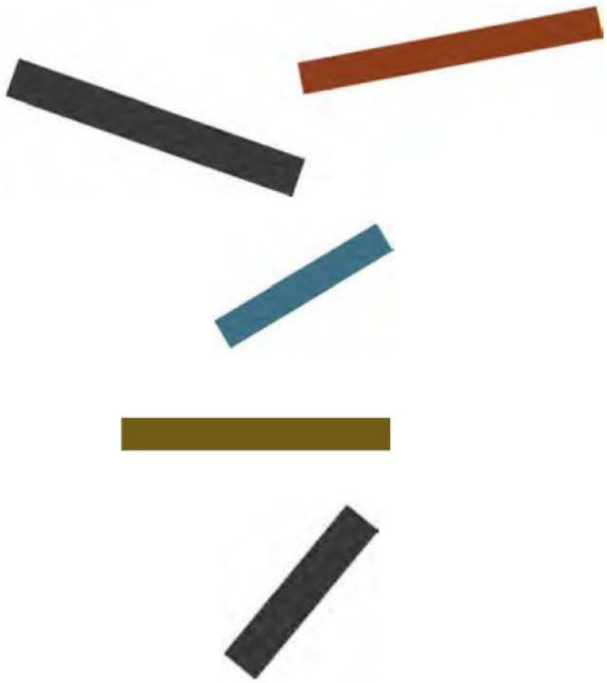
Osservatorio nazionale screening

Rapporto sul 2021



Versione web: https://www.osservatorionazionalescreening.it/content/rapporto

Sommario

Passata l’emergenza, lo screening è vivo e vitale 3

Lo stato degli screening nel 2021 5

- Screening mammografico 6
- Screening cervicale 7
- Screening colorettale 8

Lo screening mammografico 10

Lo screening della mammella visto da Passi 16

Lo screening cervicale 20

Lo screening cervicale visto da Passi 26

Lo screening colorettale 30

Lo screening colorettale visto da Passi 34

Passata l'emergenza, lo screening è vivo e vitale

Paola Mantellini - Osservatorio nazionale screening

Il 2021 ha confermato di essere, in continuità con il 2020, un anno di resilienza importante e con risultati significativi per una buona parte dei programmi di screening italiani. I dati di estensione effettiva che sono di seguito illustrati testimoniamo che la comunità dello screening si è adoperata fortemente per contenere i ritardi determinati sia dal lockdown di marzo-aprile 2020 sia successivamente dai tempi di erogazione dei test di screening che per garanzie di sicurezza dovevano essere inevitabilmente più dilatati. In questo contesto numerose sono le esperienze innovative adottate in particolare dal punto di vista organizzativo e, pur nella drammaticità di questi anni, sono state portate avanti soluzioni migliorative per facilitare l'accessibilità al servizio ottimizzando al massimo le risorse disponibili.

In alcune regioni sono state attivate piattaforme web per permettere al cittadino di accedere al servizio, verificare la propria posizione di invito e, se del caso, prenotare o spostare un appuntamento. In altri casi sono stati attivati o potenziati servizi di call center con il compito di raggiungere telefonicamente tutta la popolazione che aveva diritto allo screening e fornire quindi un appuntamento. Laddove i servizi erano più in crisi e depauperati in particolare di personale sono state attivate modalità di consegna per posta della provetta per la ricerca del sangue occulto fecale o addirittura sono state attivate consistenti iniziative sul campo come l'invio del dispositivo di auto-prelievo per Hpv. Ancora, specie in quelle realtà dove l'assetto orografico era più critico, sono state istituite giornate ad hoc in cui, ad esempio, si rendevano disponibili unità mobili con mammografia a cui le donne che avevano diritto allo screening potevano accedere nel corso di una intera giornata.
In sostanza, lo screening ha dimostrato di essere vivo e vitale.

Anche se si osserva qualche differenza percentuale in più o in meno, complessivamente i valori nazionali di estensione effettiva per lo screening mammografico, cervicale e colorettale sono coerenti con quelli del periodo pre-pandemico. Se questo è un dato da accogliere positivamente, è evidente che non tutti i programmi sono stati in grado di recuperare tutto il ritardo e che nella maggior parte dei casi si è di fatto determinando un allungamento del round di invito. In sostanza nel 2021 molti programmi sono stati in grado di garantire l'offerta a tutta la popolazione che ne aveva diritto nel 2020 solo effettuando uno slittamento al 2022 di una parte di inviti alla popolazione che ne aveva diritto nel 2021. A questo si aggiungono situazioni particolarmente critiche in cui si è proprio saltato un round, si è perso, cioè, un anno di inviti. È evidente che maggiore è il ritardo accumulato e non recuperato, maggiore è la probabilità di ritardo diagnostico.
Peraltro, le differenze tra macroaree si sono conservate tutte (in alcuni casi sono addirittura peggiorate) e anche se la macroarea Sud e Isole ha registrato miglioramenti rispetto al 2020 rimane sempre molto distante dal Nord e Centro. A conferma che purtroppo alcune differenze si sono amplificate, i dati Passi evidenziano come nel periodo 2020-2021 vi sia stato un aumento delle diseguaglianze in particolare per stranieri e persone con basso livello di istruzione.

Che fare adesso?
Nell'introduzione al precedente rapporto si evidenziava che il contesto in cui ci si trovava non era dei più confortanti: sempre meno risorse destinate e sempre meno professionisti e competenze disponibili. Il quadro non è cambiato e probabilmente è anche peggiorato.
Ma non per questo possiamo stare fermi ed è importante evidenziare che ci sono forti spinte sugli screening a cui deve essere data giusta risonanza. Negli anni 2021 e 2022 sia la Lombardia sia la Puglia hanno finalmente attivato il programma con test Hpv primario, e fra il 2021 e gli inizi del 2023 Veneto, Emilia-Romagna, Umbria, Sicilia, Piemonte e Trentino hanno deliberato piani per l'adozione del nuovo protocollo per le ragazze vaccinate che entrano per la prima volta nello screening. Molte Regioni stanno cercando, con grande impegno e fatica, di dotarsi di infrastrutture informatiche regionali che permettano loro di raccogliere informazioni e dati in maniera più strutturata e tempestiva e di sviluppare sistemi di Business Intelligence che siano di maggiore supporto alla programmazione.

In sostanza, un mondo in fermento, un mondo che vuole andare oltre le emergenze e le difficoltà e al quale, si spera, il Piano nazionale di prevenzione 2020-2025 e il Piano oncologico nazionale 2023-2027 recentemente approvato possano essere di supporto congiuntamente alle innovazioni che il Pnrr porterà con sé. Altro elemento di novità che si auspica possa promuovere una maggiore adesione agli screening è il Piano nazionale per l'equità nella salute a cui le Regioni del Sud hanno la possibilità di attingere per potenziare le risorse da mettere a disposizione e per avvicinarsi di più ai cittadini che si trovano in zone remote o in condizioni di particolare fragilità.

Tenuto conto di questo contesto e della difficoltà di garantire coperture ottimali, è necessario approfondire le tematiche relative alla partecipazione dei cittadini. Partecipazione non solo intesa come adesione all'invito, ma anche partecipazione dei cittadini e dei pazienti al fianco dei programmi di screening nella individuazione dei fabbisogni, nella definizione delle linee di indirizzo, nella elaborazione di azioni e soluzioni migliorative. Nel 2019 è partito un programma Ccm che aveva come obiettivo quello di aggiornare le Linee guida di rendicontazione sociale e durante il quale, è terminato a dicembre 2021, vi sono state sperimentazioni di bilanci sociale degli screening in Toscana, Emilia-Romagna e Lombardia. Questa esperienza ha portato chi l'ha vissuta a ragionare in maniera diversa, forse più

profonda, sul senso del proprio lavoro e sull'importanza di condividere sempre di più con tutti gli stakeholder interessati, cittadini per primi.

Se vogliamo che gli screening rimangano sempre vitali e davvero vicini alle esigenze delle persone dobbiamo attivare modalità di scambio più intense e paritarie con i cittadini analizzando assieme le criticità e costruendo insieme le soluzioni. Non solo, come le nuove Raccomandazioni del Consiglio Europeo sottolineano, è necessario adoperarsi per ridurre le diseguaglianze con una particolare attenzione alle persone che sono maggiormente vulnerabili e per le quali sarà necessario condividere innanzitutto approcci comunicativi più personalizzati. A tal fine si auspica che il documento sulle 10 buone pratiche per la comunicazione, recentemente pubblicato sul sito dell'Ons, possa rappresentare un riferimento forte per tutti i programmi di screening oncologici.

Lo stato degli screening nel 2021

Di seguito i numeri assoluti considerando tutti gli screening e tutte le fasce di età: più di 13 milioni di invitati (13.412.585) e oltre 5 milioni e mezzo di test eseguiti (5.824.034). Come già anticipato, vi è stato un recupero rispetto al 2020 con un ritorno alle numerosità del 2019.

Come ogni anno, concorre al presente rapporto anche l'aggiornamento dei dati Passi. È opportuno ricordare che l'indagine quantitativa Ons e l'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. Questi due approcci, insieme,descrivono compiutamente la situazione reale dei programmi di screening, spaziando dalla valutazione delle performance di processo e di esito alla analisi dei differenziali demografici e socioeconomici.

Di seguito l'estensione degli inviti fra il 2011 e il 2021, sia complessiva, sia suddivisa per macroaree. Per estensione degli inviti intendiamo la percentuale di persone della popolazione target annuale invitata nell'anno in questione.

Screening mammografico

La Figura 1 riporta i dati dell'estensione effettiva nella fascia di età 50-69 fra il 2011-2021 in Italia e nelle tre macroaree. Nel 2021 il valore di copertura è stato pari all'86%, superiore di 27 punti percentuali rispetto al 2020 (59%) e di poco inferiore al valore del 2019 (88%) con 3.569.763 donne invitate. La macroarea Nord in particolare ha registrato un importante aumento del valore dell'indicatore rispetto al 2020 passando dal 67% al 101% e assestandosi quindi sui valori pre-pandemici, mentre nella macroarea Sud si osserva una ripresa rispetto al 2020 (58% versus 43%), ma comunque inferiore a quella del 2019 (65%). La macroarea Centro, che nel 2020 aveva espresso le migliori performance (87%), registra nel 2021 un valore del 99% in linea con quelli pre-pandemici e sembra essere stata maggiormente resiliente con un calo di soli 10 punti percentuali (87% versus 97%).

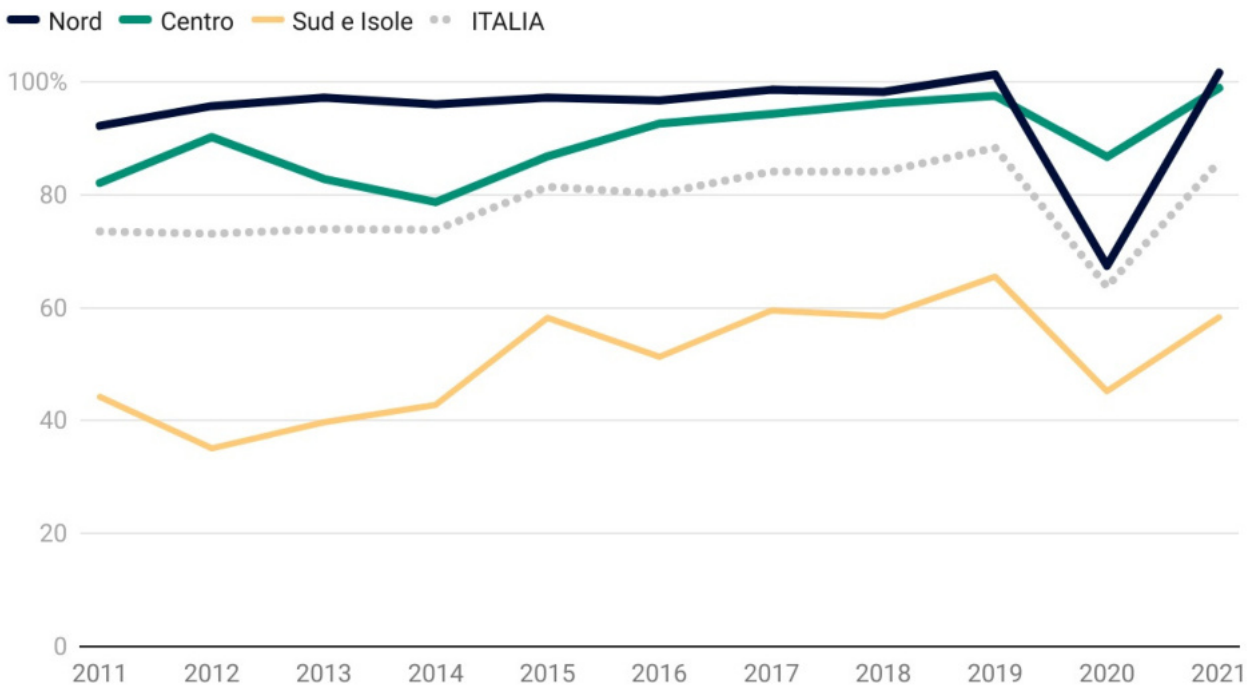


Figura 1. *Estensione effettiva dello screening mammografico per area geografica (% di donne 50-69 anni di età che ricevono la lettera di invito alla popolazione target dall'anno 2011 al 2021)*

Screening cervicale

La Figura 2 riporta l'andamento della copertura degli inviti per lo screening cervicale.
Nel 2021 sono state invitate allo screening cervicale con Pap test o Hpv test oltre 3 milioni (3.426.660) donne di età compresa tra i 25 ed i 64 anni. L'estensione degli inviti è risultata pari all'88,3%, con un importante recupero rispetto al 2020 (64,7%) e un riallineamento rispetto al 2019 (89,1%). Come nell'anno precedente si è tenuto conto del diverso intervallo previsto per il test Hpv (5 anni) rispetto al Pap test (3 anni). Rispetto all'anno precedente, la macroarea Nord ha registrato un recupero di circa 32 punti percentuali (84,7% versus 52,8), mentre la macroarea Centro è l'unica che sembra aver effettuato un sostanziale recupero dei ritardi attestandosi al 129,6% di estensione, superiore di 23 punti percentuali rispetto al 2020 e di 15 rispetto al 2019. Come per il programma di screening mammografico e colorettale, la macroarea Sud e Isole registra un recupero di circa 13 punti percentuali rispetto al 2020 (68,8 versus 55,9%), ma comunque inferiore al 2019 in cui si era osservato un importante avanzamento dell'estensione che risultava pari all'82,2%.

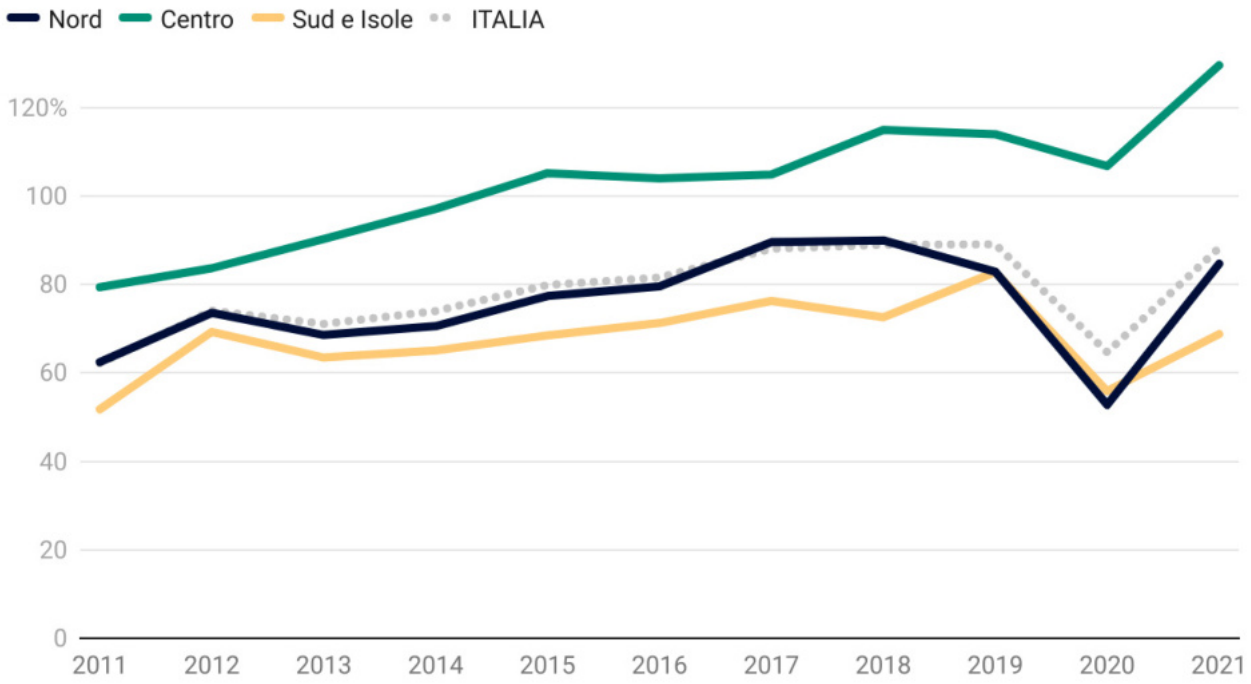


Figura 2. *Estensione effettiva dello screening cervicale per area geografica (% di donne 25-64 anni di età che ricevono la lettera di invito alla popolazione target dall'anno 2011 al 2021)*

Screening Colorettale

Nel 2021 sono stati invitati quasi 6 milioni e mezzo di cittadini (6.416.162) di età compresa tra i 50 e i 69 anni a eseguire il test per la ricerca del sangue occulto (Sof) e 37.418 soggetti di 58 anni a eseguire la rettosigmoidoscopia come test di screening. Lo screening colorettale, infatti, prevede in quasi tutta l'Italia la ricerca del sangue occulto nelle feci, mentre il Piemonte vede la proposta della 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 3 riporta l'andamento della copertura dei 50-69enni dal 2011 al 2021 complessivamente e per le tre macroaree. Il valore di estensione registrato in Italia nel 2021 è risultato pari al 79%, superiore di 27 punti percentuali rispetto al 2020 e di circa 4 punti percentuali rispetto al 2019. Tutte le macroaree registrano una ripresa rispetto al 2020: le macroaree Nord e Centro registrano valori ottimali di copertura, 97% e 100% rispettivamente, mentre la macroarea Sud e Isole si attesta al 43,7% recuperando oltre 15 punti percentuali rispetto al 2020. L'andamento del recupero è analogo al mammografico con sforzi più consistenti operati nella macroarea Nord.

