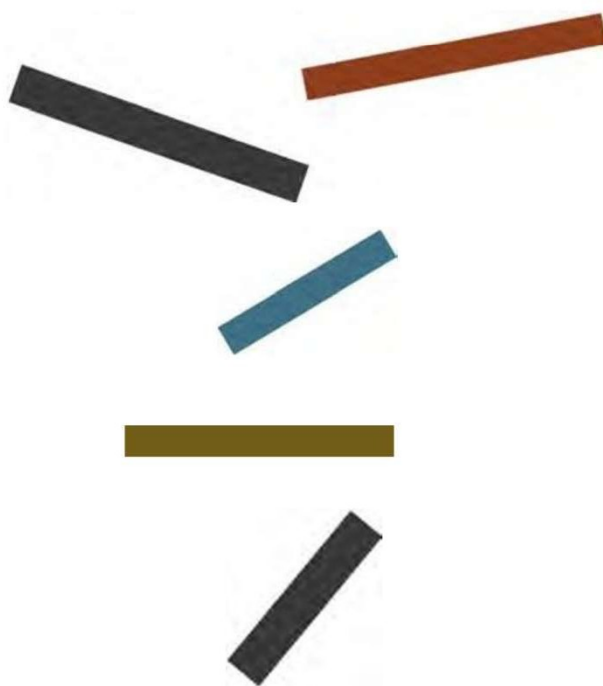




Osservatorio nazionale screening

Rapporto sul 2023



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

Sommario

Premessa	3
Lo screening mammografico	5
Lo screening della mammella visto da Passi	11
Lo screening cervicale	15
Lo screening cervicale visto da Passi	23
Lo screening coloretale	27
Lo screening coloretale visto da Passi	33

Premessa

Paola Mantellini – Osservatorio nazionale screening

Nel mese di ottobre 2024 e successivamente nel mese di gennaio 2025, sul sito dell'Ons, sono stati pubblicati gli indicatori di estensione, adesione e copertura del Nuovo sistema di garanzia (Nsg) relativi al 2023 per macroarea e per le singole regioni. Nell'attuale Rapporto breve 2023 agli indicatori di estensione e adesione si associano gli indicatori di performance diagnostica dei 3 programmi di screening con l'intento di offrire un'ampia visuale sull'andamento dei programmi di screening nel nostro Paese. In questo Rapporto gli indicatori sono stratificati anche per macroarea e l'analisi si arricchisce, come di consueto, del contributo dell'indagine Passi, un'indagine campionaria, coordinata dall'Istituto superiore di sanità (Iss), che permette di indagare in dettaglio le disuguaglianze esistenti. Inoltre, per il secondo anno consecutivo è disponibile un focus sull'adesione della popolazione migrante.

Come è noto, l'invito alla popolazione avente diritto è disciplinato dal Dpcm del 12 gennaio 2017 e i dati presentati si riferiscono prioritariamente alla popolazione in fascia Lea e cioè donne di età compresa tra i 50 ed i 69 anni nello screening mammografico, donne di età compresa tra i 25 ed i 64 anni per il tumore del collo dell'utero e donne e uomini di età compresa tra i 50 ed i 69 anni per lo screening del colon-retto. In realtà alcune regioni, in particolare quelle su cui non vige un piano di rientro, hanno ottemperato alle indicazioni del Piano nazionale di prevenzione 2020-2025, al Piano oncologico nazionale 2023-2027 e alle nuove Raccomandazioni del Consiglio europeo emanate a fine 2022: per questo motivo sono illustrati i dati di copertura relativi alle fasce di età 45-49 e 70-74 nello screening mammografico e alla fascia di età 70-74 nello screening coloretale.

Come riportato nei [precedenti aggiornamenti](#), 15.946.091 milioni di persone sono state invitate a eseguire un test di screening e 6.915.968 milioni hanno aderito¹. Il dettaglio relativo alle performance diagnostiche ci permette di registrare un buon andamento, peraltro in progressivo miglioramento, di molti indicatori, mentre in alcuni programmi si osservano criticità relative alla presa in carico tempestiva di persone che necessitano di un approfondimento diagnostico, all'adesione ad approfondimenti diagnostici e a controlli ravvicinati.

¹Relativamente ai test eseguiti il numero riportato comprende anche coloro che hanno partecipato a seguito degli allargamenti di fascia di età operati da alcune regioni.

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 e Claudio Barbiellini Amidei (survey sullo screening coloretale), l'Ispro Firenze con i colleghi Patrizia Falini, Giuseppe Gorini e Paola Mantellini (survey sullo screening mammografico) e 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 coordinamenti regionali e ai moltissimi operatori che si sono adoperati con grande impegno nella raccolta dei dati.

Lo screening mammografico

Dati di attività dal 2019 al 2023

Nel 2023, 275.675 donne in più hanno ricevuto un invito a fare la mammografia e 247.142 donne in più hanno aderito rispetto al 2022, registrando un aumento dell'adesione grezza del 3% (dal 49.9% nel 2022 al 52.7% nel 2023), ritornando a livelli simili a quelli del 2021 (Tabella 1). 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 55.4%, in aumento rispetto al 2022. Dopo il miglioramento della performance nel 2021 legato al recupero di copertura successivo al lockdown, il 2022 registra un fenomeno di rimbalzo in negativo nella partecipazione, evidente anche per fascia di età, mentre il 2023 riporta la partecipazione a livelli analoghi anche se leggermente inferiori rispetto al 2021 (Figura 1). Nel 2023, come negli anni precedenti, ogni 100 donne esaminate, 6.2 vengono chiamate a effettuare un supplemento di indagine, solitamente un approfondimento radiologico, un'ecografia, una visita clinica e più raramente un prelievo biotico. Il numero di carcinomi diagnosticati allo screening è pari a 10.305 unità nel 2023 (contro 1.013 lesioni benigne), con un tasso di identificazione di 5.0 casi ogni 1.000 donne sottoposte a screening. Rispetto al 2019, anno pre-pandemico, dove si registrano un'adesione grezza lievemente più elevata rispetto al 2023 e un tasso di richiamo per approfondimenti paragonabile, si rileva un aumento del numero di carcinomi diagnosticati che porta il tasso di identificazione dal 4,4‰ nel 2019 al 5,0‰ nel 2023. Il numero di carcinomi duttali in situ e di carcinomi invasivi ≤ 10 mm sono più elevati nel 2023 rispetto al 2019, sempre perché oltre 200.000 mammografie in più sono state effettuate nel 2023 rispetto al 2019. Questo aumento dei tumori identificati rispetto al 2019 era già presente nel periodo 2020-2022.

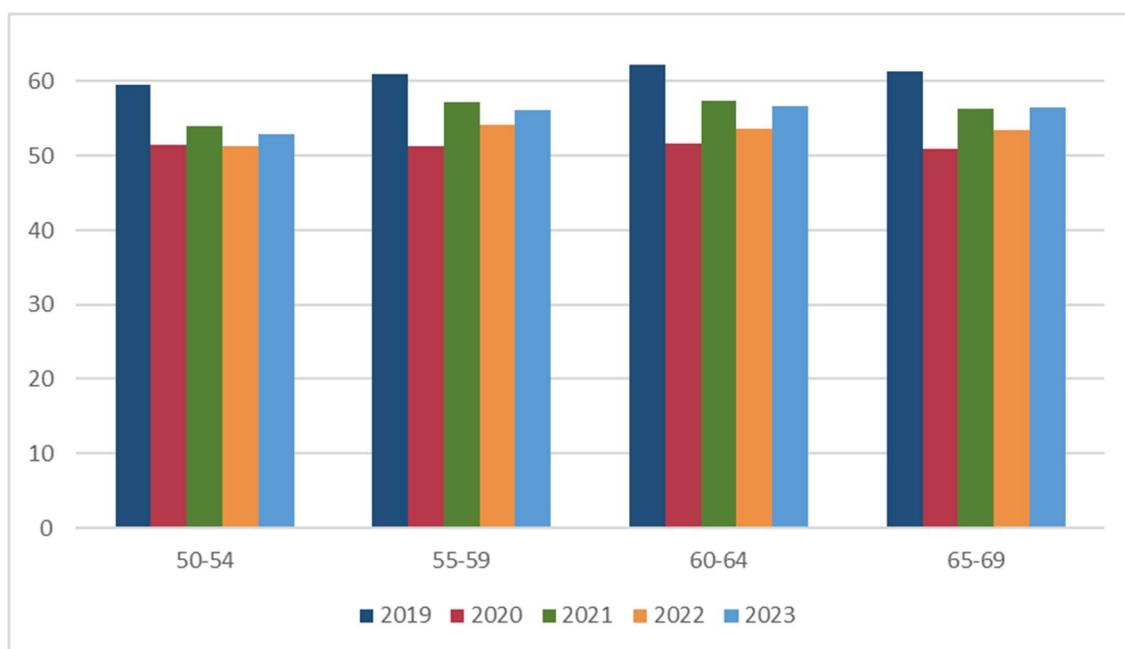
Tabella 1. Dati nazionali di attività di screening mammografico, fascia 50-69. Periodo 2019-2023.

