivariata che corregge l'effetto delle singole variabili. Più in dettaglio, la copertura è significativamente maggiore nelle persone 60-69enni, in quelle con un livello d'istruzione più elevato e in quelle senza difficoltà economiche riferite. La copertura è inoltre più alta tra i cittadini italiani o provenienti da altri Paesi a sviluppo avanzato (Psa) rispetto agli stranieri provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (Pfpm).

Figura 6. Copertura agli esami per la prevenzione dei tumori colo rettali entro i tempi raccomandati per caratteristiche socio-demografiche Persone 50-69enni (%). Passi 2016-2018



Se analizziamo separatamente questi differenziali demografici e socio-economici nella copertura agli esami per le persone che li hanno eseguiti nei programmi di screening organizzati, o di altre offerte gratuite delle Asl (figura 7), da quelli osservabili nelle persone che li hanno eseguiti al di fuori (screening spontaneo) (figura 8), registriamo più forti diseguità in questo secondo gruppo, dove sono più evidenti le differenze di copertura per cittadinanza, difficoltà economiche riferite e per istruzione. Quest'ultime però restano sensibilmente forti anche all'interno dei programmi organizzati.

Figura 7. Copertura agli esami per la prevenzione dei tumori colo rettali nei tempi raccomandati all'interno dei programmi di screening organizzati (%) Persone 50-69enni. Passi 2016-2018

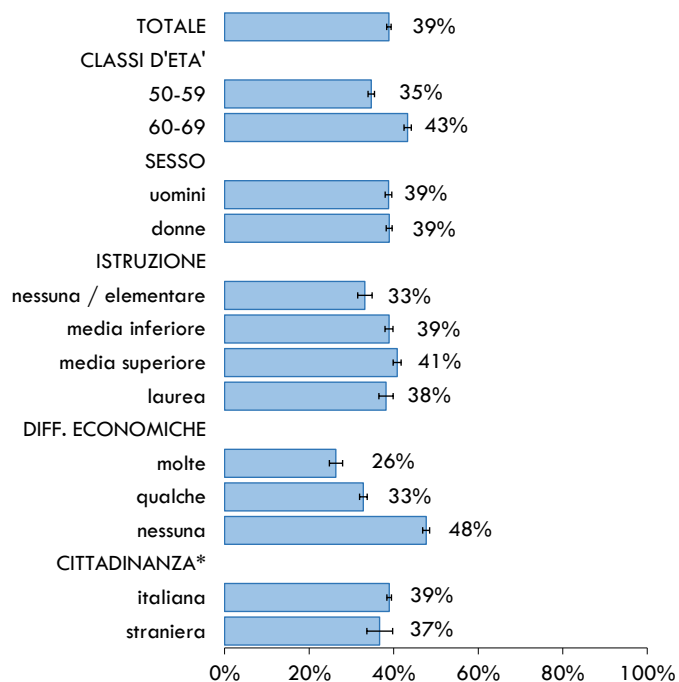
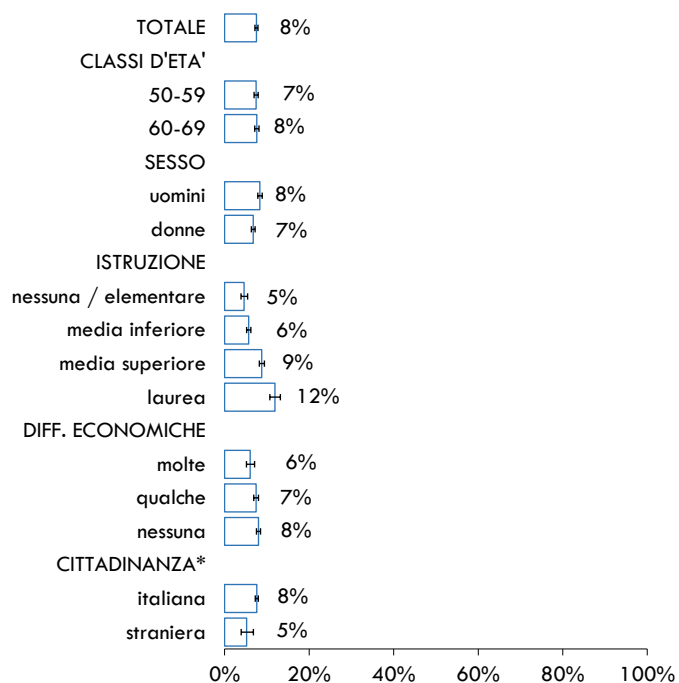


Figura 8. Copertura agli esami per la prevenzione dei tumori colo rettali nei tempi raccomandati* fuori dai programmi di screening organizzati (%) Persone 50-69enni. Passi 2016-2018



L'analisi dei trend temporali 2010-2018 mostra un peggioramento nel differenziale di copertura per livello di istruzione e una sostanziale invarianza per quelli per difficoltà economiche riferite (figure 9 e 10).

Figura 9. Copertura agli esami per la prevenzione dei tumori colo rettali per livello di istruzione (%) Persone 50-69enni.
Passi 2010-2018

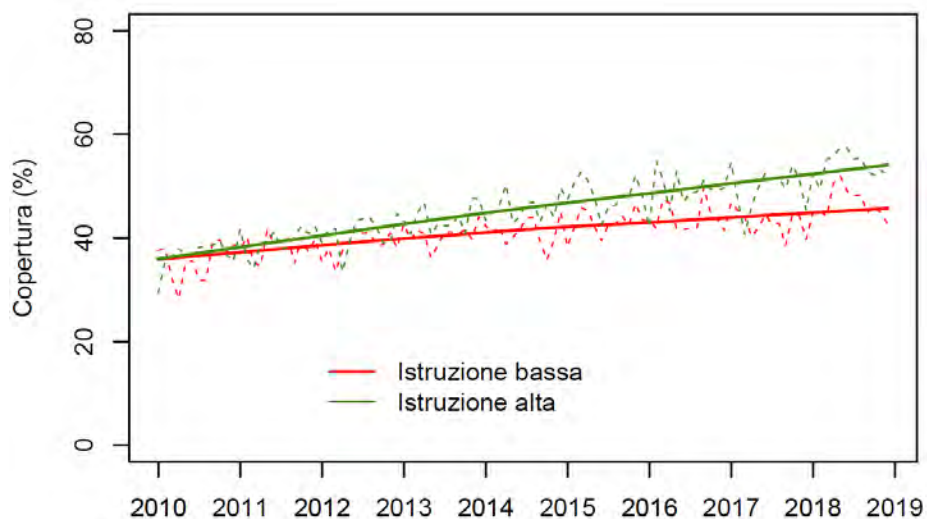


Figura 10. Copertura agli esami per la prevenzione dei tumori colo rettali per difficoltà economiche (%) Persone 50-69enni. Passi 2010-2018