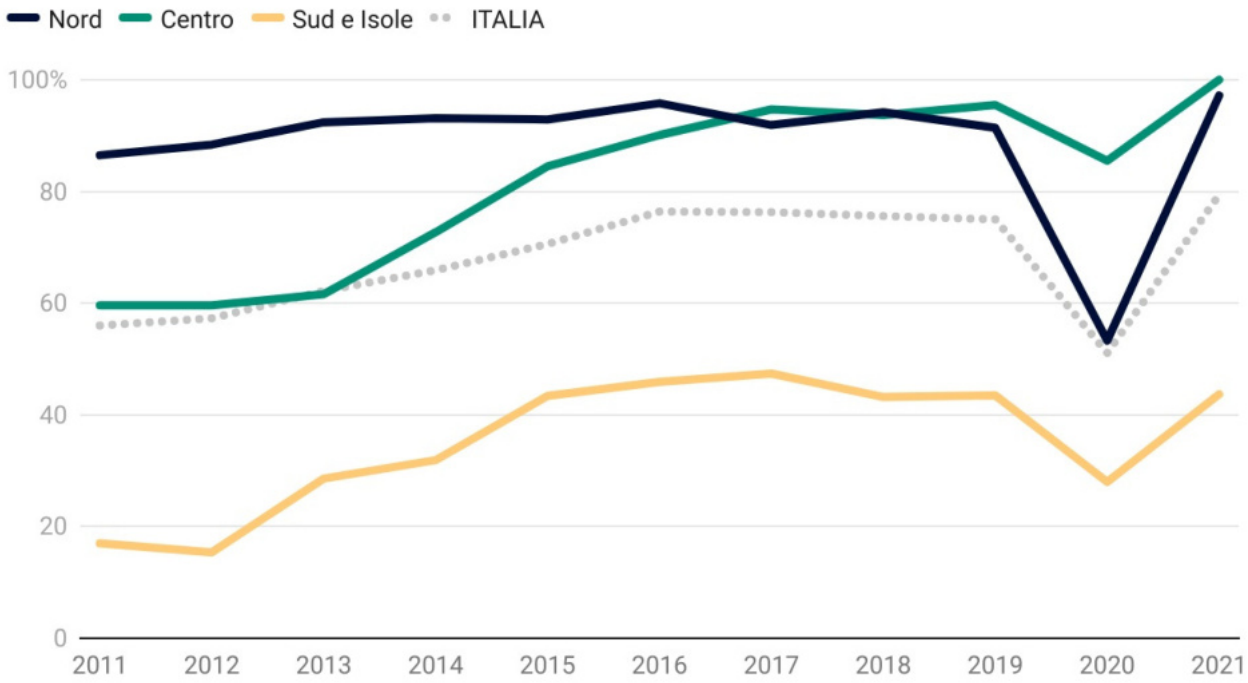


Figura 3. *Estensione effettiva dello screening colorettale per area geografica (% di persone di età 50-69 anni che ricevono la lettera di invito alla popolazione target dall'anno 2011 al 2021)*

Ringraziamenti

Questo rapporto è dovuto al lavoro di molte persone. Desideriamo ringraziare in particolare: il Cpo Piemonte con le colleghe Paola Armaroli e Pamela Giubilato (survey sullo screening cervicale), l'Azienda Zero del Veneto con i colleghi Manuel Zorzi, Claudio Barbiellini Amidei e Jessica Elisabeth Stocco (survey sullo screening colorettale), l'Ispro Firenze con i colleghi Patrizia Falini, Giuseppe Gorini (survey sullo screening mammografico)e Francesca Battisti ed infine i colleghi Giuliano Carozzi e Maria Masocco per i dati di screening dell'indagine Passi. Il coordinamento e la realizzazione grafica ed editoriale, operati da Eva Benelli e Alessandra Craus dell'Agenzia Zadig, sono stati possibili grazie ai contributi delle Regioni che hanno adempiuto al finanziamento del 5‰ a favore dell'Osservatorio nazionale screening, in attuazione del Patto per la salute 2014-2016. Inoltre, il nostro ringraziamento va ai moltissimi operatori che si sono adoperati con grande impegno nella raccolta dei dati.

Lo screening mammografico

Dati di attività dal 2018 al 2021

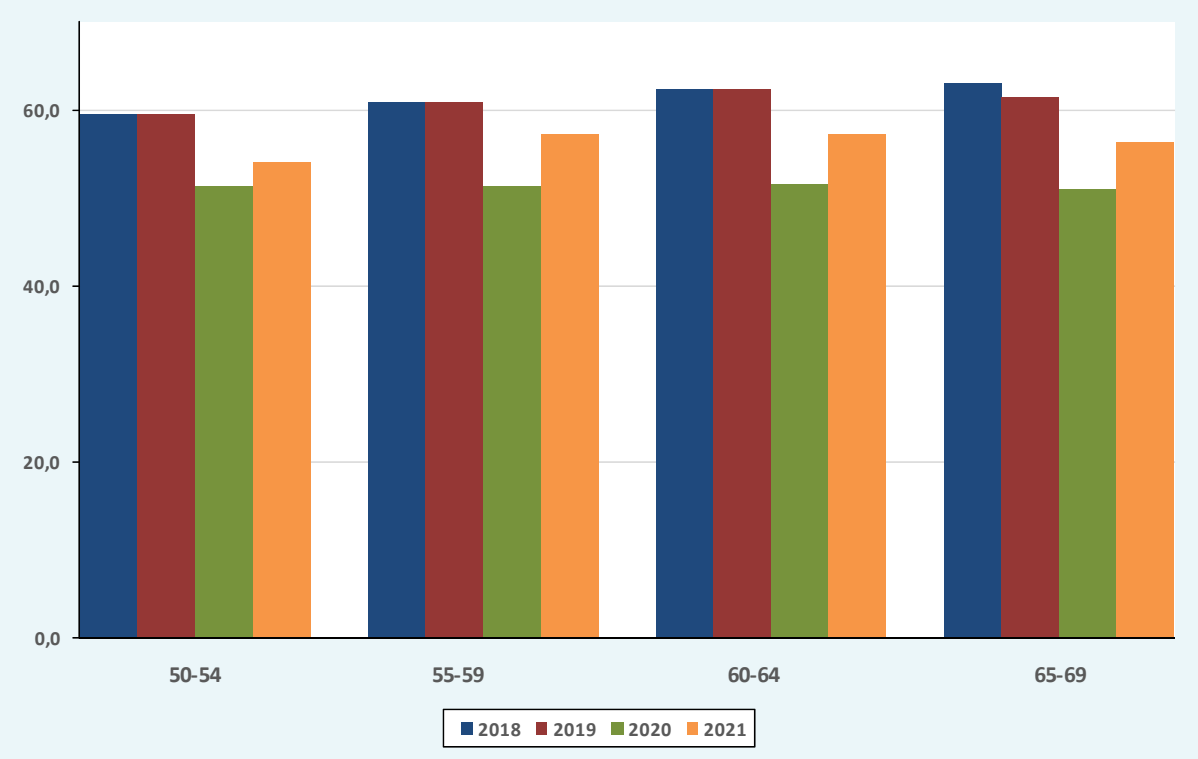
Nel 2021 le donne invitate sono aumentate di quasi un milione rispetto all'anno precedente, registrando un aumento del 38% e ritornando al numero di inviti del 2019 (Tabella 1). Anche l'adesione grezza si assesta intorno al 54% come negli anni pre-pandemici (2018 e 2019).
L'adesione corretta, ottenuta escludendo dal denominatore gli inviti inesitati e le donne che si sono sottoposte ad una mammografia negli ultimi 12 mesi, si assesta al 56%, aumentando di 8 punti percentuali rispetto al 2020, ma non tornando ancora ai livelli pre-pandemici del 60%. Questo effetto si vede anche per fascia di età (Figura 1).
Nel 2021, come negli anni precedenti, ogni 100 donne esaminate, circa 6 vengono chiamate a effettuare un supplemento di indagine, solitamente un approfondimento radiologico, un'ecografia, una visita clinica e più raramente un prelievo bioptico. Il numero di carcinomi diagnosticati allo screening è pari a 9845 unità nel 2021 (contro 1.343 lesioni benigne) con un tasso di identificazione di 5,1 casi ogni 1.000 donne sottoposte a screening. Rispetto al 2019, dove si registrano un'adesione e un tasso di richiamo per approfondimenti paragonabili al 2021, si rileva un aumento quasi del 20% del numero di carcinomi diagnosticati; il tasso di identificazione passa dal 4,4‰ al 5.1‰. Anche il numero di carcinomi duttali in situ e di carcinomi invasivi ≤ 10 mm sono circa il 15% più elevati nel 2021 rispetto al 2019, nonostante il numero di mammografie effettuate sia paragonabile nei due anni.
Sarà interessante monitorare il fenomeno nei prossimi anni per valutare l'esistenza o meno di un possibile impatto degli eventuali ritardi dovuti al periodo pandemico.

Tabella 1. Dati nazionali di attività di screening mammografico. Periodo 2018-2021.

Anno di attività	2018	2019	2020	2021
Numero di donne invitate al netto delle inesitate	3.364.979	3.582.635	2.593.288	3.569.763
Numero di donne aderenti all'invito	1.825.283	1.923.151	1.241.639	1.914.891
Adesione grezza all'invito (%)	54,2	53,7	47,9	53,6
Adesione corretta all'invito (%)	60,5	60,7	51,0	56,2
Numero di donne esaminate*	1.822.851	1.876.721	1.242.415	1.937.375
Numero di donne richiamate per approfondimenti	115.057	119.032	80.109	119.062
Percentuale di donne richiamate per approfondimenti (%)	6,3	6,3	6,4	6,1
Numero di lesioni benigne	1.036	952	741	1.343
Numero di carcinomi diagnosticati allo screening	8.045	8.300	6.061	9.845
Tasso di identificazione (‰)	4,4	4,4	4,9	5,1
Numero di carcinomi duttali in situ diagnosticati allo screening	1.069	1.133	801	1.316
Numero di carcinomi invasivi ≤ 10 mm diagnosticati allo screening	2.499	2.443	1.781	2.786
Carcinomi stadio II+ (esami successivi; %)	-§	-§	23,7	22,9
Stadio ignoto (esami successivi; %)	-§	-§	12,4	11,6

**Per "donne esaminate" si intendono quelle donne che hanno aderito dopo invito e per le quali si è recuperato l'iter diagnostico/terapeutico.*
§ A partire dal 2020 vengono inseriti gli indicatori relativi allo stadio che si caratterizzano per una migliore completezza e qualità del dato fornito dalle regioni.

Figura 1. Adesione corretta all'invito per classi di età. Periodo 2018-2021.



La valutazione dei principali indicatori raccolti, e il confronto con gli standard di riferimento italiani ed europei, confermano complessivamente il buon andamento dell'attività italiana di screening mammografico (Tabella 2). Nel 2021 l'adesione grezza ritorna sopra il livello accettabile del 50%. 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 e quello dei carcinomi invasivi con diametro inferiore ai 10 mm, si dimostrano stabili nel tempo. La quota di tumori con stadio II+ rientra nello standard raccomandato (Carcinomi stadio II+) sebbene la percentuale di casi con stadio ignoto superi il 10%, valore massimo considerato accettabile per il calcolo dell'indicatore "Proporzione dei Carcinomi in Stadio II+" ai fini dell'adempimento Lea, con differenze rilevanti fra le regioni. È evidente che maggiore è la percentuale di stadi ignoti maggiori potrebbero essere le distorsioni nell'analisi.

Il trattamento chirurgico conservativo dei tumori con diametro inferiore ai 2 centimetri mostra invece una flessione appena sotto il limite di accettabilità (85%).

Tabella 2. Indicatori e standard di riferimento. Periodo 2018-2021.

Anno di attività	2018	2019	2020	2021	Standard
Adesione grezza all'invito	54,2	53,7	47,9	53,6	≥ 50%
Percentuale di donne richiamate per approfondimenti	6,3	6,3	6,4	6,1	Primo esame: < 7% Esami succ.: < 5%
Rapporto biopsie benigne/maligne	0,13	0,12	0,13	0,15	Primo esame: ≤ 1:1 Esami succ.: ≤ 0.5:1
Tasso di identificazione dei tumori (‰)	4,4	4,4	4,9	5,1	
Tasso di identificazione dei carcinomi invasivi ≤ 10 mm (%)	1,4	1,3	1,4	1,4	
Percentuale di trattamento chirurgico conservativo nei tumori invasivi ≤ 2 cm (%)	83,4	83,9	82,1	80,3	> 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 a essere in difficoltà nel garantire nel tempo la buona qualità di questi indicatori e i valori permangono ben al di sotto del livello accettabile. Dal 2020 si registra comunque un netto miglioramento della percentuale di donne a cui è stato inviato l'esito negativo entro 21 giorni dall'esecuzione della mammografia e della percentuale di approfondimenti effettuati entro 28 giorni dall'esecuzione della mammografia. Nel 2020 potevamo ipotizzare che questo fosse dovuto al minor carico di lavoro legato alla pandemia, ma per il 2021 entrambi gli indicatori si confermano ai livelli del 2020, nonostante l'aumento del carico di lavoro.

Tabella 3. Tempi di attesa. Periodo 2028-2021.

Anno di attività	2018	2019	2020	2021	Standard accettabile Gisma
Invio dell'esito per i casi negativi entro 21 giorni dall'esecuzione della mammografia	59,6%	59,6%	74,2%	72,2%	90%
Approfondimento entro 28 giorni dall'esecuzione della mammografia	50,8%	52,5%	59,5%	61,6%	90%
Intervento entro 60 giorni dall'esecuzione della mammografia	26,3%	29,4%	31,8%	28,5%	

La Tabella 4 presenta i dati per macroaree geografiche: Nord, Centro, Sud e Isole. Il numero di inviti ha superato i livelli pre-pandemici del 2019 nel Nord e Centro, mentre nel Sud sono di poco inferiori. L'adesione grezza all'invito è ritornata ai livelli pre-pandemici al Nord e al Sud, di poco inferiore al Centro. I tassi di richiamo superiori del 7%, quindi al di sopra degli standard di riferimento, sembrano riguardare le Regioni del Centro e del Sud e Isole. Il tasso di identificazione dei carcinomi si attesta intorno al 5‰ al Nord, al 4‰-5‰ al Centro e al 3‰ al Sud. Si nota una tendenza all'aumento in tutte le aree. La proporzione di donne con lesioni piccole sottoposte a trattamento chirurgico conservativo nell'intero periodo di osservazione al Centro-Nord varia in un range compreso tra 82% e 91%, mentre al Sud e Isole dal 58% al 71%, valori questi ultimi decisamente inferiori allo standard considerato accettabile pari all'85%.

Tabella 4. Indicatori per macroaree: Nord, Centro e Sud Italia. Periodo 2018-2021.