Anno di attività	2019	2020	2021	2022	2023
Numero di donne invitate al netto delle inesitate	3.582.635	2.593.288	3.569.763	3.637.962	3.913.637
Numero di donne aderenti all'invito	1.923.151	1.241.639	1.914.891	1.815.693	2.062.835
Adesione grezza all'invito (%)	53,7	47,9	53,6	49,9	52,7
Adesione corretta all'invito (%)	60,7	51,0	56,2	53,0	55,4
Numero di donne esaminate*	1.876.721	1.242.415	1.937.375	1.847.121	2.079.685
Numero di donne richiamate per approfondimenti	119.032	80.109	119.062	120.051	128.548
Percentuale di donne richiamate per approfondimenti (%)	6,3	6,4	6,1	6,5	6,2
Numero di lesioni benigne	952	741	1.343	1.024	1.013
Numero di carcinomi diagnosticati allo screening	8.300	6.061	9.845	8.582	10.305
Rapporto biopsie benigne/maligne	0,12	0,13	0,15	0,13	0,11
Tasso di identificazione (‰)	4,4	4,9	5,1	4,6	5,0
Numero di carcinomi duttali in situ diagnosticati allo screening	1.133	801	1.316	1.097	1.354
Numero di carcinomi invasivi ≤ 10 mm diagnosticati allo screening	2.443	1.781	2.786	2.490	3.005
Tasso di identificazione dei carcinomi invasivi ≤ 10 mm (‰)	1,3	1,4	1,4	1,3	1,4
Percentuale di trattamento chirurgico conservativo nei tumori invasivi ≤ 2 cm	84,1	82,2	80,8	85,9	85,6
Carcinomi stadio II+ (esami successivi; %)	-§	23,7	22,9	22,1	20,9
Stadio ignoto (esami successivi; %)	-§	12,4	11,6	10,6	12,1

*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 2019-2023.



La valutazione dei principali indicatori raccolti e il confronto con gli standard di riferimento italiani ed europei confermano complessivamente il buon andamento dell'attività. Nel 2023 l'adesione grezza ritorna superiore al livello accettabile del 50%. Il rapporto tra diagnosi istologiche benigne e maligne nelle donne sottoposte a biopsia chirurgica o intervento è pienamente sotto la soglia raccomandata (Primo esame: $\leq 1:1$ Esami succ.: $\leq 0.5:1$) e tende a rimanere stabile nel tempo. Anche altri indicatori che valutano 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. Si conferma anche nel 2023, come già registrato nel 2022, che il trattamento chirurgico conservativo dei tumori con diametro inferiore ai 2 centimetri è al di sopra del limite di accettabilità (85%).

La quota di tumori con stadio II+ (Tabella 1) rientra nello standard raccomandato ed è in lieve diminuzione (22.9% nel 2021; 22.1% nel 2022; 20.9% nel 2023), 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.

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 2, 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. Rispetto al 2022 si registra una lieve flessione della percentuale di donne a cui è stato inviato l'esito negativo entro 21 giorni dall'esecuzione della mammografia (70% vs 74% dello scorso anno) e della percentuale di approfondimenti effettuati entro 28 giorni dall'esecuzione della mammografia (61% vs 63,8%).

Tabella 2. Tempi di attesa. Periodo 2019-2023.

Anno di attività	2019	2020	2021	2022	2023	Standard accettabile Gisma
Invio dell'esito per i casi negativi entro 21 giorni dall'esecuzione della mammografia	59,6%	74,2%	72,2%	74,2%	69.9%	90%
Approfondimento entro 28 giorni dall'esecuzione della mammografia	52,5%	59,5%	61,6%	63,8%	61.1%	90%
Intervento entro 60 giorni dall'esecuzione della mammografia	29,4%	31,8%	28,5%	28,5%	26.0%	n.d.

La Tabella 3 presenta i dati per macroaree geografiche: Nord, Centro, Sud e Isole. Il numero di inviti ha superato di gran lunga i livelli pre-pandemici anche nel Sud, con oltre 217.000 inviti in più rispetto al 2019 e 121.000 in più rispetto al 2022. L'adesione grezza al Sud nel 2023 è ritornata ai livelli pre-pandemici. Nel Nord si assiste a circa 101.000 inviti in più nel 2023 rispetto al 2022, con un'adesione grezza stabile intorno al 61%. Nel Centro gli inviti nel 2023 hanno superato quelli del 2019 con un'adesione grezza intorno al 51%. I tassi di richiamo superiori del 7%, quindi al di sopra degli standard di riferimento, riguardano le regioni del Centro e del Sud-Isole. Il tasso di identificazione dei carcinomi si attesta intorno al 5‰ al Nord e al Centro e al 3.5‰ al Sud. La proporzione di donne con lesioni piccole sottoposte a trattamento chirurgico conservativo al Centro e al Nord è stabile nel tempo e superiore allo standard considerato accettabile (85%), mentre al Sud e Isole si è visto un miglioramento notevole negli ultimi anni e nel 2023 arriva ben all'84%, valore prossimo allo standard accettabile.

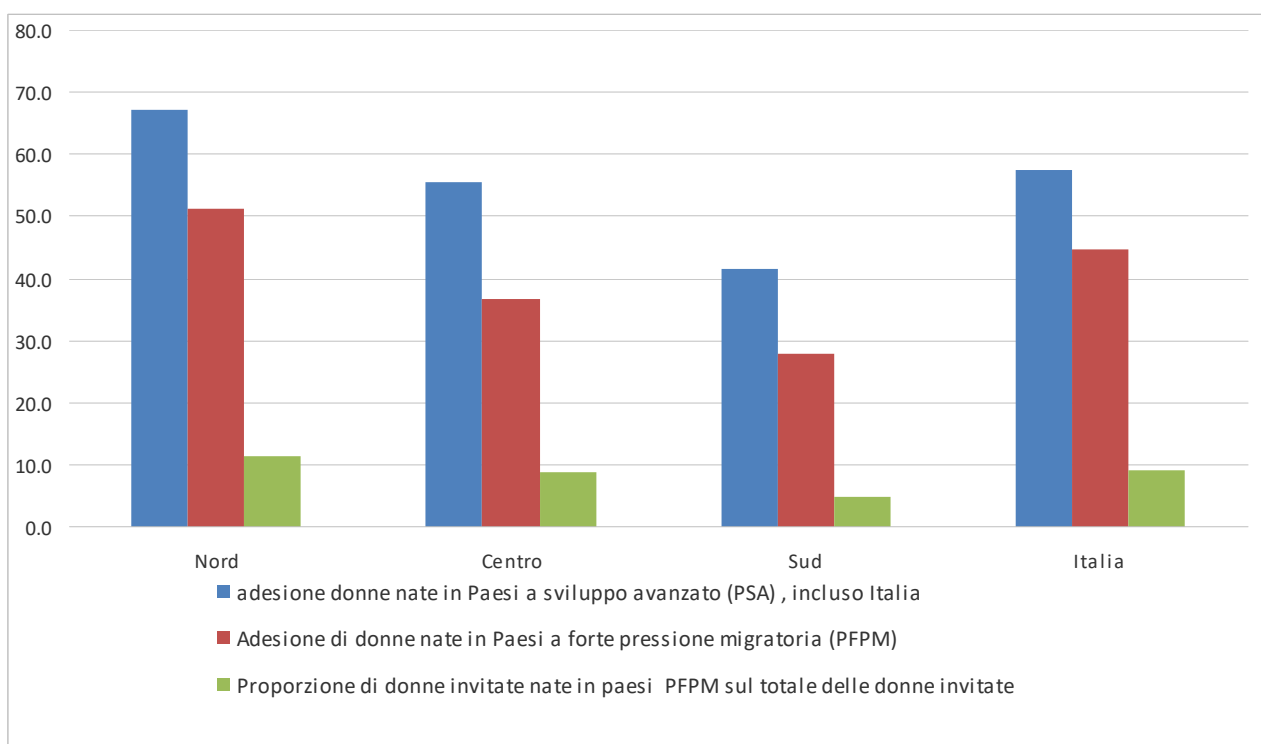
Tabella 3. Indicatori per macroaree: Nord, Centro e Sud Italia. Periodo 2019-2023.