Area geografica	Nord				Centro				Sud e Isole			
Anno di attività	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021
N. totale di donne invitate al netto delle inesitate	1.763.180	1.870.402	1.253.283	1.902.452	790.517	805.430	713.140	846.088	811.282	906.803	626.865	821.223
N. di donne aderenti all'invito	1.103.599	1.133.972	741.648	1.173.136	416.143	426.283	316.070	408.776	305.541	362.896	183.921	332.979
Adesione grezza all'invito (%)	62,6	60,6	59,2	61,7	52,6	52,9	44,3	48,3	37,7	40,0	29,3	40,5
N. di donne esaminate nel periodo	1.109.087	1.144.752	748.045	1.195.271	416.264	426.283	316.070	411.882	297.500	305.686	178.300	330.222
% di donne richiamate per approfondimenti	5,11	5,01	5,15	4,95	8,57	8,48	8,52	8,66	7,64	8,33	8,24	7,33
Lesioni benigne	572	532	360	587	271	288	210	655	193	132	171	101
Tasso di identificazione dei carcinomi (%)	4,96	4,77	5,19	5,44	4,30	4,30	4,08	5,10	2,52	3,31	4,98	3,75
Tasso di identificazione dei carcinomi invasivi ≤ 10 mm (%)	1,49	1,40	1,57	1,47	1,41	1,34	1,41	1,56	0,86	0,88	0,90	1,16
% di trattamento chirurgico conservativo nei tumori invasivi ≤ 2 cm	86,73	84,51	81,84	82,63	89,82	91,23	88,51	85,46	49,27	67,92	71,74	63,64

Inviti nelle fasce di età 45-49 e 70-74 anni nel 2021

Nel 2021 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 2021 sono state effettivamente invitate 434.561 donne pari a circa il 37% della popolazione bersaglio. La maggior parte delle donne invitate in questa fascia di età proviene da 7 regioni: l'Emilia-Romagna invita il 92% le donne residenti nella fascia di età, il Friuli Venezia Giulia il 56%, la Toscana il 44%, la Campania il 34%, la Basilicata il 28%, il Piemonte il 23% e la Lombardia il 20%. Anche alcune aree della Liguria, delle Marche e della Val d'Aosta invitano le 45-49enni (copertura <=10%). Il 58% delle donne accetta l'invito (252.807 donne). Piemonte, Emilia-Romagna, Basilicata, Lombardia e Toscana registrano un'adesione dal nel range compreso dal 55% al 70%, mentre in Friuli Venezia Giulia e Campania l'adesione grezza è rispettivamente del 42% e del 28%.

Per quanto riguarda le ultrasettantenni è necessario premettere che vi sono modalità di invito differenti tra una regione e l'altra. A ogni modo,nel 2021 sono state invitate 315.261 donne, pari a circa il 31% della popolazione target;213.000 circa hanno risposto all'invito, con una partecipazione del 68%. Delle donne invitate in questa fascia di età, la Regione Emilia-Romagna nel 2020 ha invitato il 54%, il Veneto il 46%, Umbria, Lombardia, Basilicata, Friuli Venezia Giulia, e Toscana hanno invitato rispettivamente il 43%, 35%, 34%, 30% e 25% delle donne residenti. Il Piemonte ha invitato circa il 9% delle donne di questa fascia d'età. La rispondenza è elevata in tutte le regioni, in un range compreso tra il 64% e l'87%.

Copertura all'esame per la prevenzione dei tumori della mammella: i risultati del sistema di sorveglianza Passi

Secondo i dati della sorveglianza Passi, in Italia nel biennio 2020-2021 il 71% delle donne 50-69enni intervistate ha dichiarato di aver eseguito una mammografia preventiva entro gli ultimi due anni, percentuale di poco più bassa del triennio precedente (75%) (Figura 1).
Passi riesce solo parzialmente a mostrare la riduzione della copertura alla mammografia preventiva sia complessiva sia nei gruppi di popolazioni, dovuta direttamente o indirettamente alla pandemia da Sars-CoV-2, in quanto è retrospettivo, cioè indaga gli esami effettuati nei due anni precedenti l'intervista.
La copertura complessiva a questo esame preventivo raggiunge valori elevati al Nord (81%) e al Centro (79%), mentre è più bassa al Sud (58%) (Figura 1). Maggiori variabilità si osservano, invece, a livello delle singole regioni (Figure 2 e 3). È opportuno precisare che la Lombardia non contribuisce all'indagine PASSI e pertanto i dati della macroarea Nord non sono rappresentativi dell'andamento della copertura in quella Regione.
Nell'intero Paese, come in tutte e tre le ripartizioni geografiche, la copertura complessiva del 2020-2021 è leggermente inferiore a quella del triennio precedente (Figura 1), interrompendo il progressivo aumento registrato nel periodo 2008-2019 (Figure 4 e 5). Si è modificata, però, la percentuale di esami eseguiti all'interno dei programmi organizzati.
Passi informa, infatti, sulla copertura alla mammografia nella popolazione target, comprensiva sia della quota di esami eseguiti all'interno dei programmi di screening organizzati o di altre offerte gratuite delle Asl[1] sia di quella effettuata al di fuori (proxy di screening spontaneo).
Più in dettaglio, nel 2020-2021 la copertura all'interno dei programmi di screening è risultata in diminuzione, mentre è lievemente aumentata la quota al di fuori dei programmi. Questi andamenti sono in contrapposizione rispetto a quelli registrati negli anni precedenti (Figura 4). Questa tendenza si registra in tutte e tre le ripartizioni geografiche ma risulta più evidente nelle regioni del Nord, dove la copertura all'interno dei programmi è passata dal 70% al 65% (Figure 1 e 5).
Poiché Passi è retrospettivo e, quindi, meno veloce a registrare cambiamenti puntuali di copertura, si sono analizzate le percentuali di mammografie effettuate nei 12 mesi precedenti l'intervista. In questo modo si è evidenziato un calo superiore per questo indicatore, che è passato dal 40% nel 2019 al 34% nel 2020. In particolare, il calo ha interessato la quota di esami eseguiti all'interno dei programmi di screening organizzati, che si è ridotta del 21% nel 2020 per poi aumentare leggermente nel 2021 (+6% rispetto al 2020). Il modello di regressione di *Poisson* mostra un differenziale per istruzione più evidente nel 2020-2021 rispetto al triennio precedente nella percentuale di mammografie preventive effettuate nei 12 mesi precedenti l'intervista.

Figura 1. Mammografia eseguita entro gli ultimi 2 anni (%). Donne 50-69enni
Passi 2017-2019 (n. 19.778) e 2020-2021 (n. 8.294)

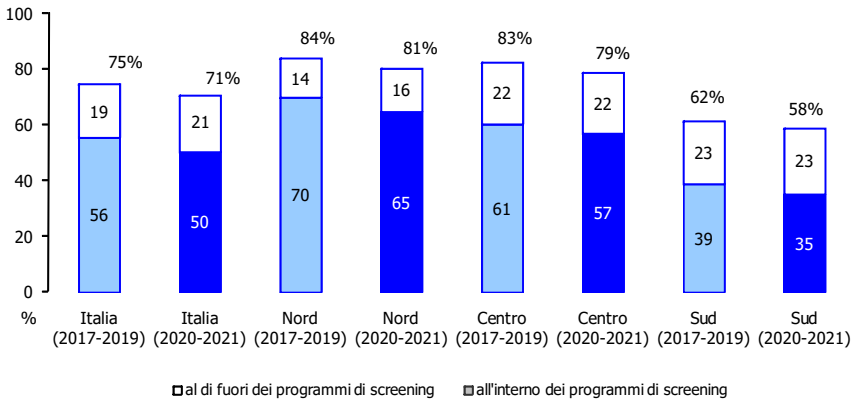
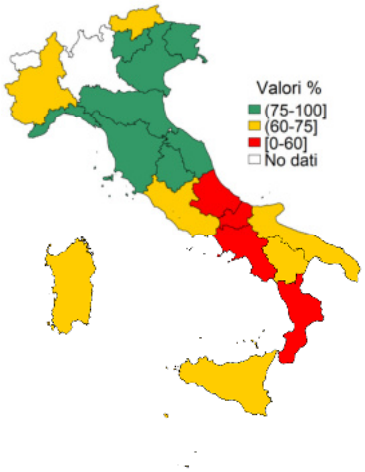


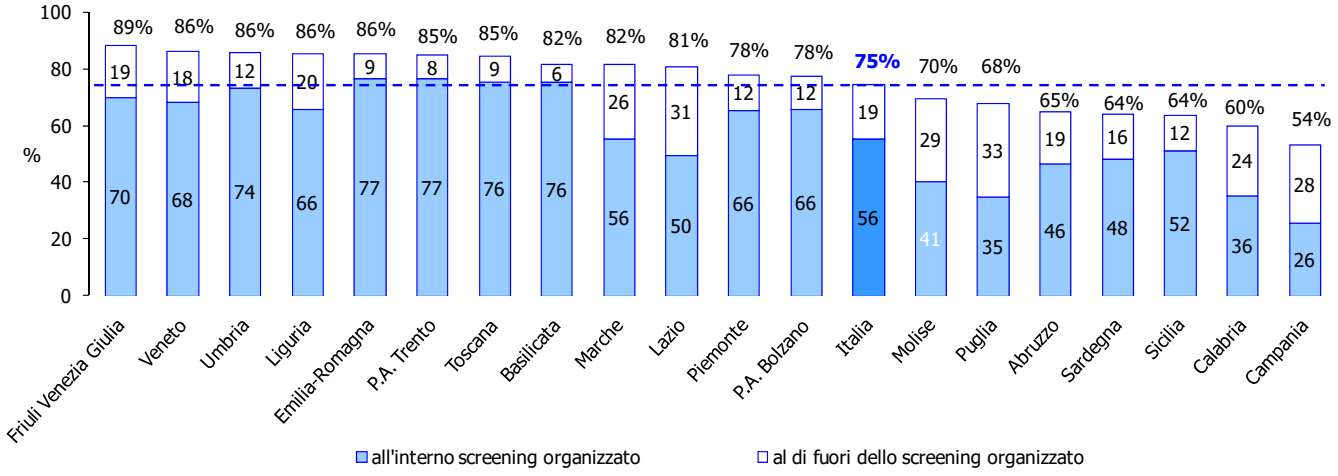
Figura 2. Mammografia eseguita entro gli ultimi 2 anni (%). Donne 50-69enni
Passi 2020-2021 (n. 8.294)



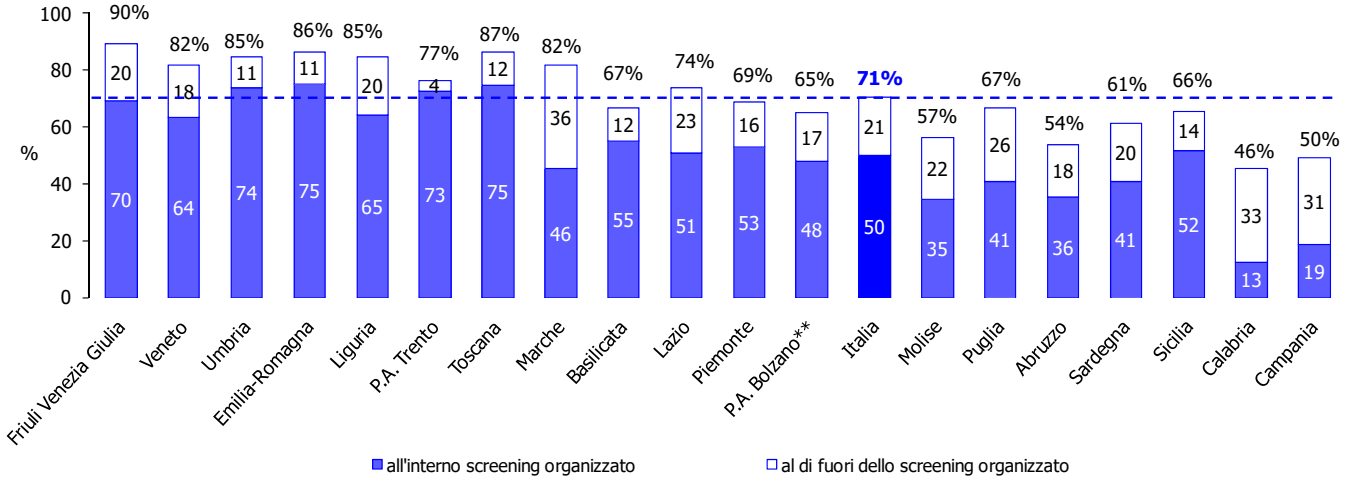
[1] La stima della copertura dentro e fuori dai programmi di screening organizzati è stata effettuata mediante un indicatore *proxy* sull'aver pagato o meno l'esame. Per pagamento si intende sia quello relativo al costo completo dell'esame sia quello del solo ticket. L'utilizzo di questo indicatore può comportare una leggera sovrastima della copertura effettuata all'interno dei programmi principalmente per tre motivi: 1) alcune donne effettuano il test 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 il test in percentuale maggiore rispetto alle non rispondenti. A causa di un possibile mancato ricordo sull'informazione del pagamento, la somma della quota dentro e fuori dai programmi organizzati potrebbe non combaciare esattamente con la copertura totale.

Figura 3. Mammografia eseguita entro gli ultimi 2 anni (%).
Donne 50-69enni

Passi 2017-2019*



Passi 2020-2021*



**La Valle d'Aosta d'Aosta non è presente nei grafici a causa della bassa numerosità per il 2020-2021 ma contribuisce al valore nazionale di entrambi i periodi.*
***Regioni con bassa numerosità nel 2020-2021 (n<100).*

Figura 4. Mammografia eseguita entro gli ultimi 2 anni all'interno o al di fuori dei programmi organizzati (%).
Donne 50-69enni

Passi 2008-2021

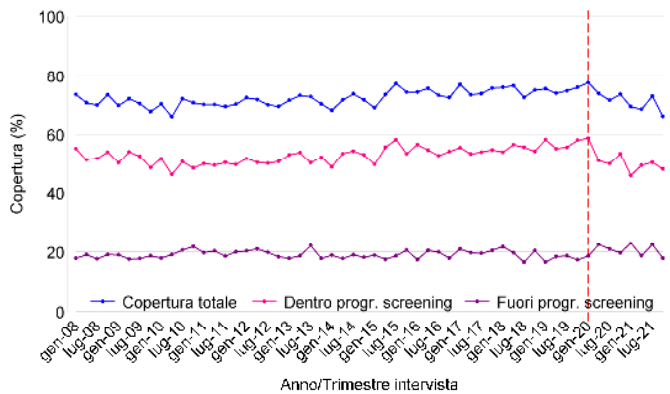
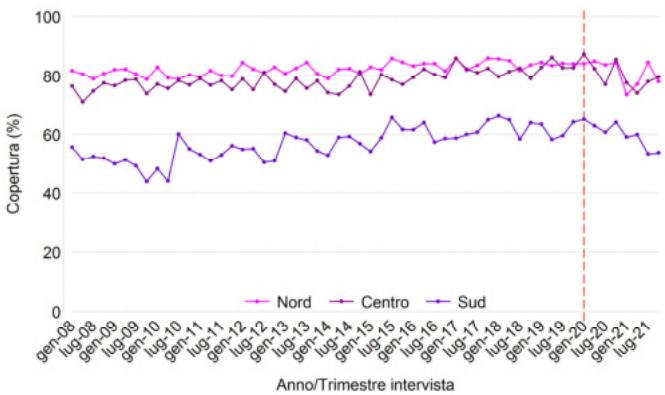


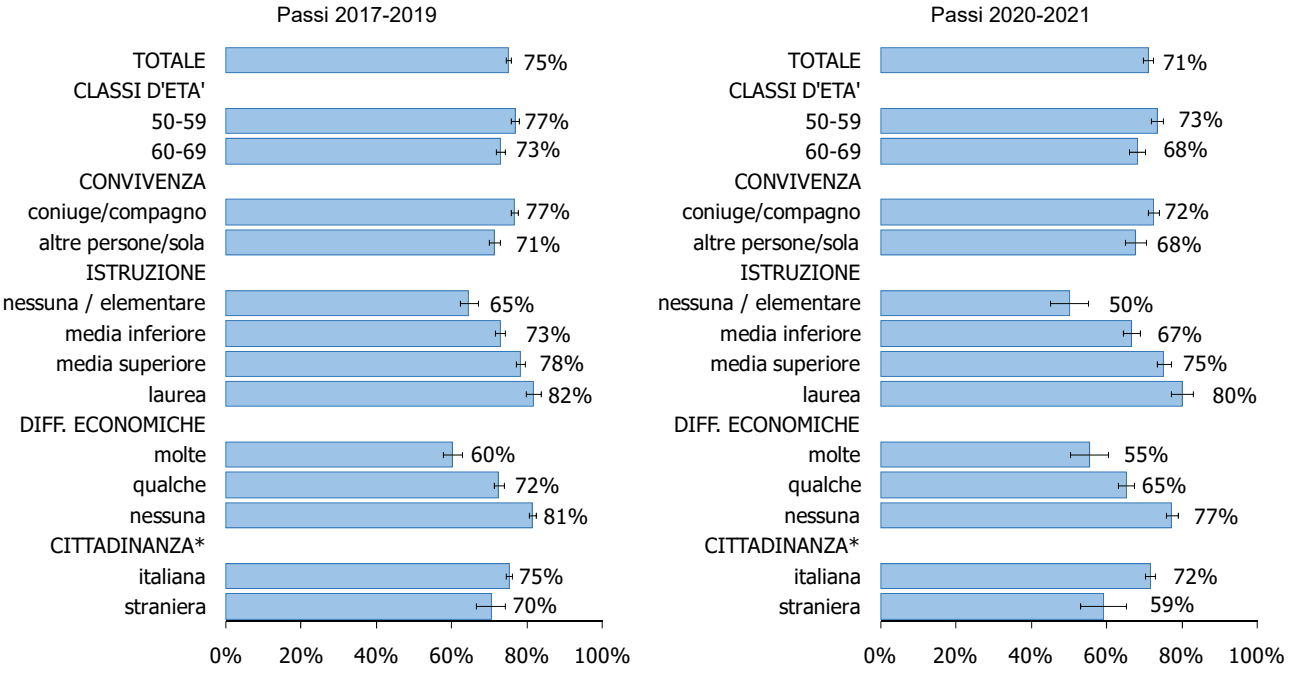
Figura 5. Mammografia eseguita entro gli ultimi 2 anni per ripartizione geografica (%).
Donne 50-69enni

Passi 2008-2021



Nel biennio 2020-2021 si confermano i differenziali già osservati per classe d'età, istruzione, difficoltà economiche e cittadinanza, più evidenti nella quota di esami effettuati al di fuori dei programmi di screening organizzati. Più in dettaglio, tra il 2020 e il 2017-2019 si sono registrate le riduzioni maggiori nella copertura tra le donne con un livello d'istruzione basso, in quelle con molte difficoltà economiche riferite e nelle straniere (Figura 6).

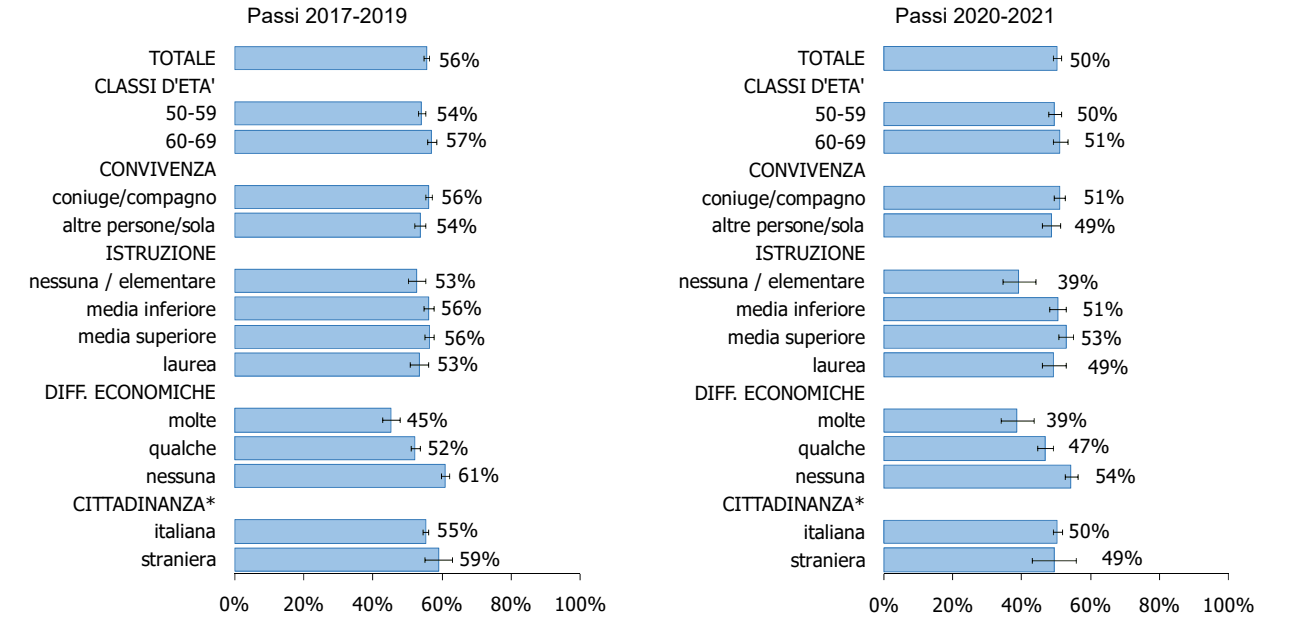
Figura 6. Copertura alla mammografia preventiva entro gli ultimi due anni per caratteristiche socio-demografiche*. Donne 50-69enni (%)



**Italiane: donne con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a sviluppo avanzato (Psa); Straniere: donne immigrate da Paesi a forte pressione migratoria (Pfpm).*

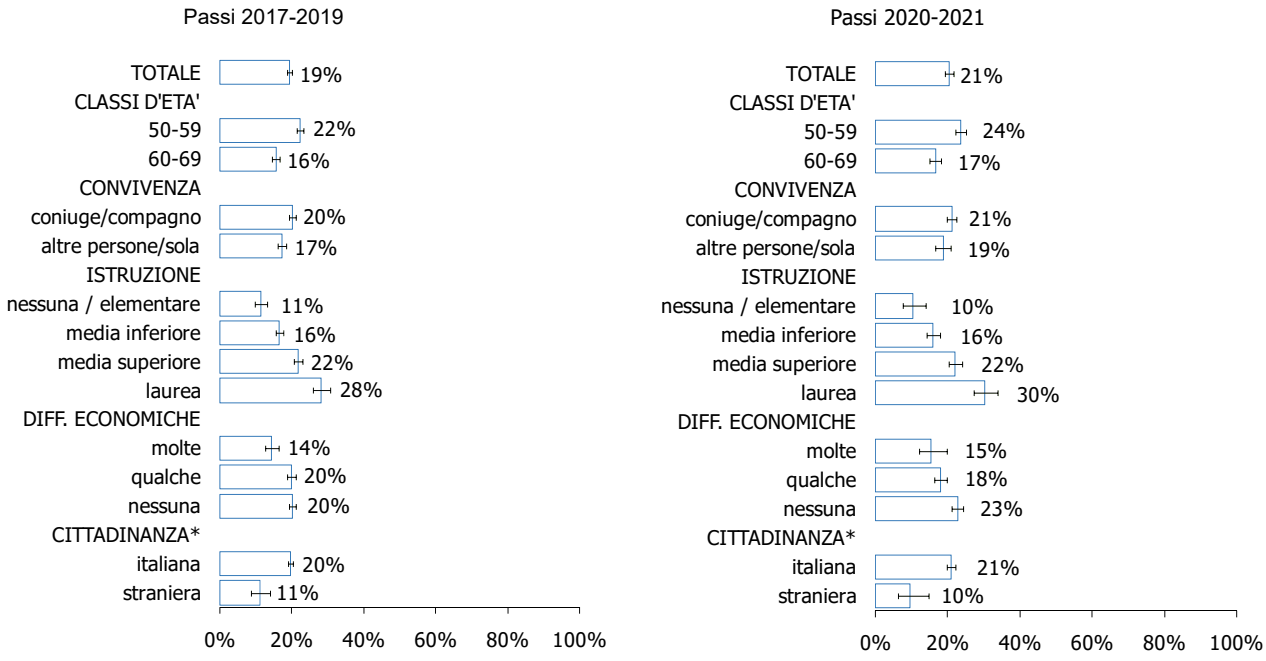
Anche per la quota di mammografie preventive eseguite all'interno dei programmi di screening organizzato, o di altre offerte gratuite delle Asl, si sono evidenziate variazioni maggiori tra le donne con bassa istruzione e quelle con cittadinanza straniera (Figura 7).

Figura 7. Copertura alla mammografia preventiva eseguita entro gli ultimi due anni all'interno dei programmi di screening organizzati per caratteristiche socio-demografiche*. Donne 50-69enni (%)



**Italiane: donne con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a sviluppo avanzato (Psa); Straniere: donne immigrate da Paesi a forte pressione migratoria (Pfpm).*

Figura 8. Copertura alla mammografia preventiva eseguita entro gli ultimi due anni al di fuori degli screening organizzati per caratteristiche socio-demografiche*.
Donne 50-69enni (%)



**Italiane: donne con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a sviluppo avanzato (Psa); Straniere: donne immigrate da Paesi a forte pressione migratoria (Pfpm)*

Lo screening cervicale

Dati di attività dal 2017 al 2021

Dopo la sospensione della erogazione dei test di screening nei mesi di marzo e aprile 2020 in seguito all'epidemia di Covid-19, i dati di attività del 2021 riflettono la ripresa delle attività di screening, con modalità differenti fra le varie Regioni, anche in relazione alla disponibilità ed utilizzo di stanziamenti specifici per il recupero dei ritardi delle prestazioni (decreto-legge n. 104 del 2020 e successivi). Rispetto al 2020, si osserva infatti un considerevole aumento del numero delle donne invitate, aderenti all'invito e che hanno eseguito un esame di screening con Pap test o test Hpv, nell'età 25-64 anni (Tabella 1). Prendendo come riferimento il 2019[2], si mantiene una riduzione del numero delle donne invitate (circa 400.000) ed esaminate (circa 200.000). La riduzione del numero di donne esaminate dipende non solo dalla riduzione del numero degli inviti, ma anche dalla riduzione dell'adesione osservata (41% vs 39%), seppur in aumento rispetto al 2020. Bisogna inoltre considerare la riduzione degli inviti e gli esami attesi nel 2021, per effetto dell'allungamento dell'intervallo di screening in seguito all'introduzione progressiva del test Hpv nelle Regioni.

Considerando l'adesione per classi di età, rispetto al 2020, nel 2021 si osserva un aumento in tutte le classi, ed in particolare nella fascia 55-64 (+8%), rimanendo tuttavia inferiore ai livelli pre-pandemici (-2%) (Tabella 2).

Tabella 1. Donne che hanno effettuato un Pap test o test Hpv di screening e adesione corretta all'invito. Periodo 2017-2021.

Anno di attività	2017-2019	2018	2019	2020	2021
Numero di donne invitate	11.888.578	3.966.409	3.835.318	2.598.295	3.426.660
Numero di donne che hanno effettuato un test di screening	4.785.669	1.619.459	1.496.872	865.551	1.293.788
Adesione all'invito in donne di 25-64 anni	41,6%	41,7%	40,7%	34,2%	39,2%

Tabella 2. Adesione all'invito allo screening cervicale per fasce di età**. Periodo 2017-2021.

Fasce d'età	25-34	35-44	45-54	55-64	Totale**
2017-2019	36,3%	39,8%	42,3%	40,9%	40,0%
2018	36,3%	39,9%	42,9%	41,0%	40,2%
2019	36,2%	39,0%	41,7%	39,1%	39,1%
2020	31,2%	34,1%	34,0%	32,9%	33,1%
2021	35,0%	35,3%	37,6%	40,6%	37,3%

***sono incluse solo le donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni per cui è disponibile l'informazione sulle classi di età.*

[2]Come sottolineato nelle survey quantitative condotte dall'Ons, trattandosi di una comparazione tra due anni consecutivi, non si è in alcun modo tenuto conto della situazione di contesto del 2019, relativa all'obiettivo di estensione e al suo reale raggiungimento. Comunque la differenza fra il 2020 e il 2019 ci dice della differenza rispetto alla "normalità" precedente''.

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

Rispetto al 2020, nel 2021 si osserva un aumento del numero degli inviti, e del numero delle donne che hanno eseguito un Pap test di screening, comunque inferiori a quelli del 2019. A fronte di un aumento della proporzione di donne che aderiscono all'invito, che ritorna ai livelli pre-pandemici (34% nel 2019 vs 35% nel 2021), la riduzione nel numero di inviti ad eseguire un Pap test come test di screening, e degli esami eseguiti nel 2021 è anche una conseguenza dell'introduzione progressiva del test Hpv nelle varie Regioni.

Confrontando gli indicatori del 2019 con quelli del 2021 (Tabella 3), si osserva una riduzione dei prelievi inadeguati al 2,8%, (decisamente entro il livello desiderabile <5% degli standard Gisci), un lieve aumento della proporzione di donne inviate in colposcopia, una riduzione dell'adesione tra le donne inviate in colposcopia per qualunque alterazione citologica (colposcopia per ASCUS+). Torna comunque ai livelli pre-pandemici l'adesione tra le donne inviate in colposcopia che presentavano alterazioni più gravi (colposcopia per HSIL+). Come atteso si riduce il numero complessivo delle lesioni con istologia CIN2 o più grave (CIN2+), ed anche il numero delle lesioni CIN2+ individuate ogni 1000 donne. La probabilità di una donna inviata in colposcopia di avere effettivamente una lesione che richiede un trattamento (lesioni con istologia CIN2+) (VPP) si conferma in progressiva riduzione (13%), con un progressivo aumento del numero di colposcopie necessarie per diagnosticare una lesione CIN2+.

Tabella 3. Principali indicatori dello screening con Pap test* e adesione agli standard di qualità. Periodo 2018-2021.

Anno di attività	2018	2019	2020	2021
Donne invitate	2.453.583	2.212.192	1.223.873	1.434.395
Proporzione di donne che hanno aderito all'invito	34,2%	33,7%	27,6%	34,8%
Donne esaminate	839.423	661.503	333.209	496.055
Proporzione di Pap test inadeguati (Standard di qualità Gisci: desiderabile: < 5%, accettabile: < 7%)	3,1%	3,1%	3,4%	2,8%
Proporzione di donne inviate in colposcopia per qualsiasi causa	3,3%	4,0%	4,7%	4,4%
Proporzione di donne che hanno aderito alla colposcopia per citologia ASCUS+ (Standard di qualità Gisci: desiderabile: ≥ 90%, accettabile: ≥ 80%)	90,0%	89,9%	85,1%	85,5%
Proporzione di donne che hanno aderito alla colposcopia per citologia HSIL+ (Standard di qualità Gisci: desiderabile: ≥ 95% accettabile: ≥ 90%)	94,2%	93,4%	90,4%	93,3%
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%	14,7%	14,3%	12,8%
Numero di colposcopie necessarie per individuare la presenza di istologia CIN2+	6	7	7	8
Lesioni con istologia CIN2+ individuate con Pap test	3.157	2.902	1.754	2.177
Lesioni con istologia CIN2+ individuate ogni 1000 donne che hanno fatto lo screening**	4,6	5	5,5	4,5

**il dato include sia i programmi che invitano solo 25-29enni con Pap test poiché invitano le donne 34-64enni con test primario Hpv, sia quelli che invitano tutta la popolazione con Pap test.*

***il denominatore del tasso di identificazione (DR per 1000) è inferiore rispetto al numero di esaminate presenti in questa tabella perché hanno fornito i dati per questo indicatore un numero inferiore di programmi rispetto a quelli che lo hanno fornito per il calcolo delle esaminate.*

Quando consideriamo la suddivisione per area geografica (Tabella 4), gli indicatori riflettono le diverse velocità di ripresa delle attività delle Regioni in seguito alla pandemia da Covid-19. Nel 2021 l'adesione all'invito torna ai livelli pre-pandemici al Nord, si riduce ulteriormente al Centro, aumenta al Sud e Isole. Rispetto ai livelli pre-pandemici, nelle tre aree si osserva una riduzione degli esami inadeguati, si mantiene più elevata la proporzione di donne inviate in colposcopia, accompagnata da una riduzione della probabilità di avere effettivamente una lesione che richiede un trattamento e quindi ad un aumento del numero di colposcopie necessarie per identificare una lesione. Il tasso di identificazione si mantiene costante nelle aree del Nord, è in aumento al centro, si riduce in modo importante al Sud e Isole. Quest'ultimo dato è legato ad un aumento delle donne che hanno fatto un Pap-test, e ad una concomitante riduzione dell'adesione tra le donne inviate in colposcopia per qualunque alterazione citologica (colposcopia per ASCUS+), e quindi ad un numero inferiore di lesioni individuate (ogni 1000 donne che hanno fatto il Pap test).

Tabella 4. Screening con Pap test. Principali indicatori per area geografica. Periodo 2018-2021.