Area geografica	Nord					Centro					Sud e Isole				
Anno di attività	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023
N. totale di donne invitate al netto delle inesitate	1.870.402	1.253.283	1.902.452	1.824.122	1.925.181	805.430	713.140	846.088	811.142	805.430	906.803	626.865	821.223	1.002.698	1.124.412
N. di donne aderenti all'invito	1.133.972	741.648	1.173.136	1.048.513	1.184.244	426.283	316.070	408.776	406.768	426.283	362.896	183.921	332.979	360.412	439.746
Adesione grezza all'invito (%)	60,6	59,2	61,7	57,5	61,5	52,9	44,3	48,3	50,1	52,9	40	29,3	40,5	35,9	39,1
N. di donne esaminate nel periodo	1.144.752	748.045	1.195.271	1.086.979	1.202.968	426.283	316.070	411.882	406.768	426.283	305.686	178.300	330.222	353.374	437.893
% di donne richiamate per approfondimenti	5,01	5,15	4,95	5,21	4,8	8,48	8,52	8,66	9,09	8,48	8,33	8,24	7,33	7,47	8,2
Lesioni benigne	532	360	587	529	497	288	210	655	349	288	132	171	101	146	120
Tasso di identificazione dei carcinomi (%)	4,77	5,19	5,44	4,93	5,3	4,3	4,08	5,1	4,85	4,3	3,31	4,98	3,75	3,55	3,4
Tasso di identificazione dei carcinomi invasivi ≤ 10 mm (%)	1,4	1,57	1,47	1,37	1,5	1,34	1,41	1,56	1,66	1,34	0,88	0,9	1,16	0,91	0,9
% di trattamento chirurgico conservativo nei tumori invasivi ≤ 2 cm	84,51	81,84	82,63	86,12	84,7	91,23	88,51	85,46	88,05	91,23	67,92	71,74	63,64	80,92	84,3

L'andamento nella popolazione migrante

Nel 2023 è stata condotta una indagine sulla partecipazione delle donne migranti 50-69enni allo screening della mammella. Rispetto all'anno scorso hanno risposto molti più programmi di screening: tutti i programmi delle regioni del Nord e Centro, al Sud-Isole tutti i programmi di Abruzzo, Molise, Puglia, Sicilia, Sardegna, il programma di Reggio Calabria (unico programma della regione ad aver inviato i dati), tutti i programmi della Campania eccetto Avellino e Salerno. La Basilicata non ha risposto. I risultati riportati nella Figura 2 riguardano appunto solo i rispondenti. Complessivamente in Italia le donne migranti rappresentano il 9% delle donne invitate. Mentre il 57% delle donne nate in Paesi a sviluppo avanzato, incluso l'Italia, partecipa allo screening della mammella, solo il 45% delle donne provenienti da Paesi ad alta pressione migratoria (Pfpm) aderisce, ovvero il 28% in meno. Questo andamento si ripresenta simile nel Nord dell'Italia, mentre nel Centro e Sud-Isole il 50% in meno delle donne da Pfpm partecipa allo screening rispetto alle donne provenienti da Paesi a sviluppo avanzato (Psa). Inoltre, la proporzione di donne Pfpm al Sud è circa la metà di quella del Nord e del Centro.

Figura 2. Adesione corretta (%) dello screening mammografico per area e per Paese di nascita. Proporzione di donne invitate provenienti da Pfpm sul totale delle donne invitate per programma. Anno 2023.



L'andamento nelle fasce di età 45-49 e 70-74 anni nel 2023

Nel 2022 alcune regioni o singoli programmi hanno invitato allo screening anche le donne nelle fasce di età 45-49 (solitamente a intervallo annuale) e 70-74 (con intervallo biennale) con modalità organizzative diverse.

Per quanto riguarda la classe di età più giovane, nel 2022 sono state invitate 590.905 donne pari a circa il 26% della popolazione bersaglio. La maggior parte delle donne invitate in questa fascia di età proviene da 6 regioni: l'Emilia-Romagna invita il 98% delle donne residenti nella fascia di età, la Toscana il 65%, il Friuli Venezia Giulia il 60%, la Basilicata e la Lombardia il 45%, il Piemonte il 28%. Anche alcune aree della Campania, Liguria, Marche e Valle d'Aosta invitano le 45-49enni con un'estensione inferiore pari al 23% della popolazione bersaglio regionale. Il 62% delle donne accetta l'invito (336.919 donne). Piemonte, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Toscana e Lombardia registrano un'adesione nel range compreso dal 59% al 73%, mentre in Basilicata e in alcune aree della Liguria si attesta intorno al 48%-49%; in alcune aree della Campania e Marche il valore si posiziona intorno al 22%-29%.

Per quanto riguarda le ultrasessantenni è necessario premettere che vi sono modalità di invito differenti tra una regione e l'altra. Ad ogni modo, nel 2022 sono state invitate circa 360.000 donne, pari al 41% della popolazione target; 229.600 hanno risposto all'invito, con una partecipazione del 69%. Relativamente alle donne invitate in questa fascia di età, la Provincia Autonoma di Trento, la Lombardia, l'Emilia-Romagna e l'Umbria hanno invitato oltre l'87% delle donne ultrasessantenni; il Veneto e la Toscana ne hanno invitato circa l'80%, mentre la Basilicata e il Friuli Venezia Giulia si sono attestati intorno al 50%. Il Piemonte ha invitato circa il 39% delle donne di questa fascia d'età. La rispondenza è elevata in tutte le regioni, in un range compreso tra il 56% in Basilicata e l'80% in Toscana.

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 2022-2023 il 73% delle donne 50-69enni intervistate ha dichiarato di aver eseguito una mammografia preventiva entro gli ultimi due anni (Figura 1).

La copertura complessiva a questo esame preventivo raggiunge valori elevati al Nord (83%) e al Centro (78%), mentre è più bassa al Sud (60%) (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 del Nord non sono completamente rappresentativi della copertura in quella macroarea.

Passi informa 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 Asl¹ sia di quella effettuata al di fuori (*proxy* di screening spontaneo).

A livello nazionale il 20% delle donne di 50-69 anni ha riferito di aver eseguito una mammografia preventiva al di fuori dei programmi di screening organizzati, pagando il ticket o l'intero costo; questa percentuale mostra differenze significative tra le regioni (range: 5% nella P.A. di Trento; 34% in Campania e Calabria) (Figura 3).

Figura 1. Mammografia eseguita entro gli ultimi 2 anni (%). Donne 50-69enni
Passi 2022-2023 (n. 14.585)

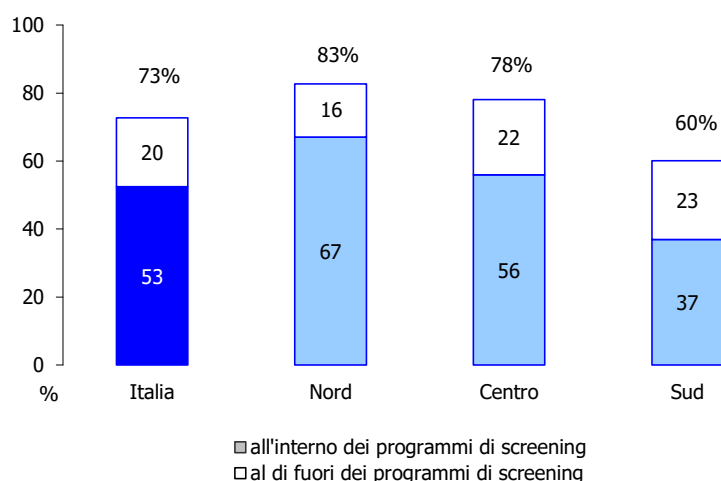
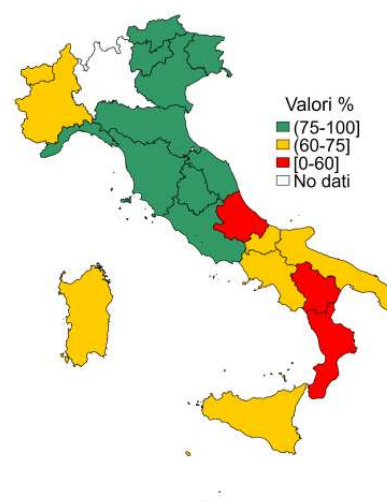
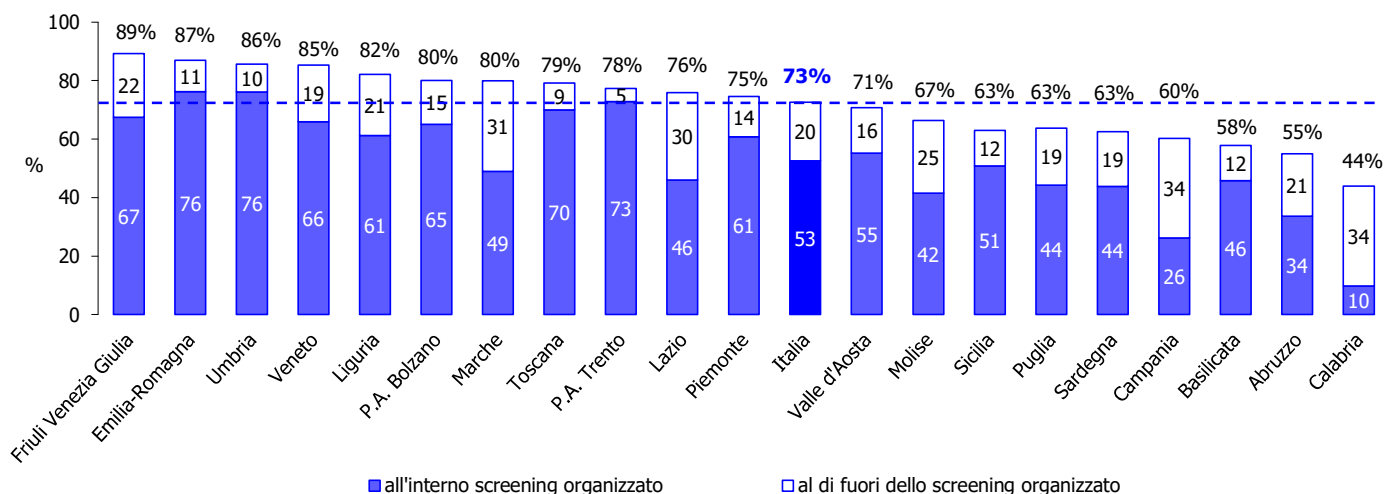


Figura 2. Mammografia eseguita entro gli ultimi 2 anni (%). Donne 50-69enni
Passi 2022-2023 (n. 14.585)



¹La 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. Mammografia eseguita entro gli ultimi 2 anni (%).
Donne 50-69enni
Passi 2022-2023



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.

Nell'intero Paese, come in tutte tre le ripartizioni geografiche, si è interrotto il progressivo aumento registrato nel periodo 2008-2019 (Figure 4 e 5). Questo fenomeno ha interessato soprattutto la percentuale di esami eseguiti all'interno dei programmi organizzati.

Nel 2023 si registrano valori vicini, anche se ancora inferiori, a quelli registrati nel triennio 2017-2019: la copertura complessiva è pari al 74% rispetto al 75%, mentre la percentuale di mammografie effettuate dentro i programmi di screening è del 53% rispetto al 55%.

Figura 4. Mammografia eseguita entro gli ultimi 2 anni all'interno o al di fuori dei programmi organizzati (%).
Donne 50-69enni
Passi 2008-2023

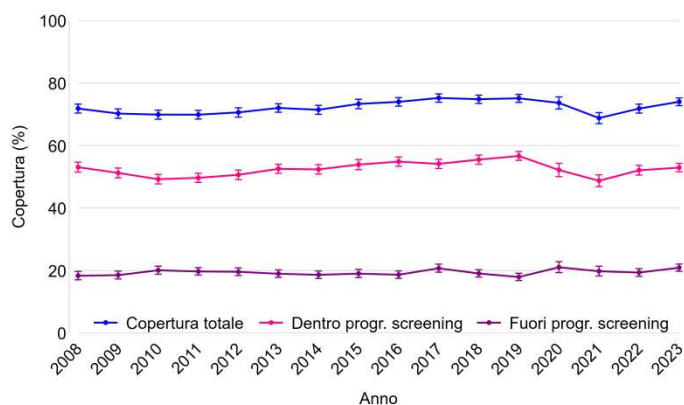
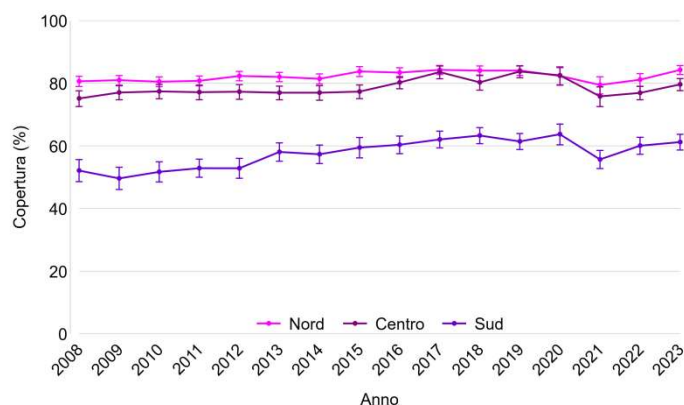
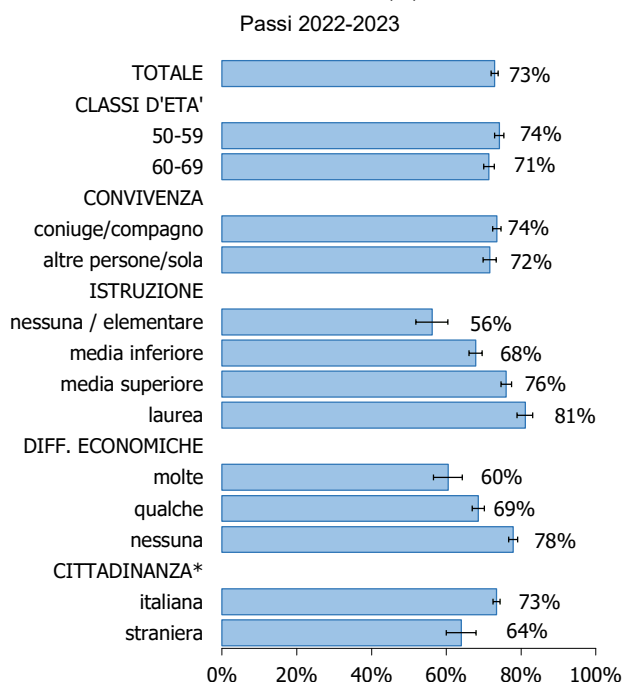


Figura 5. Mammografia eseguita entro gli ultimi 2 anni per ripartizione geografica (%).
Donne 50-69enni
Passi 2008-2023



Nel biennio 2022-2023 la percentuale di donne 50-69enni che hanno eseguito una mammografia preventiva entro gli ultimi due anni è maggiore nelle donne con istruzione medio-alta, in quelle senza difficoltà economiche e in quelle con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a sviluppo avanzato (Psa)* (Figura 6).

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



*Italiana: donne con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a sviluppo avanzato (Psa); Straniera: donne immigrate da Paesi a forte pressione migratoria (Pfp).

I differenziali per livello d'istruzione e cittadinanza sono più marcati nella quota di esami effettuati al di fuori dei programmi di screening organizzati (Figure 7 e 8). I programmi di screening organizzati sembrano, quindi, ridurre le differenze socio-demografiche, senza annullarle completamente.