Area geografica	Nord				Centro				Sud e Isole			
Anno di attività	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021
Proporzione di donne che hanno aderito all'invito	45,8%	43,3%	38,3%	43,2%	33,8%	35,9%	30,0%	28,5%	27,5%	27,9%	20,6%	32,3%
Proporzione di Pap test inadeguati	3,1%	3,3%	3,6%	3,1%	2,2%	2,5%	2,3%	1,9%	3,6%	3,3%	3,9%	3,0%
Proporzione di donne invitate in colposcopia per qualsiasi causa	4,0%	4,9%	6,2%	5,2%	3,2%	3,7%	4,8%	5,2%	2,8%	3,0%	3,2%	3,4%
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	18,7%	15,2%	13,7%	14,6%	15,9%	14,4%	13,2%	12,7%	13,8%	13,9%	16,4%	9,8%
Numero di colposcopie necessarie per individuare la presenza di una lesione con istologia CIN2+	5,4	6,6	7,3	6,8	6,3	7,0	7,6	7,8	7,3	7,1	6,1	10,1
Lesioni con istologia CIN2+ individuate ogni 1000 donne che hanno fatto il Pap test	5,6	6,0	6,4	6,1	4,4	4,9	5,5	5,7	3,1	3,5	4,5	2,4

Screening con Hpv test come test primario

Nel 2021, si osserva un ulteriore aumento dei programmi di screening che hanno utilizzato la ricerca del Dna di tipi "ad alto rischio" di Papillomavirus umano (Hpv) come test primario di screening (79 programmi nel 2021 vs 75 nel 2020). La progressiva conversione da Pap test a test Hpv è stata raccomandata nel 2013 dal ministero della Salute alle regioni. Si sono rese necessarie una fase di riorganizzazione a livello regionale ed il passaggio diluito su 3-4 anni al fine di evitare disomogeneità nell'erogazione e sbalzi dell'attività dovuti al cambio di intervallo tra due test (da 3 a 5 anni). Nel 2021 la quota di Regioni che ha introdotto l'Hpv test è rimasta stabile rispetto al 200 (13 regioni).
Nel 2018 la proporzione di donne invitate allo screening con test Hpv era complessivamente a livello italiano del 38%; nel 2021, dopo una riduzione degli inviti con test Hpv nel 2020, si osserva nuovamente un aumento del numero di inviti (1.992.265 inviti) e della proporzione di donne invitate ad effettuare un test Hpv come test di screening (58%) (Tabella 5).

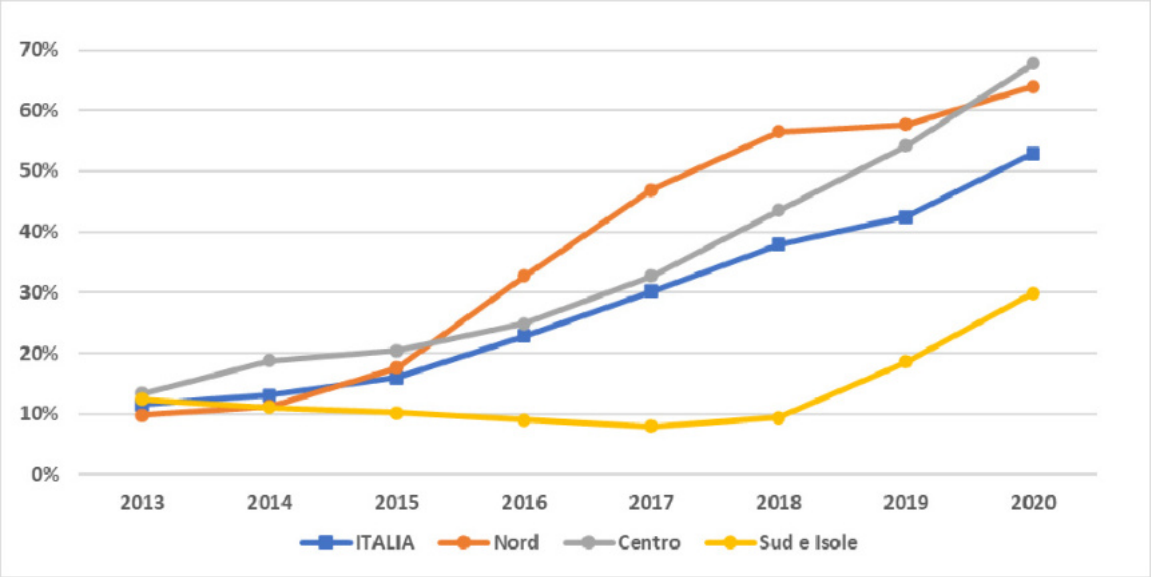
Si mantengono tuttavia importanti disparità sostanziali tra aree geografiche (Figura 1). In alcune regioni del Nord c'è stato un avvio tempestivo della conversione già nei primi anni. Nel 2021 il 69% delle donne del Nord è stato invitato a screening con Hpv. Al contrario, al Sud, la proporzione di invitate al test Hpv rimane sostanzialmente stabile ed inferiore al 10% fino al 2018, 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. Negli ultimi tre anni si osserva un forte aumento della proporzione, che arriva al 36% nel 2021. Al Centro, la proporzione di invitate all'Hpv è aumentata progressivamente negli anni. Nel 2021 arriva al 66%.
L'adesione nel 2021, mostra un aumento nelle tre aree geografiche rispetto al 2020, ma si mantiene comunque ridotta rispetto ai livelli pre-pandemici (-6 punti percentuali). La proporzione di donne positive al test è in aumento nelle tre aree, con una media italiana del 9.1%.

Tabella 5. Screening con Hpv test. Donne invitate e aderenti in numero assoluto e in percentuale, positività all'Hpv test complessivo e per area geografica. Periodo 2018-2021.

Anno	Area	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+
2018	ITALIA	1.480.776	37,9%	718.533	48,5%	7,8%
	Nord	923.781	56,5%	493.317	53,4%	7,4%
	Centro	433.752	43,6%	167.468	38,6%	8,4%
	Sud e Isole	123.243	9,4%	57.748	46,9%	9,4%
2019	ITALIA	1.632.362	42,5%	737.898	45,2%	8,1%
	Nord	866.041	57,7%	444.244	51,3%	8,1%
	Centro	503.828	54,2%	208.659	41,4%	8,1%
	Sud e Isole	262.493	18,6%	84.995	32,4%	7,8%
2020	ITALIA	1.360.553	52,9%	511.474	37,6%	8,3%
	Nord	591.120	64,0%	280.044	47,2%	8,4%
	Centro	525.147	64,7%	183.395	34,9%	8,4%
	Sud e Isole	244.286	29,9%	48.035	19,7%	7,8%
2021	ITALIA	1.992.265	58,1%	778.933	39,1%	9,1%
	Nord	983.295	68,8%	459.578	46,7%	9,2%
	Centro	641.148	66,4%	215.906	33,7%	9,2%
	Sud e Isole	367.822	35,7%	103.449	28,1%	8,3%

§tra tutte le invitate a screening cervicale.

Figura 1. Percentuale di donne invitate a screening con ricerca Hpv come test primario.



I dati sui programmi attivi disponibili per l'intero episodio di screening per coorti di invito mostrano un progressivo aumento del numero dei programmi, delle donne invitate e che effettuano un test Hpv come test di screening primario (Tabella 6).

I dati sugli indicatori delle coorti invitate a test Hpv sono disponibili per il 2020, e sono quindi influenzati dalla sospensione delle attività e dalla ripresa graduale in seguito all'epidemia di Covid-19.
Nel 2020, in Italia 75 programmi hanno invitato complessivamente 1.360.553 donne, e 511.474 hanno effettuato l'esame (più di 200.000 test Hpv eseguiti in meno); il 38% ha aderito all'invito, in riduzione come atteso rispetto all'anno precedente (-7 punti percentuali). La positività del test Hpv è dell'8,3%, in aumento. Come effetto della pandemia da Covid-19, negli anni 2019 e 2020 si mantiene decisamente ridotto rispetto al 2018 il numero delle donne con test Hpv positivo ma con citologia negativa, invitate a ripetere un test Hpv dopo un anno: le donne con primo invito nel 2019 avrebbero dovuto essere invitate alla ripetizione proprio nel 2020. L'adesione all'invito alla ripetizione rimane costante all'87%. Il tasso di invio in colposcopia (invio immediato+invio dopo ripetizione) è costante del 5% circa nell'intero periodo, con livelli di adesione mantenuti all'89%, in riduzione ma comunque elevato in relazione alla situazione particolare. Il numero delle lesioni con istologia CIN2+ individuate ogni 1000 donne che hanno fatto lo screening sale al 6,8‰, in aumento. Il numero di lesioni CIN2+ individuate si riduce di circa 1000, in relazione alla ridotta attività complessiva.

Il totale delle lesioni CIN2+ individuate nelle donne invitate allo screening nel 2020 con Pap test e Hpv test, si riduce di oltre 2000 lesioni rispetto a quelle diagnosticate tra le donne invitate nel 2019, e anche rispetto a quelle invitate nel 2018.

Tabella 6. Screening con Hpv test primario. Risultati per coorti di invito. Periodo 2013-2020.

Anno di attività	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Numeri di programmi attivi con Hpv	21	29	49	59	58	65	73	75
Donne invitate	423.992	510.473	653.668	889.243	1.235.712	1.480.776	1.632.362	1.360.553
Donne aderenti	42,3%	48,4%	50,2%	52,1%	49,2%	48,5%	45,2%	37,6%
Numero di donne che hanno effettuato test Hpv	179.390	236.376	324.201	458.413	614.978	718.533	737.898	511.474
Donne con test Hpv+	6,9%	7,1%	6,7%	7,0%	7,2%	7,8%	8,1%	8,3%
Donne invitate a ripetere il test a 1 anno	4.663	9.948	10.658	21.319	29.392	36.617	15.479	12.733
Adesione alla ripetizione	74,6%	75,5%	79,2%	82,3%	81,4%	81,4%	87,2%	87,2%
Tasso di invio in colposcopia	3,7%	4,0%	3,6%	4,2%	4,2%	4,8%	4,8%	5,1%
Tasso di adesione all'invio in colposcopia	86,0%	88,3%	88,4%	91,7%	90,8%	90,2%	88,0%	89,0%
Numero di lesioni individuate con test	801	1.139	1.490	2.176	2.982	3.997	4.509	3.474
Lesioni con istologia CIN2+ individuate ogni 1000 donne che hanno fatto lo screening**	8,6%	6,2%	10,5%	4,8	4,9	5,6	6,4	6,8
Valore predittivo positivo	14,0%	14,5%	14,7%	13,1%	12,9%	13,5%	15,3%	15,4%

***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 quelli che hanno inviato il dato per il calcolo 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 nella tabella precedente. Nel 2020 si osserva un aumento dell'adesione nelle fasce di età più avanzate in relazione alla scelta in un momento di attività ridotta, di aver dato priorità di invito ed esame proprio a queste fasce di età, ed in particolare alle donne che avrebbero ricevuto l'ultimo invito allo screening nell'anno.

Tabella 7. Screening con test Hpv primario. Adesione corretta per fasce di età*. Periodo 2017-2020.

Fasce d'età	2017-2019	2018	2019	2020
<25-34	8,0%	8,2%	10,5%	10,6%
35-44	26,0%	26,2%	28,7%	29,0%
45-54	37,4%	37,0%	35,0%	31,9%
55->65	28,6%	28,6%	25,9%	28,5%

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

Copertura al test per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero: i risultati del sistema di sorveglianza Passi

Secondo i dati della sorveglianza Passi, in Italia nel biennio 2020-2021 il 78% delle donne 25-64enni intervistate ha dichiarato di aver eseguito un Pap test o un test dell'Hpv preventivo entro i tempi raccomandati, percentuale di poco più bassa di quella del triennio precedente (80%) (Figura 1).
Passi riesce solo parzialmente a mostrare la riduzione della copertura ai test preventivi sia complessiva sia nei gruppi di popolazioni, dovuta direttamente o indirettamente alla pandemia da Sars-CoV-2, in quanto è retrospettivo, cioè indaga, a seconda del test, gli esami effettuati nei tre o cinque anni precedenti all'intervista.
La copertura complessiva al test preventivo raggiunge valori elevati al Nord (85%) e al Centro (85%), mentre è più bassa al Sud (68%) (Figura 1). Maggiori variabilità si osservano, invece, a livello delle singole regioni (Figure 2 e 3). È opportuno precisare che la Lombardia non contribuisce all'indagine Passi e pertanto i dati della macroarea Nord non sono rappresentativi dell'andamento della copertura in quella Regione.
Nell'intero Paese, come in tutte e tre le ripartizioni geografiche, la copertura complessiva del 2020-2021 è sovrapponibile a quella del triennio precedente (Figura 1), interrompendo il progressivo aumento registrato nel periodo 2008-2019 (Figure 4 e 5). Si sono modificate, però, le percentuali di test eseguiti all'interno dei programmi organizzati o al di fuori di essi.
Passi informa, infatti, sulla copertura al test nella popolazione target, comprensiva sia della quota di esami eseguiti all'interno dei programmi di screening organizzati o di altre offerte gratuite delle Asl[3] sia di quella effettuata al di fuori (proxy di screening spontaneo).
Più in dettaglio, nel 2020-2021 la copertura all'interno dei programmi di screening è risultata in diminuzione, in contrapposizione rispetto a ciò che è stato registrato precedentemente (Figura 4). Questa tendenza è più evidente nelle regioni del Sud, dove la copertura all'interno dei programmi è passata dal 37% al 34%, differenza significativa anche sul piano statistico (Figure 1 e 5).
Poiché Passi è retrospettivo e, quindi, meno veloce a registrare cambiamenti puntuali di copertura, si sono analizzate le percentuali di test effettuati nei 12 mesi precedenti l'intervista. In questo modo si è evidenziato un calo di questo indicatore soprattutto nel 2020, passando dal 38% nel 2019 al 29% nel 2020, e un successivo recupero nel 2021 (34%). In particolare, il calo ha interessato la quota di test eseguiti all'interno dei programmi di screening organizzati, che si è ridotta del 30% circa nel 2020 rispetto al 2019; anche questa componente è incrementata nel 2021 (+13% rispetto al 2020). Il modello di regressione logistica indica che i differenziali socioeconomici nella percentuale di test preventivi effettuati nei 12 mesi precedenti l'intervista sono più evidenti nel 2020-2021 rispetto al triennio precedente.

Figura 1. Copertura al test preventivo entro i tempi raccomandati. Donne 25-64enni (%)
Passi 2017-2019 (n. 38.150) e 2020-2021 (n. 15.527)

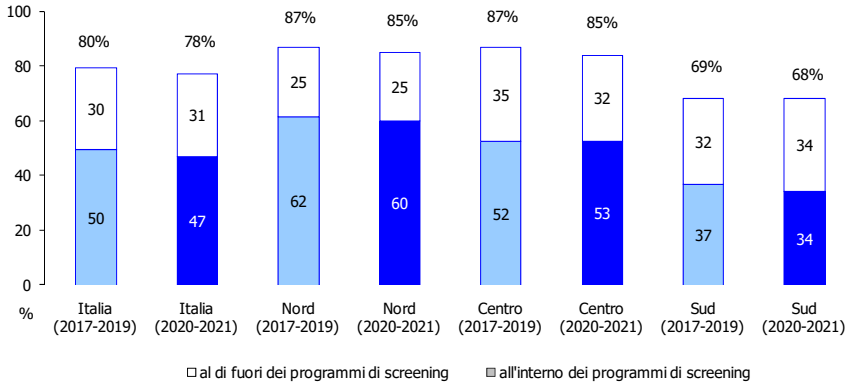
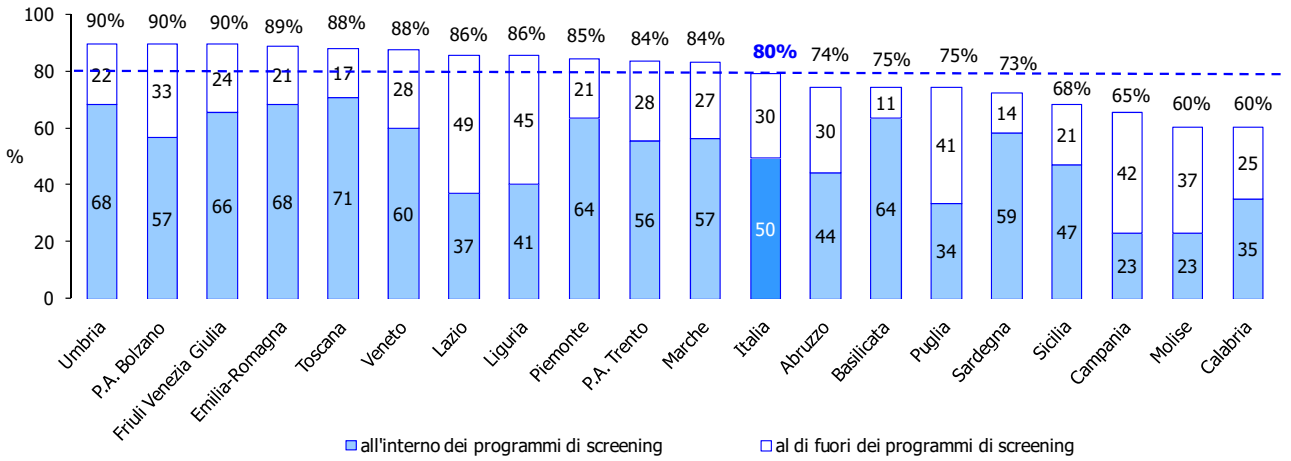