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 (%)

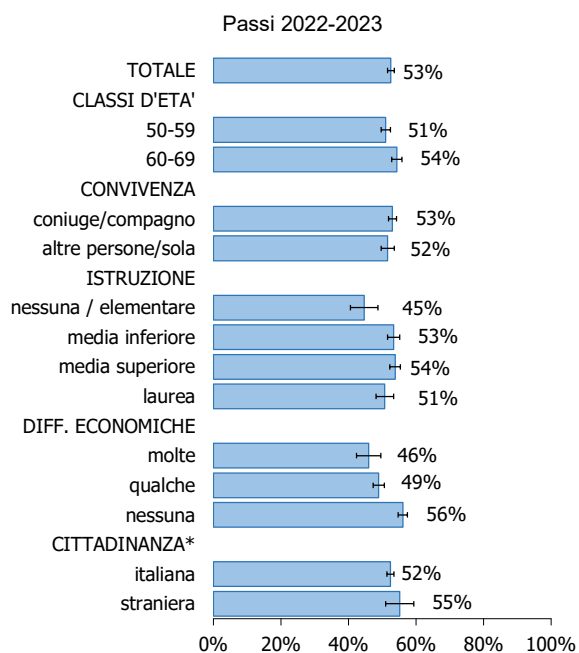
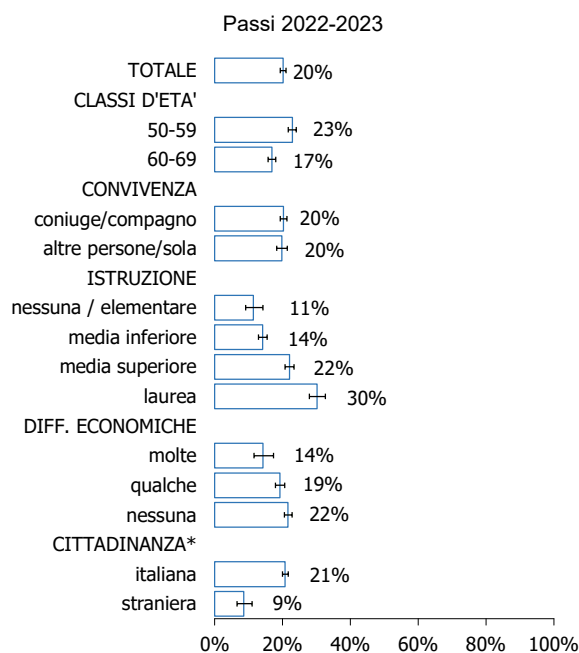


Figura 8. Copertura alla mammografia preventiva eseguita entro gli ultimi due anni al di fuori dei programmi di screening organizzati per caratteristiche socio-demografiche. Donne 50-69enni (%)



*Italiana: donne con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a sviluppo avanzato (Psa); Straniera: donne immigrate da Paesi a forte pressione migratoria (Pfp).

Passi indaga anche i motivi di non esecuzione di una mammografia preventiva entro gli ultimi due anni.

La motivazione riferita più frequentemente è la mancata ricezione della lettera di invito, seguita dal "penso di non averne bisogno", dalla mancanza di tempo e dalla "pigrizia", che potrebbero essere espressione di una bassa percezione del rischio (Figura 9).

Nelle regioni del Nord e del Centro i motivi più riferiti sono la mancata ricezione della convocazione e l'assenza di tempo, mentre al Sud sono il "penso di non averne bisogno", la pigrizia e l'assenza di tempo (Figura 10).

Figura 9. Motivi di non esecuzione di una mammografia preventiva entro gli ultimi due anni (%).
Donne 50-69enni (%)

Passi 2022-2023

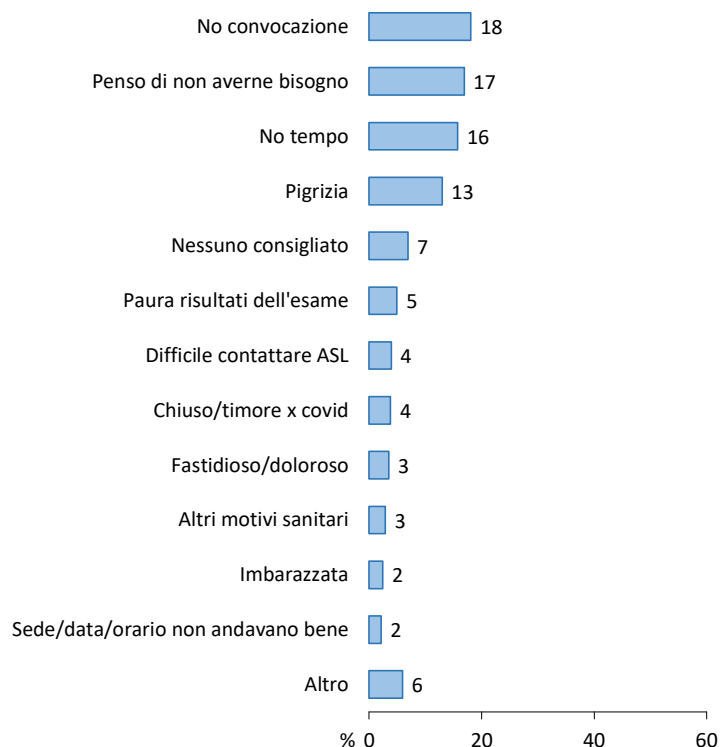
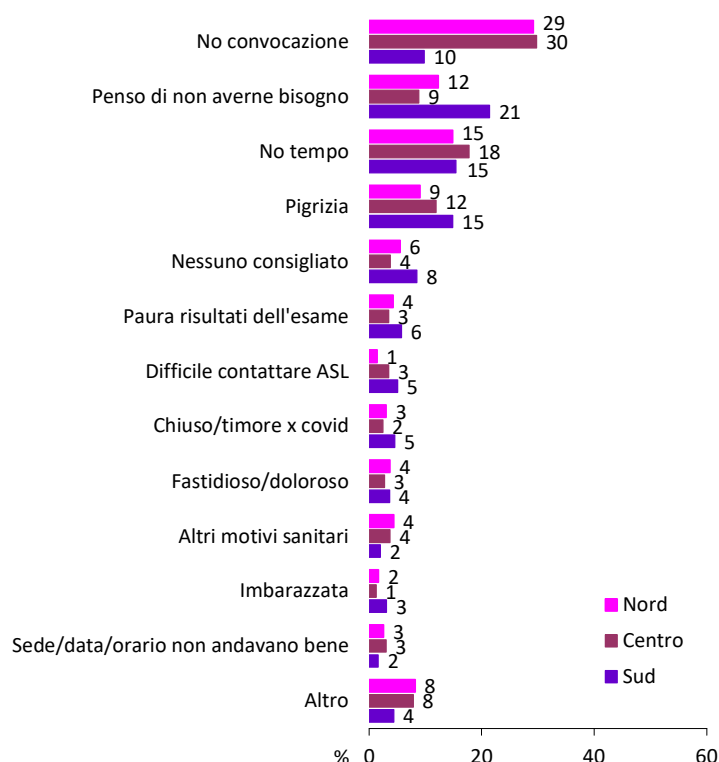


Figura 10. Motivi di non esecuzione di una mammografia preventiva entro gli ultimi due anni per ripartizione (%).
Donne 50-69enni (%)

Passi 2022-2023



Lo screening cervicale

Dati di attività dal 2019 al 2023

I dati di attività del 2023 confermano il trend di ripresa osservato nel 2022, dopo la sospensione delle prestazioni nei mesi di marzo e aprile 2020 in seguito all'epidemia di Covid-19. Si osserva infatti un ulteriore incremento del numero di donne invitate, aderenti all'invito e che hanno eseguito un esame di screening con Pap test o test Hpv nella fascia d'età 25-64 anni (Tabella 1).

Il numero delle donne invitate ed esaminate ritorna a livelli di poco superiori a quelli pre-pandemia del 2019. Anche l'adesione torna sovrapponibile ai livelli pre pandemici del 2019. Considerando l'adesione per classi di età nel 2023 rispetto al 2019, si osserva un aumento nella fascia 45-64 anni ed una riduzione nella fascia più giovane (25-34 anni), (Tabella 2).

Tabella 1. Donne che hanno effettuato un Pap test o test Hpv di screening e adesione corretta all'invito. Periodo 2019-2023.

Anno di attività	2019	2020	2021	2022	2023
Numero di donne invitate	3.835.318	2.598.295	3.426.660	3.829.577	3.982.378
Numero di donne che hanno effettuato un test di screening	1.496.872	865.551	1.293.788	1.454.621	1.554.540
Adesione all'invito corretta in donne di 25-64 anni	40,7%	34,2%	39,2%	40,3%	41,5%

Tabella 2. Adesione all'invito allo screening cervicale per fasce di età*. Periodo 2019-2023.

Fasce d'età	25-34	35-44	45-54	55-64	Totale
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%
2022	35,8%	37,1%	42,3%	42,6%	39,8%
2023	32,2%	38,4%	43,5%	42,1%	39,4%

**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.*

Screening con Hpv test come test primario nelle donne di 30-64 anni

Nel 2023 si osserva, come nel 2022, un incremento progressivo del numero di programmi di screening che utilizzano la ricerca del Dna di tipi “ad alto rischio” di Papilloma virus umano (Hpv) come test primario di screening (85 programmi attivi rispetto agli 84 del 2022 e ai 79 del 2021). Nel 2023 il test Hpv è stato utilizzato in tutte le regioni italiane ad esclusione della Sardegna e la conversione da Pap test a test Hpv, raccomandata dal ministero della Salute nel 2013, è ormai prossima al completamento: nel 2023 il 71,3% delle donne è stato invitato allo screening con test Hpv su scala nazionale, in aumento rispetto al 60,4% del 2022 e al 57,5% del 2021 (Tabella 3).

Si mantengono importanti differenze tra le aree geografiche. Nel Nord, la conversione è ormai consolidata: nel 2023, il 79,5% delle donne è stato invitato a screening con test Hpv, rispetto al 72,7% del 2022. Anche il Centro raggiunge l'80,3% nel 2023 rispetto al 71,3% del 2022. Il Sud e le Isole, registrano un forte incremento ma si mantengono ancora a un livello inferiore rispetto alle altre aree, con il 56,4% delle donne invitate a screening con Hpv nel 2023 (vs 39,1% nel 2022 e 32,4% nel 2021).

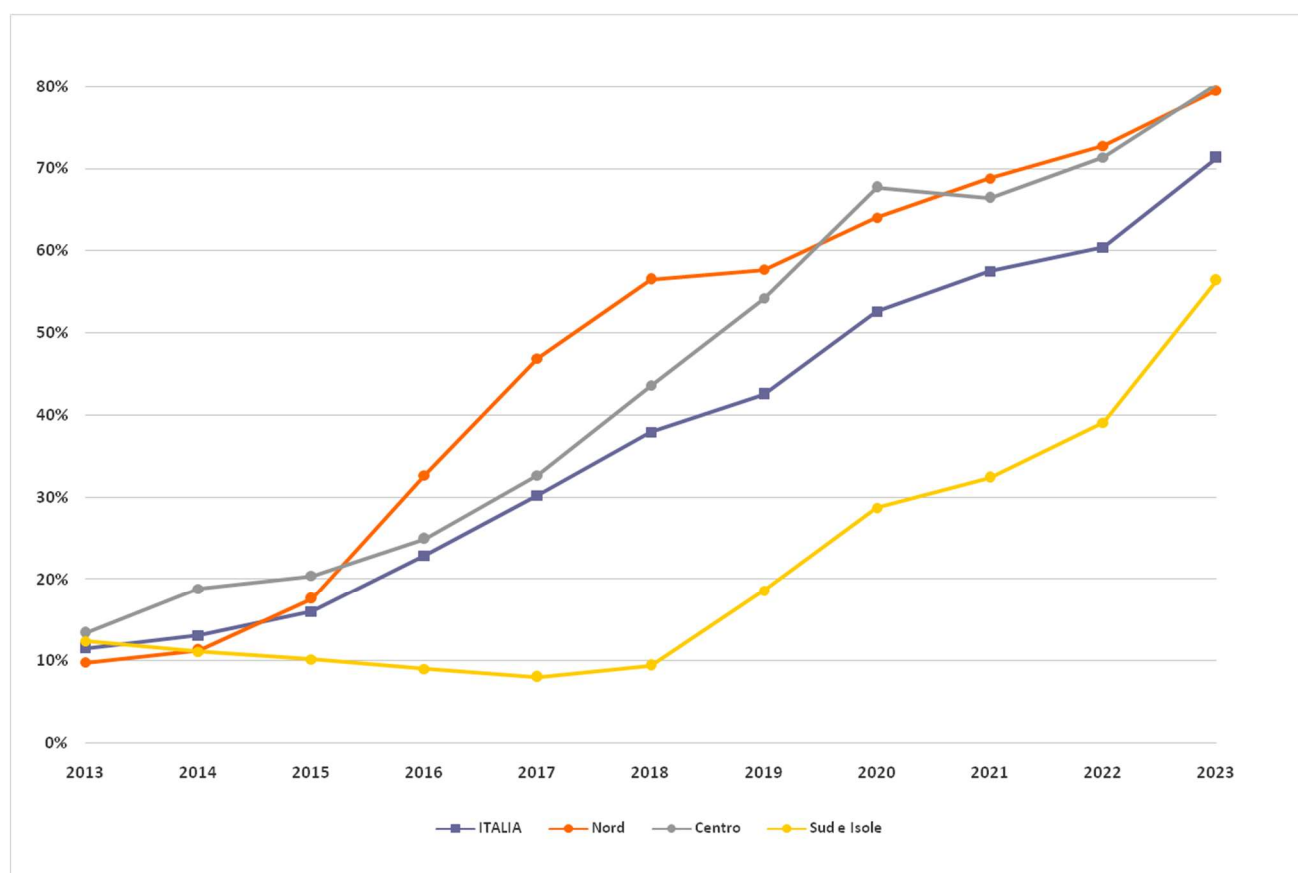
Nel 2023 in Italia 85 programmi hanno invitato complessivamente 2.838.955 donne (22,9% in più rispetto al 2021, 6,8% in più rispetto al 2022); il 42,3% ha aderito all'invito; la positività del test Hpv si mantiene stabile, con un valore medio del 7,6% a livello nazionale (Tabella 3, Figura 1).

Tabella 3. Introduzione del test per la ricerca del Dna del Papilloma virus umano (Hpv) come test di screening

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+
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	1.942.583	57,5%	769.567	39,6%	8,0%
	Nord	983.237	68,8%	459.548	46,7%	7,6%
	Centro	641.148	66,4%	215.906	33,7%	8,6%
	Sud e Isole	318.198	32,4%	94.113	29,6%	8,3%
2022	ITALIA	2.313.290	60,4%	955.383	41,3%	7,7%
	Nord	1.152.976	72,7%	558.648	48,5%	7,6%
	Centro	626.590	71,3%	221.992	35,4%	9,3%
	Sud e Isole	533.724	39,1%	174.743	32,7%	7,5%
2023	ITALIA	2.838.955	71,3%	1.201.990	42,3%	7,6%
	Nord	1.351.527	79,5%	703.551	52,1%	6,6%
	Centro	680.548	80,3%	242.872	35,7%	9,2%
	Sud e Isole	811.237	56,4%	255.567	31,5%	8,7%

§Tra tutte le invitate a screening cervicale.

Figura 1. Percentuale di donne invitate a screening con ricerca Hpv come test primario complessivo e per macroarea geografica. Periodo 2013-2023.



Relativamente alla raccolta dati per coorti di invito si osserva un progressivo aumento del numero di programmi che vi contribuiscono, un incremento delle donne invitate e di quelle che effettuano un test Hpv come test di screening primario (Tabella 4).

Nel 2022 in Italia, sono state invitate complessivamente 2.313.290 donne, e 955.383 hanno effettuato l'esame; il 41,3% ha aderito all'invito, in aumento rispetto all'anno precedente (quasi 2 punti percentuali). La positività del test Hpv è del 7.7%, in diminuzione rispetto al precedente triennio. Il numero delle donne con test Hpv positivo ma con citologia negativa, invitate a ripetere il test dopo un anno si conferma in aumento come già per le donne invitate nel 2021; l'adesione all'invito alla ripetizione si mantiene elevata, con un valore stabile intorno al 80%. Il tasso di invio in colposcopia (invio immediato + invio dopo ripetizione) si attesta al 4,8%, in linea con gli anni precedenti; l'adesione alla colposcopia si mantiene al 90%.

Il numero di lesioni con istologia CIN2+ individuate ogni 1000 donne che hanno effettuato lo screening è del 7,6‰, in crescita.

Il numero totale di lesioni CIN2+ individuate (5.087) è in aumento, confermando il trend di recupero della capacità diagnostica post-pandemia.