Figura 2. Copertura al test preventivo entro i tempi raccomandati. Donne 25-64enni (%)
Passi 2020-2021 (n. 15.527)

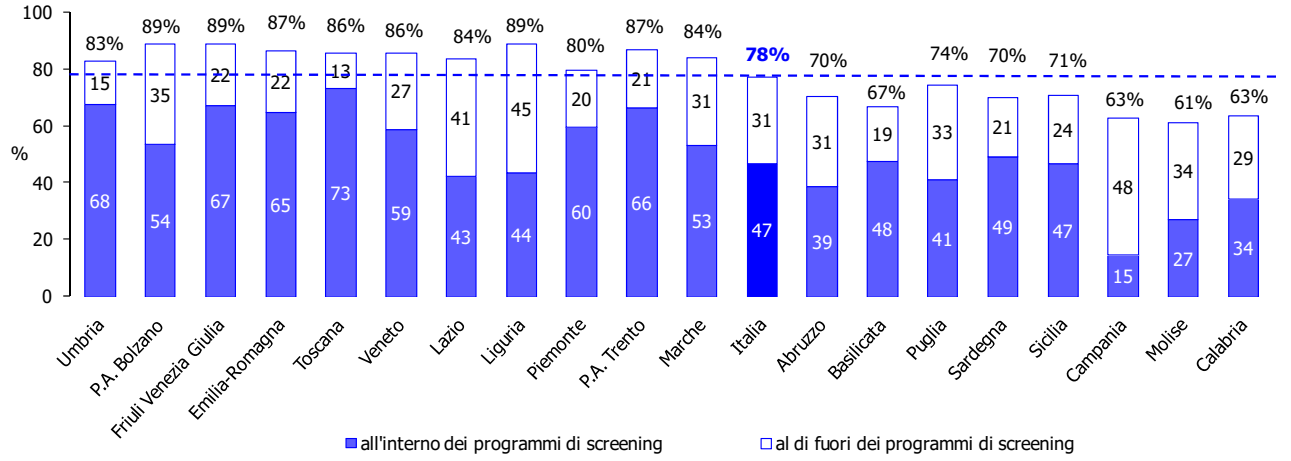
[3] La stima della copertura dentro e fuori dai programmi di screening organizzati è stata effettuata mediante un indicatore *proxy* sull'aver pagato o meno l'esame. Per pagamento si intende sia quello relativo al costo completo dell'esame che quello del solo ticket. L'utilizzo di questo indicatore può comportare una leggera sovrastima della copertura effettuata all'interno dei programmi principalmente per tre motivi: 1) alcune donne effettuano il test 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 il test in percentuale maggiore rispetto alle non rispondenti. A causa di un possibile mancato ricordo sull'informazione del pagamento la somma della quota dentro e fuori dai programmi organizzati potrebbe non combaciare esattamente con la copertura totale.

Figura 3. Copertura al test preventivo entro i tempi raccomandati.
Donne 25-64enni (%)

Passi 2017-2019* (n. 38.150)



Passi 2020-2021* (n. 15.527)



**La Valle d'Aosta non è presente nei grafici a causa della bassa numerosità per il 2020-2021 ma contribuisce al valore nazionale di entrambi i periodi.*

Figura 4. Copertura al test preventivo all'interno o al di fuori dei programmi organizzati (%).
Donne 25-64enni

Passi 2008-2021

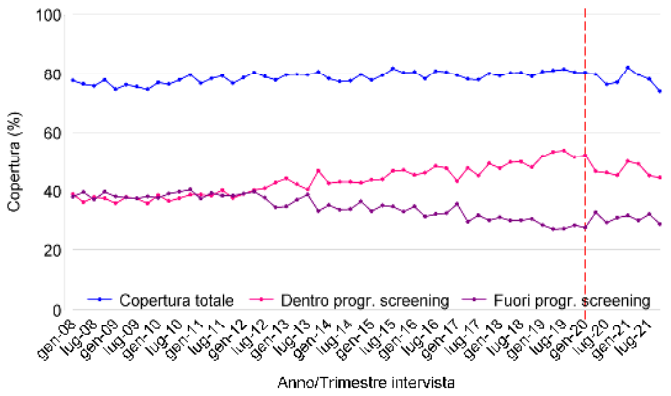
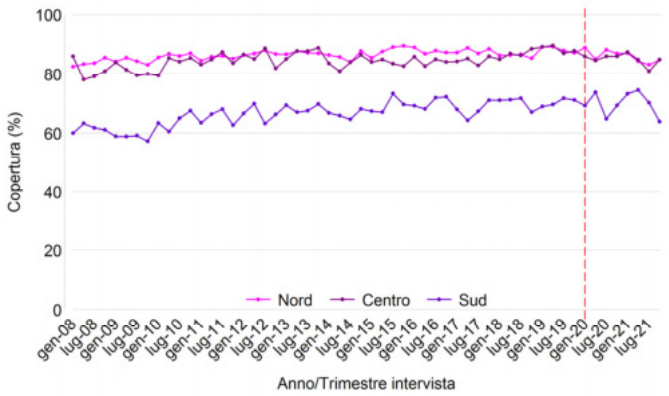


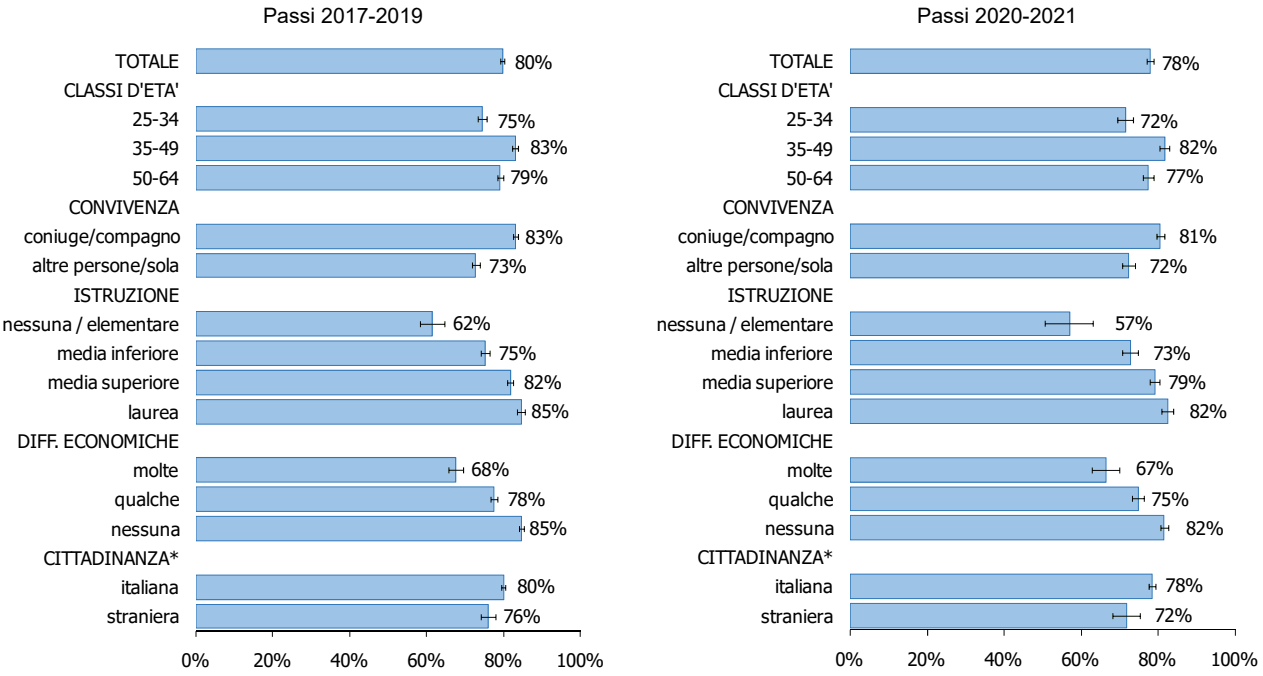
Figura 5. Copertura al test preventivo per ripartizione geografica (%).
Donne 25-64enni

Passi 2008-2021



Nel biennio 2020-2021 si confermano i differenziali già osservati per istruzione, difficoltà economiche e cittadinanza, più marcati nella quota di esami effettuati al di fuori dei programmi di screening organizzati.
Più in dettaglio, tra il 2020-2021 e il 2017-2019 si sono registrate riduzioni maggiori nella copertura tra le donne 25-34enni, in quelle coniugate o conviventi, in quelle con un livello d'istruzione medio-basso e nelle straniere (Figura 6).

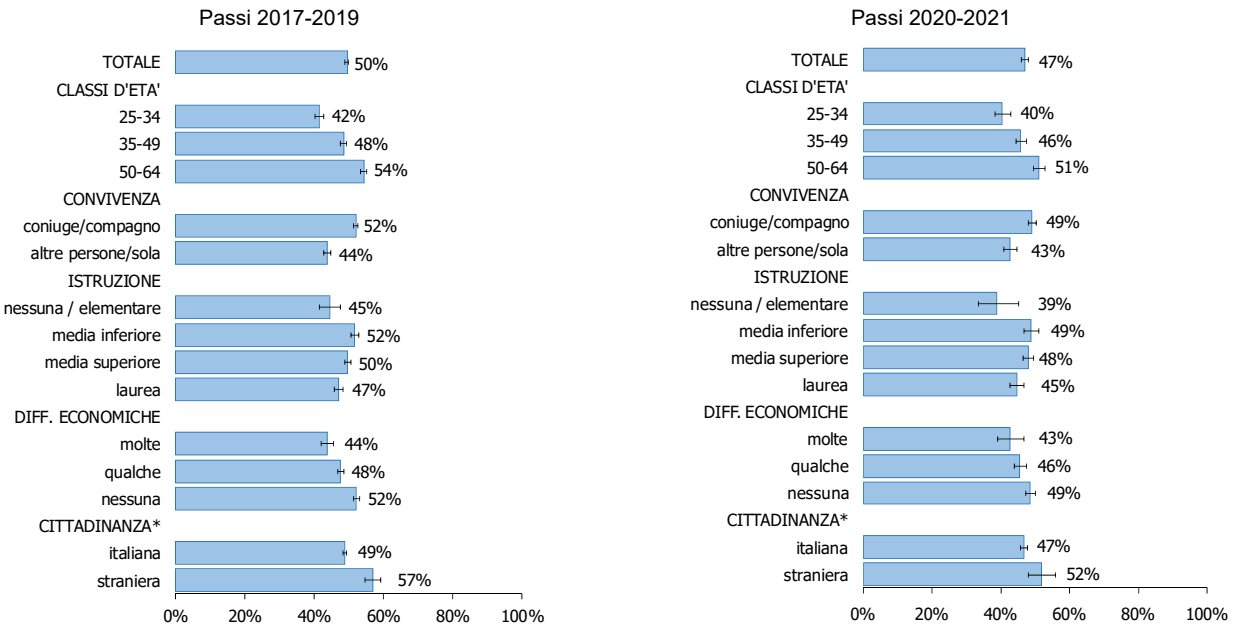
Figura 6. Copertura al test preventivo entro i tempi raccomandati per caratteristiche socio-demografiche*.
Donne 25-64enni (%)



**Italiane: donne con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a sviluppo avanzato (Psa); Straniere: donne immigrate da Paesi a forte pressione migratoria (Pfpm).*

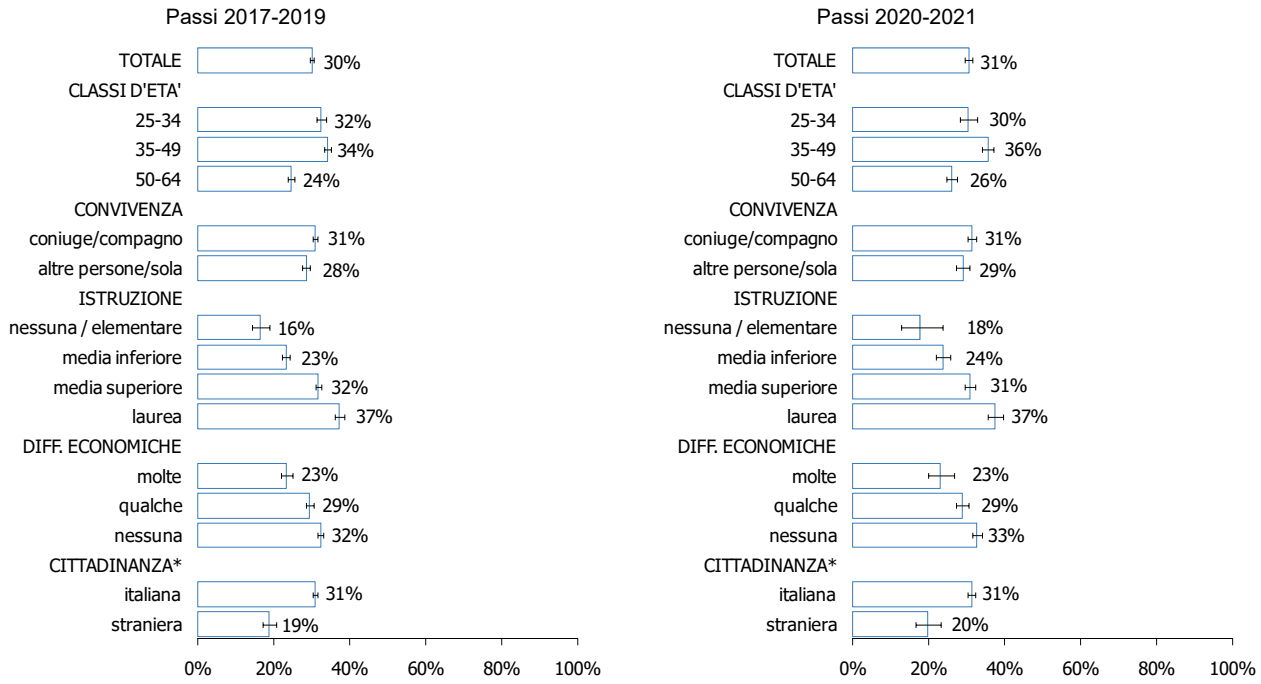
Nella copertura agli esami eseguiti all'interno dei programmi di screening organizzati, o di altre offerte gratuite delle Asl, si sono registrate variazioni maggiori tra i due periodi nelle donne con più bassa istruzione e in quelle con cittadinanza straniera (Figura 7).
Nella quota di test effettuati al di fuori dei programmi di screening organizzati si sono evidenziate variazioni minori rispetto al triennio precedente (Figura 8).

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 (%)



**Italiane: donne con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a sviluppo avanzato (Psa); Straniere: donne immigrate da Paesi a forte pressione migratoria (Pfpm).*

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



**Italiane: donne con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a sviluppo avanzato (Psa); Straniere: donne immigrate da Paesi a forte pressione migratoria (Pfpm)*

Lo screening colorettale

Dati di attività dal 2018 al 2021

Nel 2021 l'attività dei programmi di screening colorettale ha subito un sensibile incremento rispetto all'anno precedente. Il numero di persone invitate dai programmi nel 2021 ammonta a quasi 6 milioni e mezzo, un valore nettamente superiore a quello registrato nel 2020 e anche a quelli degli anni precedenti la pandemia. L'adesione all'invito (38,7%) è risultata in crescita rispetto al 2020, ma inferiore rispetto al 2018 e 2019 (Tabella 1). Questo dato, che rappresenta il valore medio nazionale, si compone di valori estremamente differenti che caratterizzano le macroaree geografiche. Come riporta la Tabella 3, infatti, l'adesione all'invito è risultata maggiore al Nord (47,9%), intermedia al Centro (31,5%) e più bassa al Sud (23,7%).

Come illustra la Tabella 1, il numero di esaminati nel 2018 e nel 2019 sfiorava i 2 milioni e 400mila unità. Dopo il crollo del 2020, si è osservata una ripresa nel 2021, quando sono state esaminate più di 2.600.000 persone. Nel 2021 l'adesione alla colonscopia tra le persone positive al test per la ricerca del sangue occulto fecale è leggermente migliorata rispetto agli anni precedenti, anche se la quota di non aderenti è rimasta superiore al 20%. 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 25 al 30%) è essenziale sviluppare strategie efficaci di comunicazione del rischio, per garantire livelli elevati di adesione all'approfondimento.