Tabella 4. Programmi attivi con Hpv test primario di screening: dati per coorti di invito. Periodo 2013-2022.

Anno di attività	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Numeri di programmi attivi con Hpv	21	29	49	59	58	65	73	75	79	80
Donne invitate	423.992	510.473	653.668	889.243	1.235.712	1.480.776	1.632.362	1.360.553	1.942.583	2.313.290
Donne aderenti	42,3%	48,4%	50,2%	52,1%	49,2%	48,5%	45,2%	37,6%	39,6%	41,3%
Numero di donne che hanno effettuato test Hpv	179.390	236.376	324.201	458.413	614.978	718.533	737.898	511.474	769.567	955.383
Donne con test Hpv+	6,9%	7,1%	6,7%	7,0%	7,2%	7,8%	8,1%	8,3%	8,0%	7,7%
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	42.810	49.762
Adesione alla ripetizione	74,6%	75,5%	79,2%	82,3%	81,4%	81,4%	87,2%	87,2%	79,8%	79,8%
Tasso di invio in colposcopia	3,7%	4,0%	3,6%	4,2%	4,2%	4,8%	4,8%	5,1%	4,9%	4,8%
Tasso di adesione all'invio in colposcopia	86,0%	88,3%	88,4%	91,7%	90,8%	90,2%	88,0%	89,0%	89,9%	90,2%
Numero di lesioni individuate con test	801	1.139	1.490	2.176	2.982	3.997	4.509	3.474	5.029	5.087
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	6,6	7,6
Valore predittivo positivo	14,0%	14,5%	14,7%	13,1%	12,9%	13,5%	15,3%	15,4%	14,9%	13,2%

*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 5) mostra variazioni nella proporzione di donne screenate nei diversi anni, e riflette l'aumento nel 2021 e 2022 del numero dei programmi che hanno invitato a test Hpv, dando priorità di invito ed esame alle donne prossime all'ultimo invito nello screening.

Tabella 5. Donne screenate con test Hpv per fasce di età*. Periodo 2017-2023.

Fasce d'età	2017-2019	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<25-34	8,0%	8,2%	10,5%	10,6%	10,2%	39,2%	39,0%
35-44	26,0%	26,2%	28,7%	29,0%	23,8%	36,9%	39,2%
45-54	37,4%	37,0%	35,0%	31,9%	31,4%	43,1%	44,7%
55->65	28,6%	28,6%	25,9%	28,5%	34,7%	43,1%	42,8%

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

Screening con Pap test come test primario nelle donne di 25-34 anni di età

Come precedentemente descritto, la conversione da Pap test a test Hpv, raccomandata dal ministero della Salute nel 2013, è ormai prossima al completamento dal 2022 e nel 2023 il test Hpv è stato utilizzato in tutte le regioni italiane ad esclusione della Sardegna. Bisogna anche considerare l'indicazione dell'Osservatorio nazionale screening di posticipare direttamente a 30 anni l'invito allo screening per le donne vaccinate contro Hpv con due dosi di vaccino somministrate entro i 15 anni. Solo una piccola quota dei programmi ha attivato ad oggi il posticipo ed un'analisi specifica sul confronto tra donne vaccinate e non vaccinate invitate allo screening con Pap test verrà presentata in una sezione specifica.

Per questi motivi, a differenza degli anni precedenti, per l'analisi degli indicatori dello screening cervicale con Pap-test, in questa sezione verranno riportati esclusivamente i dati dei programmi che avendo completato il passaggio a test Hpv per le donne 30-64 anni, hanno invitato a Pap-test primario solo le fasce di età 25-34 anni negli anni di attività 2022 e 2023, indipendentemente dallo stato vaccinale.

In questa analisi abbiamo incluso 132.306 e 157.027 donne di 25-34 anni, che hanno effettuato un Pap test di screening, rispettivamente in 70 programmi nel 2022 e 79 programmi nel 2023. L'aumento del numero dei programmi inclusi in questa rilevazione è conseguenza dell'incremento del numero di programmi che nel 2023 hanno completato la transizione da Pap test ad Hpv test ed in cui più del 90% delle donne invitate ad effettuare un Pap test erano in fascia di età 25-34 anni.

Nelle donne 25-34 anni si osservano (Tabella 6) un'adesione all'invito del 31% nel 2023 in riduzione rispetto al 2022 (36%), una proporzione di test inadeguati nel 2023 del 1,5%, simile a quella riportata per il 2022 (entro il livello desiderabile <5% degli standard Gisci), una proporzione di donne inviate in colposcopia del 6,2% nel 2023 e del 6,0% nel 2022, e una adesione tra le donne inviate in colposcopia per qualunque alterazione citologica (colposcopia per ASCUS+) del 90% in entrambi gli anni. Se si considerano le donne inviate in colposcopia che presentavano alterazioni citologiche più gravi (invio in colposcopia per HSIL+) l'adesione all'esame di approfondimento sale al 93% circa. Il numero delle lesioni CIN2+ individuate ogni 1000 donne si riduce da 7,2 nel 2022 a 6,4. La probabilità per una donna inviata in colposcopia di avere effettivamente una lesione che richiede un trattamento (lesioni con istologia CIN2+) (VPP) è del 13,4% nel 2022 e del 11,3% nel 2023. Si osserva una lieve riduzione del numero di colposcopie necessarie per diagnosticare una lesione CIN2+.

Tabella 6. Principali indicatori dello screening con Pap test e adesione agli standard di qualità nelle donne di 25-34 anni di età.

Anno di attività	2022	2023
Adesione all'invito	36,4%	30,8%
Proporzione di Pap test inadeguati (Standard di qualità Gisci: desiderabile: < 5%, accettabile: < 7%)	1,6%	1,5%
Proporzione di donne inviate in colposcopia per qualsiasi causa	6,0%	6,2%
Proporzione di donne che hanno aderito alla colposcopia per citologia ASCUS+ (Standard di qualità Gisci: desiderabile: ≥ 90%, accettabile: ≥ 80%)	89,8%	90,5%
Proporzione di donne che hanno aderito alla colposcopia per citologia HSIL+ (Standard di qualità Gisci: desiderabile: ≥ 95% accettabile: ≥ 90%)	93,1%	92,4%
Probabilità di avere una lesione con istologia CIN2 o più grave (CIN2+) tra le donne che hanno fatto una colposcopia per citologia ASCUS+	13,4%	11,3%
Numero di colposcopie necessarie per individuare la presenza di istologia CIN2+	11,0	8,8
Lesioni con istologia CIN2+ individuate con Pap test	922	944
Lesioni con istologia CIN2+ individuate ogni 1000 donne che hanno fatto lo screening*	7,2	6,4

**Il denominatore del tasso di identificazione (DR per 1000) 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 7), si osserva una proporzione maggiore di esami inadeguati nel Sud e Isole in entrambi gli anni (circa il 2%, comunque entro il livello desiderabile <5% degli standard Gisci), una proporzione di donne inviate in colposcopia maggiore al Nord in entrambi gli anni, con anche un'adesione alla colposcopia più elevata sia per citologia ASCUS+ che per citologia HSIL+. L'adesione alla colposcopia al Sud e Isole rimane al di sotto del livello accettabile GISCi per invii in colposcopia per citologia HSIL+. Il numero di lesioni CIN2+ individuati ogni 1.000 donne è superiore al Nord. La minore performance diagnostica nelle regioni del Centro e del Sud e Isole potrebbe essere anche legata alla ridotta adesione agli approfondimenti diagnostici. Non c'è dubbio che in queste regioni vada posta maggiore attenzione su questa criticità promuovendo azioni volte a facilitare la partecipazione dal punto di vista organizzativo e comunicativo.

Tabella 7. Screening con Pap test. Principali indicatori per area geografica.