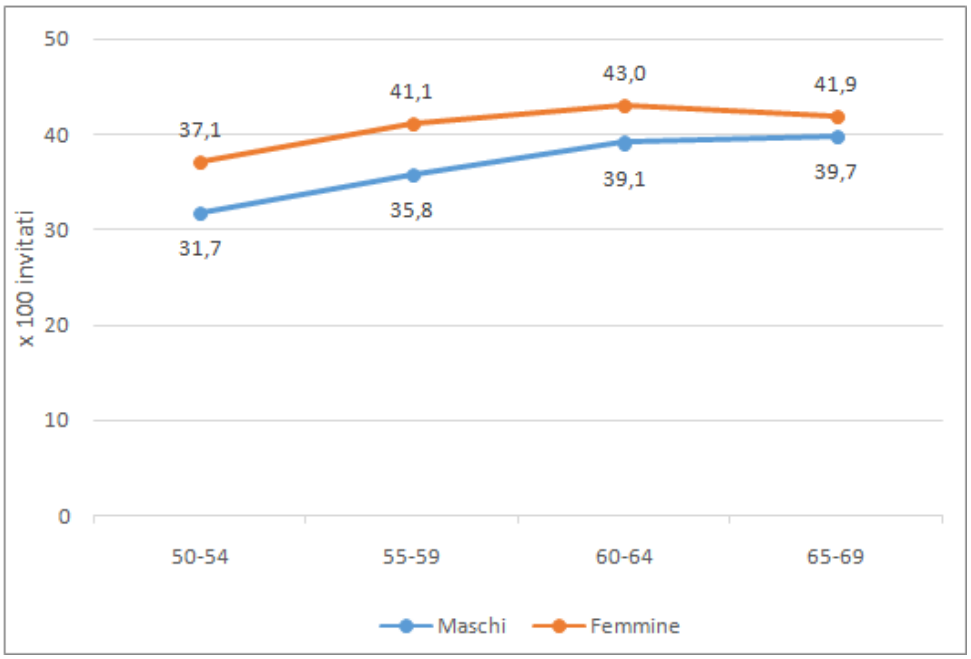
La resezione endoscopica è stata risolutiva per una quota importante di carcinomi, con un evidente impatto sulla qualità di vita delle persone interessate.

Tabella 1. Programmi con ricerca del sangue occulto fecale. Risultati principali 2018-2021.

Anno di attività	2018	2019	2020	2021
Numero di persone invitate	5.939.182	5.921.032	4.159.765	6.416.162
Adesione corretta all'invito	42,7%	40,5%	34,1%	38,7%
Numero di persone sottoposte a screening	2.570.437	2.619.871	1.487.636	2.607.329
Proporzione di persone con test positivo	4,8%	5,2%	5,5%	5,0%
Numero di persone con test positivo richiamate a colonscopia	124.526	137.481	81.669	130.340
Proporzione di aderenti all'approfondimento	78,4%	78,5%	78,3%	79,6%
Numero di colonscopie totali	97.604	105.592	60.754	99.100
Proporzione di colonscopie complete	95,3%	96,8%	95,7%	94,9%
Numero di carcinomi individuati	2.418	2.877	1.402	2.678
Tasso di identificazione dei carcinomi (x 1000 sottoposti a screening)	1,0‰	1,1‰	0,9‰	1,0‰
Numero di adenomi avanzati individuati	14.870	17.356	10.286	16.020
Tasso di identificazione degli adenomi avanzati (x 1000 sottoposti a screening)	6,25‰	6,6‰	6,9‰	6,1‰
Proporzione di tumori trattati con resezione endoscopica	17,9%	14,6%	19,3%	18,2%

La Figura 1 mostra come l'adesione all'invito sia risultata superiore nelle donne rispetto agli uomini e, per entrambi i sessi, nelle persone sopra i 60 anni.

Figura 1. Programmi con ricerca del sangue occulto fecale. Adesione per età e sesso nel 2021.



Nel 2021 la performance relativa al tempo di attesa per l'esecuzione della colonscopia ha confermato il dato degli anni precedenti (Tabella 2). Il dato medio nazionale, che si pone su un livello molto lontano dallo standard di riferimento del Giscor, sottende una situazione problematica in quasi tutte le Regioni.

Il tempo che intercorre tra un test positivo e l'approfondimento colonscopico 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. Questo problema va gestito a livello di programmazione e soprattutto di assegnazione di risorse al programma.
I carichi di lavoro indotti dallo screening possono essere stimati con precisione: il reperimento delle risorse previste rappresenta quindi una precisa azione di politica sanitaria interna alle aziende sanitarie locali.

Tabella 2. Tempo di attesa per la colonscopia dei programmi con ricerca del sangue occulto fecale. Periodo 2018-2021.

Anno di attività	2018	2019	2020	2021	Standard accettabile Giscor
Percentuale di persone che eseguono l'approfondimento entro 30 giorni dal test positivo	47%	42%	43%	43%	>90%

La Tabella 3 riporta i principali indicatori di performance nelle tre macroaree geografiche del Nord, Centro e Sud-Isole dal 2018 al 2021. In tutte le macroaree l'adesione all'invito mostra una ripresa dopo la flessione nel 2020, senza però riportarsi sui valori pre-pandemici. È da sottolineare il ritardo al Sud-Isole per quanto riguarda la diffusione dei programmi e l'adesione da parte della popolazione. Il numero di persone esaminate nel 2021 non si è ancora riportato sui valori registrati nel 2019 e il dato testimonia una copertura ancora limitata della popolazione di questa macroarea. I tassi di identificazione dei carcinomi e degli adenomi avanzati nelle diverse macroaree non mostrano un preciso andamento nel tempo. Va ricordato che diversi fattori influiscono sui risultati degli ultimi anni: accanto al fatto che è via via maggiore la proporzione degli esaminati che in passato avevano già aderito allo screening (una popolazione con una prevalenza di lesioni inferiore rispetto ai soggetti al primo episodio di screening), la pandemia ha influito negativamente anche sull'adesione alla colonscopia di approfondimento, particolarmente nelle regioni del Centro e Sud, con un riflesso negativo sul tasso di lesioni identificate negli esaminati. D'altro canto, in situazioni di bassa adesione non si possono escludere fenomeni di auto selezione di aderenti a maggior rischio di malattia. Infine, è da considerare anche la difficoltà di recupero delle informazioni relative alla casistica.

Tabella 3. Risultati dei programmi con ricerca del sangue occulto fecale per macroarea. Età 50-69 anni. Periodo 2018-2021.

Area	Periodo	Numero di persone esaminate	Adesione all'invito	Proporzione di persone con test positivo	Tasso di identificazione dei carcinomi	Tasso di identificazione degli adenomi avanzati
Nord	2018	1.689.262	50,4%	4,4%	1,0%	6,6‰
	2019	1.700.122	49,4%	5,1%	1,1‰	6,8%
	2020	945.170	46,8%	5,3%	1,0‰	7,7‰
	2021	1.734.441	47,9%	4,6%	1,0‰	6,3‰
Centro	2018	608.600	36,0%	4,7%	1,2%	7,1%
	2019	586.919	34,8%	5,1%	1,1‰	6,8‰
	2020	419.240	27,2%	5,1%	0,8‰	6,0‰
	2021	564.343	31,5%	5,1%	0,9‰	6,8‰
Sud e Isole	2018	272.575	31,0%	5,7%	2,0%	5,8%
	2019	247.234	25,7%	7,9%	2,1‰	6,9‰
	2020	89.099	15,8%	9,5%	1,1‰	4,0‰
	2021	193.727	23,7%	7,1%	1,6‰	4,2‰

La proposta di screening nei soggetti con più di 70 anni

Sia le Raccomandazioni del Consiglio d'Europa del 2003 sia quelle più recenti del 2022 e le Linee guida ministeriali indicano come target per i programmi di screening colorettale la fascia di età compresa tra i 50 e i 74 anni. L'estensione dello screening ai 70-74enni, viene indicata anche nel Piano nazionale prevenzione 2020-2025. Nella maggior parte delle regioni italiane, tuttavia, la fascia oggetto della proposta di screening si limita ai 50-69enni, anche se non mancano i programmi in cui la proposta si rivolge anche a soggetti di età superiore.

Anche questa attività ha risentito degli effetti della pandemia da Covid-19. Infatti rispetto al 2019, quando erano stati invitati 430.748 soggetti, si è osservata nel 2020 una riduzione importante (267.401 invitati).
Nel 2021 il volume degli inviti ha mostrato una crescita importante, tornando a valori sovrapponibili a quelli pre-pandemici (455.141 invitati, pari al 6,6% del volume complessivo degli inviti effettuati dai programmi di screening nell'anno). La maggior parte dell'attività sui soggetti con più di 70 anni è stata svolta in Lombardia (237.748 invitati, pari al 52% del totale nazionale) e in Lazio (132.427, 29%). Altre regioni che hanno invitato soggetti in questa fascia d'età sono Campania (24.793, 5%), Umbria (21.113, 5%), Friuli Venezia Giulia (17.523, 4%) e Toscana (17.729, 4%).

Complessivamente l'adesione corretta all'invito tra gli ultra70enni è stata del 45,4% (203.695 soggetti). Nei 19.294 soggetti al primo episodio di screening la positività al sangue occulto è stata del 6,9%, il tasso di identificazione di carcinoma e del 2,3 per 1.000 e il tasso di adenomi avanzati8,1 per 1.000. Negli 185.988 soggetti ad un episodio di screening successivo al primo, la positività al sangue occulto è stata del 6,7%, mentre i tassi di identificazione sono stati rispettivamente pari a 1,5 e 7,3 per 1.000 per carcinomi e adenomi avanzati. Complessivamente sono stati diagnosticati 323 carcinomi e 1.523 adenomi avanzati.

Rettosigmoidoscopia: la prevenzione a intervalli lunghi

I nove programmi di screening colorettale del Piemonte prevedono l'esecuzione della rettosigmoidoscopia come test di screening per i residenti di 58 anni di età. Dopo la flessione degli inviti registrata nel 2020, si osserva una ripresa nel 2021, quando sono stati invitati 37.418 soggetti, un valore sensibilmente inferiore rispetto ai volumi di inviti registrati prima della pandemia (Tabella 4).

Gli esaminati sono stati quasi 8.100, con un'adesione del 21,9%, che è ritornata sui valori degli anni precedenti al 2020, quando aveva avuto una diminuzione evidente .In caso di mancata adesione alla rettosigmoidoscopia, è previsto un invito a sottoporsi al test per la ricerca del sangue occulto fecale. Nel 2021 tale proposta ha portato ad un incremento di adesione da parte della popolazione target, con un valore cumulativo del 30,6%.

La quota di inviti ad approfondimento (12,2% nel 2021) si pone stabilmente su livelli superiori allo standard di riferimento. Nel 2021, in meno della metà dei casi il richiamo era 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 (43,3 per 1.000 esaminati), che è circa sei volte maggiore rispetto ai programmi con sangue occulto, a indicare l'elevato potenziale di prevenzione di questa strategia di screening.

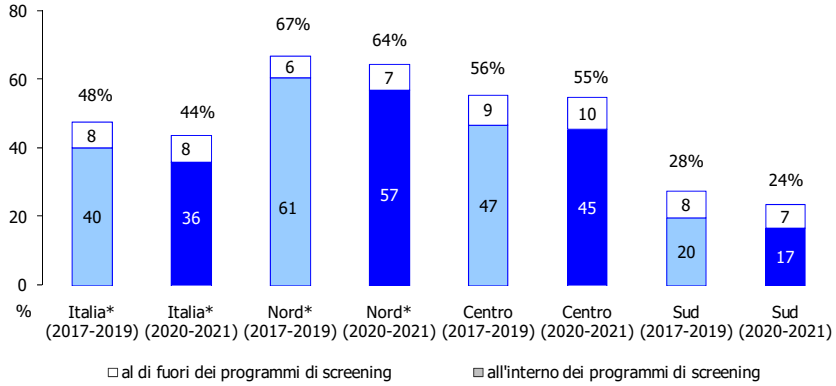
Tabella 4. Programmi con rettosigmoidoscopia. Risultati principali. Periodo 2018-2021.

Anno di attività	2018	2019	2020	2021	Standard accettabile Giscor
Numero di persone invitate	68.893	68.417	28.071	37.418	
Adesione corretta all'invito	23,3%	23,0%	14,2%	21,9%	>45%
Adesione a rettosigmoidoscopia o al test per la ricerca del sangue occulto fecale	39,8%	28,5%	25,0%	30,6%	
Numero di persone sottoposte a screening	15.696	16.848	5.279	8.098	
Proporzione di persone con test positivo	11,8%	11,6%	11,2%	12,2%	<8%
Numero di persone richiamate a colonscopia	1.856	1.941	593	986	
Proporzione di aderenti all'approfondimento	86,3%	77,6%	79,4%	84,0%	>90%
Numero di carcinomi individuati	48	39	13	22	
Tasso di identificazione dei carcinomi (x 1000 sottoposti a screening)	2,9‰	2,3‰	2,5‰	2,7‰	>3‰
Numero di adenomi avanzati individuati	759	699	202	348	
Tasso di identificazione degli adenomi avanzati (x 1000 sottoposti a screening)	48,4‰	41,5‰	38,3‰	43,3‰	>35‰

Copertura all'esame per la prevenzione dei tumori colorettali: i risultati del sistema di sorveglianza Passi

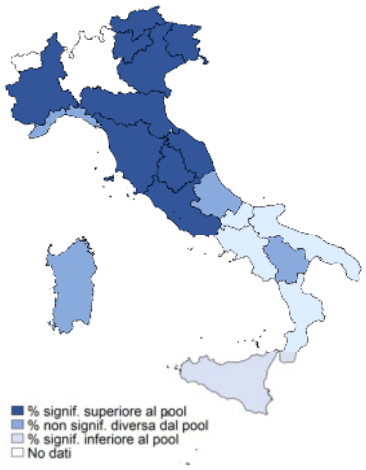
Secondo i dati della sorveglianza Passi, in Italia nel biennio 2020-2021 il 44% delle persone 50-69enni intervistate ha dichiarato di aver eseguito un esame a scopo preventivo per la diagnosi precoce dei tumori del colon retto (sangue occulto negli ultimi 2 anni e/o colonscopia negli ultimi 5 anni*), percentuale significativamente più bassa di quella del triennio precedente (48%) (Figura 1).
Passi riesce solo parzialmente a mostrare la riduzione della copertura ai test preventivi sia complessiva sia nei gruppi di popolazioni, dovuta direttamente o indirettamente alla pandemia da Sars-CoV-2, in quanto è retrospettivo, cioè indaga se è stata effettuata una ricerca del sangue occulto o una colonscopia/rettosigmoidoscopia, rispettivamente, nei due o cinque anni precedenti all'intervista.
La copertura complessiva per la diagnosi precoce dei tumori colorettali raggiunge valori più elevati al Nord (64%) e al Centro (55%), mentre è più bassa al Sud (24%) (Figura 1). Maggiori variabilità si osservano, invece, a livello delle singole regioni (Figure 2 e 3). È opportuno precisare che la Lombardia non contribuisce all'indagine Passi e pertanto i dati della macroarea Nord non sono rappresentativi dell'andamento della copertura in quella Regione.
Anche l'analisi della serie storica della copertura evidenzia un calo, più evidente nelle regioni del Nord e del Sud, interrompendo così il progressivo aumento registrato nel periodo 2010-2019 (Figure 4 e 5).
In particolare, nel 2020-2021 è diminuita l'esecuzione degli esami all'interno dei programmi di screening, andamento in contrapposizione rispetto a quello registrato negli anni precedenti (Figura 4). Questa tendenza è più evidente nelle regioni del Nord, dove la copertura all'interno dei programmi è passata dal 61% al 57% (Figura 1).
Passi informa, infatti, sulla copertura agli esami preventivi nella popolazione target, comprensiva sia della quota di quelli eseguiti all'interno dei programmi di screening organizzati o di altre offerte gratuite delle Asl[4] sia di quelli effettuati al di fuori (proxy di screening spontaneo).
Poiché Passi è retrospettivo e, quindi, meno veloce a registrare cambiamenti puntuali di copertura, si sono analizzate le percentuali di test effettuati nei 12 mesi precedenti l'intervista. Questo indicatore ha evidenziato un calo nel 2020, passando dal 25% nel 2019 al 19%, e nel 2021 (20%). In particolare, il calo ha interessato la quota di test eseguiti all'interno dei programmi di screening organizzati, che si è ridotta del 27%; questa componente è leggermente incrementata nel 2021 (+8% rispetto al 2020). Il modello di regressione *Poisson* indica che i differenziali per istruzione e cittadinanza nella percentuale di esami preventivi effettuati nei 12 mesi precedenti l'intervista sono più evidenti nel 2020-2021 rispetto al triennio antecedente.

Figura 1. Esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati* (%)
Persone 50-69enni
Passi 2017-2019 (n. 36.368) e 2020-2021 (n. 15.338)



**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).*

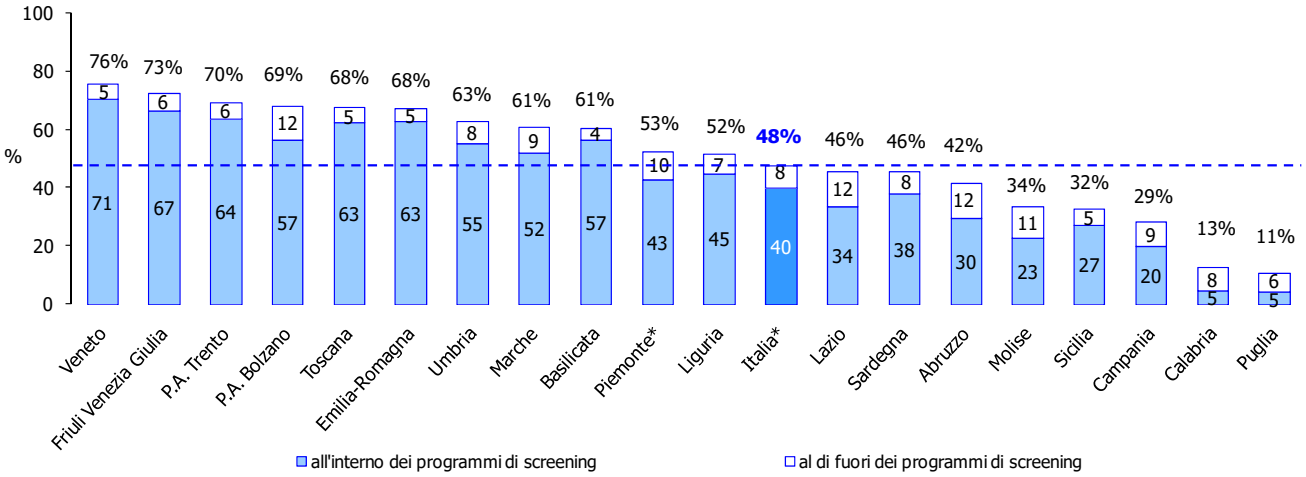
Figura 2. Esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati* (%)
Persone 50-69enni
Passi 2020-2021 (n. 15.338)



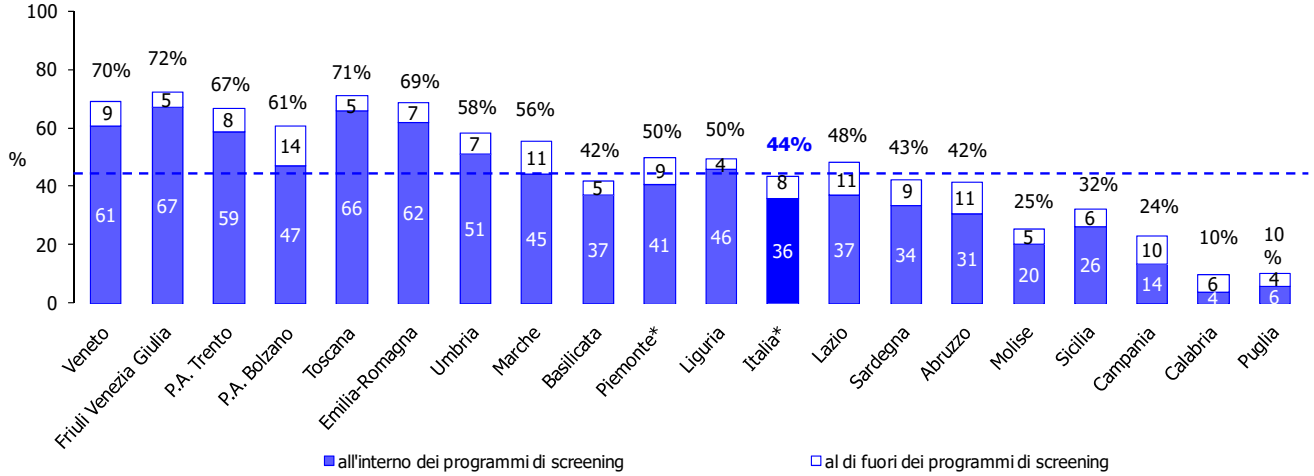
[4]La stima della copertura dentro e fuori dai programmi di screening organizzati è stata effettuata mediante un indicatore *proxy* sull'aver pagato o meno l'esame. Per pagamento si intende sia quello relativo al costo completo dell'esame sia quello del solo ticket. L'utilizzo di questo indicatore può comportare una leggera sovrastima della copertura effettuata all'interno dei programmi principalmente per tre motivi: 1) alcune donne effettuano il test 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 il test in percentuale maggiore rispetto alle non rispondenti. A causa di un possibile mancato ricordo sull'informazione del pagamento la somma della quota dentro e fuori dai programmi organizzati potrebbe non combaciare esattamente con la copertura totale.

Figura 3. Esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati* (%)
Persone 50-69enni

Passi 2017-2019**



Passi 2020-2021**



**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 Valle d'Aosta non è presente nei grafici a causa della bassa numerosità per il 2020-2021 ma contribuisce al valore nazionale di entrambi i periodi.*

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 2010-2021

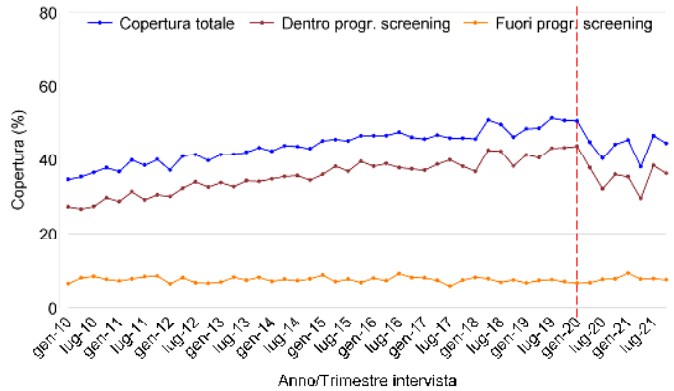
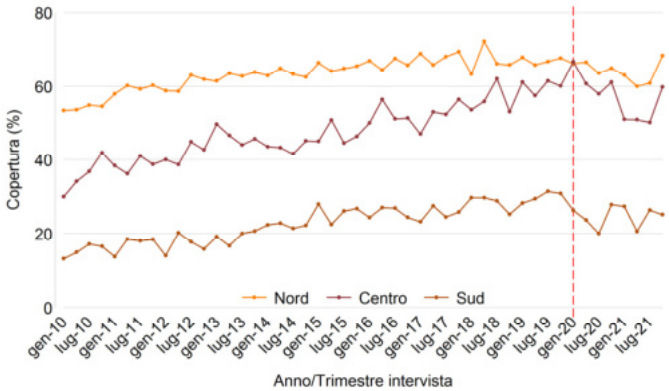


Figura 5. Esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati* per ripartizione geografica (%)
Persone 50-69enni

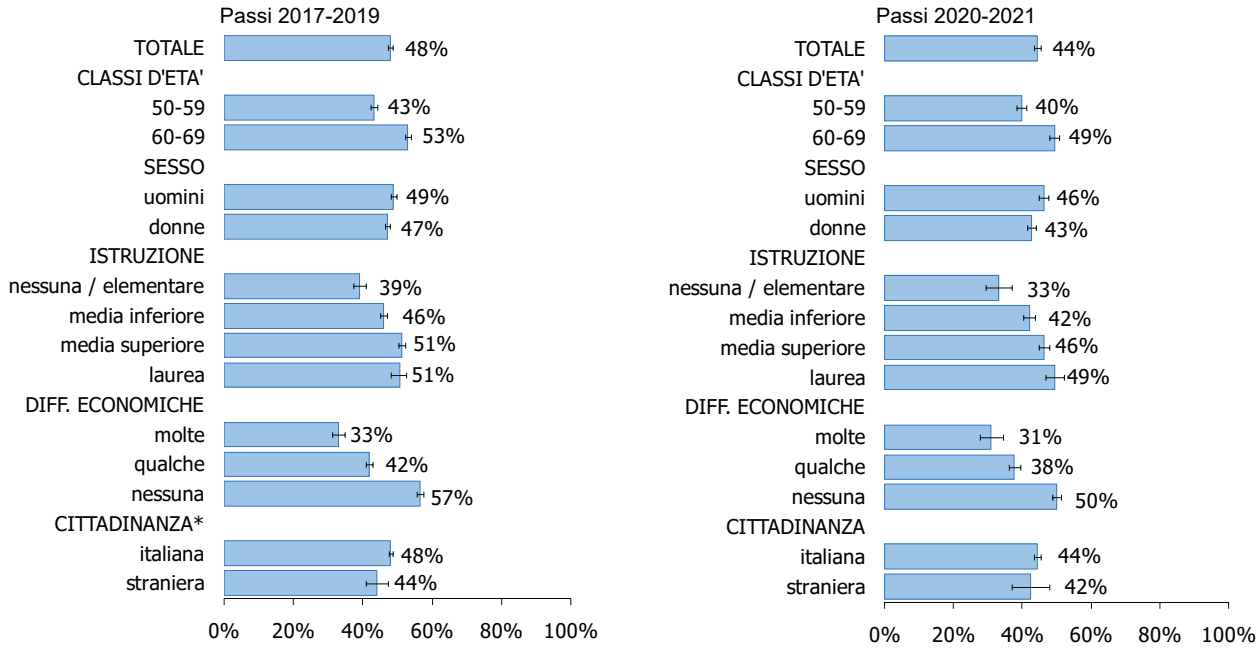
Passi 2010-2021



**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).*

Nel 2020-2021 si confermano i differenziali già osservati per classe d'età, istruzione e difficoltà economiche. Più in dettaglio, tra il 2020-2021 e il 2017-2019 si sono registrate le riduzioni maggiori nella copertura tra le donne, in quelle con un basso livello d'istruzione, in quelle senza difficoltà economiche riferite e negli italiani (Fig. 6).

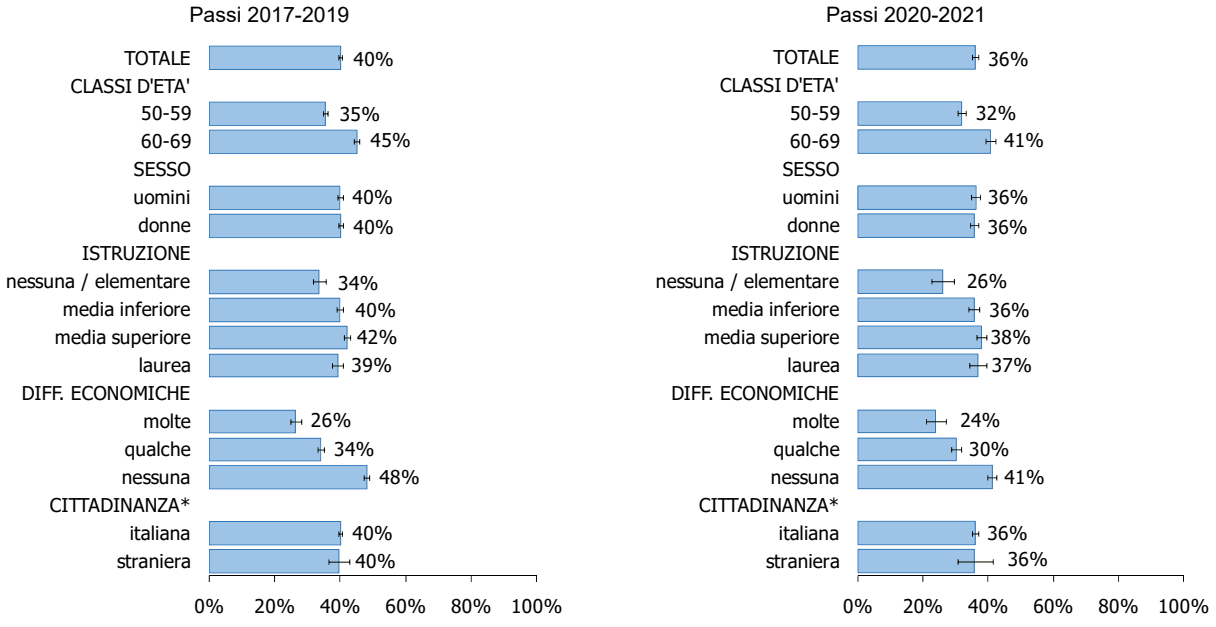
Figura 6. Copertura agli esami per la prevenzione dei tumori colorettali entro i tempi raccomandati per caratteristiche socio-demografiche
Persone 50-69enni (%)



**Italiani: persone con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a sviluppo avanzato (Psa); Stranieri: persone immigrate da Paesi a forte pressione migratoria (Pfpm).*

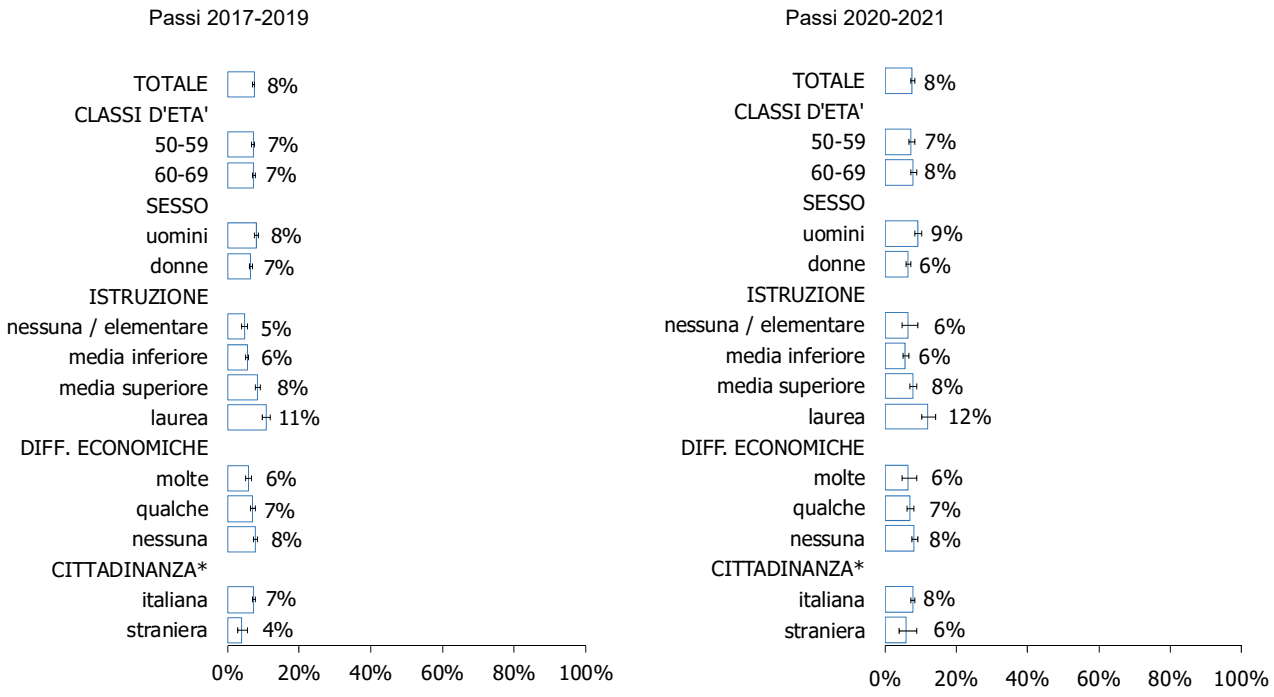
Nella copertura agli esami eseguiti nei programmi di screening organizzati, o di altre offerte gratuite delle Asl, si sono registrate variazioni maggiori tra le persone con istruzione medio-bassa e in quelle senza molte difficoltà economiche (Fig. 7).
Nella quota di test effettuati al di fuori dei programmi di screening organizzati non si sono evidenziate variazioni significative tra il 2020-2021 e il triennio precedente (Fig. 8).

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



**Italiani: persone con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a sviluppo avanzato (Psa); Stranieri: persone immigrate da Paesi a forte pressione migratoria (Pfpm).*

Figura 8. Copertura agli esami per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati al di fuori dei programmi di screening organizzati (%)
Persone 50-69enni



**Italiani: persone con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a sviluppo avanzato (Psa); Stranieri: persone immigrate da Paesi a forte pressione migratoria (Pfpm).*

Nome file: Rapporto ONS 2021_Definitivo.doc
Directory: C:\Users\Craus\Documents
Modello:
C:\Users\Craus\AppData\Roaming\Microsoft\Templates\Normal
.dotm
Titolo:
Oggetto:
Autore: moniapc
Parole chiave:
Commenti:
Data creazione: 27/05/2022 13:08:00
Numero revisione: 125
Data ultimo salvataggio: 20/06/2023 10:20:00
Autore ultimo salvataggio: Craus
Tempo totale modifica 8.200 minuti
Data ultima stampa:20/06/2023 10:21:00
Come da ultima stampa completa
Numero pagine: 37
Numero parole: 10.786 (circa)
Numero caratteri: 61.485 (circa)