Area geografica	Nord		Centro		Sud e Isole	
Anno di attività	2022	2023	2022	2023	2022	2023
Proporzione di Pap test inadeguati	1,8%	1,3%	1,1%	1,2%	2,1%	2,0%
Proporzione di donne inviate in colposcopia per qualsiasi causa	6,6%	7,4%	5,2%	4,8%	5,8%	5,4%
Proporzione di donne che hanno aderito alla colposcopia per citologia ASCUS+ Standard di qualità Gisci: desiderabile: ≥ 90% accettabile: ≥ 80%	93,0%	92,0%	86,6%	89,3%	81,4%	88,0%
Proporzione di donne che hanno aderito alla colposcopia per citologia HSIL+ Standard di qualità Gisci: desiderabile: ≥ 95% accettabile: ≥ 90%	96,1%	93,0%	89,4%	85,7%	89,0%	94,7%
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	12,8%	12,5%	14,2%	12,0%	14,9%	7,6%
Numero di colposcopie necessarie per individuare la presenza di una lesione con istologia CIN2+	12,6	8,0	10,5	8,3	11,0	13,2
Lesioni con istologia CIN2+ individuate ogni 1000 donne che hanno fatto il Pap test	7,7	8,2	6,4	5,1	6,7	4,2

L'andamento nella popolazione migrante

Ben 19 Regioni/Province Autonome (Abruzzo, Piemonte, Provincia Autonoma di Trento e Bolzano, Veneto, Toscana, Emilia Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Umbria, Sardegna, Friuli, Puglia, Molise, Sicilia, Campania, Sardegna, Marche, Aosta) hanno fornito i dati relativi al 2023 per le donne provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (Pfpm).

Complessivamente il 93% dei programmi (102/110) ha fornito dati utili per l'analisi, per un totale di 473.255 donne provenienti da Pfpm invitate allo screening nel 2023: 45 programmi al Nord (271.327 donne), 28 al Centro (123.813 donne), 25 al Sud e Isole (78.115 donne). Si osserva quindi un aumento dei dati forniti dai programmi rispetto ai dati di attività del 2022, disponibili complessivamente per circa 314.000 donne, invitate nel 67% dei programmi attivi in 17 regioni italiane.

Considerando i programmi che hanno riportato la popolazione bersaglio annua per le donne Pfpm, l'estensione degli inviti risulta del 99,5%, in aumento rispetto al 2022 (97,5%). L'estensione, come già nel 2022, si mantiene inferiore al Sud e Isole (87,2%). L'elevata estensione indica che le donne presenti nelle liste anagrafiche vengono correntemente invitate. L'adesione aggiustata (Figura 2) per le donne Pfpm media italiana è del 36,5%, più elevata al Nord (43,1%) rispetto al Sud e Isole (27,8%) e al Centro (26,6%). Dal confronto con i dati sulle donne provenienti da Paesi a sviluppo avanzato (Psa) riportato dagli stessi programmi, l'adesione è mediamente inferiore di circa 6 punti percentuali, in aumento rispetto ai 4 punti percentuali dell'anno precedente. La differenza di adesione è maggiore al Centro (13 punti percentuali), e al Nord (11 punti percentuali). Considerando le diverse classi di età, la differenza di adesione è maggiore tra le donne con più di 55 anni (Tabella 9), così come nel 2022.

Figura 2. Adesione allo screening cervicale nelle donne provenienti da Pfpm e Psa complessive e per macroarea geografica. Anno 2023

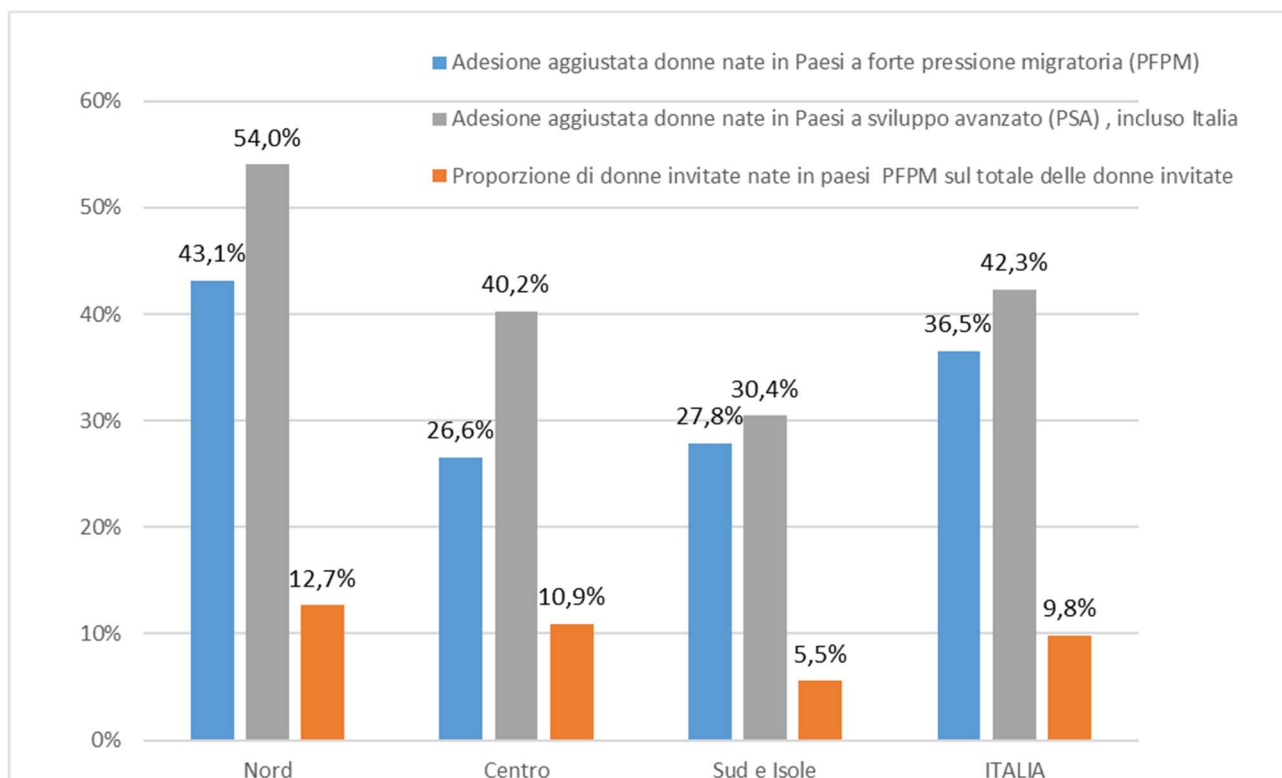


Tabella 9. Adesione (%) allo screening cervicale nelle donne provenienti da Pfpn e Psa per fasce di età.

Fasce d'età	Adesione Pfpn (%)	Adesione Psa (%)	Differenza Pfpn, Psa (%)
<25	30,5%	24,1%	6,5%
25-29	26,7%	29,1%	-2,4%
30-34	32,9%	37,2%	-4,3%
35-39	34,0%	37,1%	-3,1%
40-44	37,3%	39,3%	-2,0%
45-49	38,8%	42,2%	-3,5%
50-54	37,8%	44,4%	-6,6%
55-59	33,4%	43,3%	-9,8%
60-64	28,3%	41,0%	-12,8%
65+	50,4%	55,0%	-4,6%

Copertura ai test per la prevenzione dei tumori della cervice uterina: i risultati del sistema di sorveglianza Passi

Secondo i dati della sorveglianza [Passi](#), in Italia nel biennio 2022-2023 il 76% delle donne 25-64enni intervistate ha dichiarato di aver eseguito un Pap test o un test dell'Hpv preventivo entro i tempi raccomandati (Figura 1).

La copertura complessiva ai test preventivi raggiunge valori elevati al Nord (83%) e al Centro (83%), mentre è più bassa al Sud (69%) (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 del Nord non sono completamente rappresentativi della copertura in quella macroarea.

Passi informa sulla copertura ai test nella popolazione target, comprensiva sia della quota di esami eseguiti all'interno dei programmi di screening organizzati o di altre offerte gratuite delle Asl² sia di quella effettuata al di fuori (*proxy* di screening spontaneo).

Nel 2022-2023 il 47% delle donne 25-64enni intervistate ha riferito di aver eseguito gratuitamente un Pap test o un test dell'Hpv preventivo entro i tempi raccomandati all'interno dei programmi di screening o di altre forme gratuite delle Asl, mentre il 31% al di fuori, pagando il ticket o l'intero costo.

Nello screening cervicale la quota di test effettuati al di fuori dei programmi di screening organizzati è rilevante a livello nazionale e mostra differenze significative tra le regioni (range: 17% in Emilia-Romagna e Basilicata; 49% in Campania).

Figura 1. Copertura ai test preventivi entro i tempi raccomandati. Donne 25-64enni (%) Passi 2022-2023 (n. 25.319)

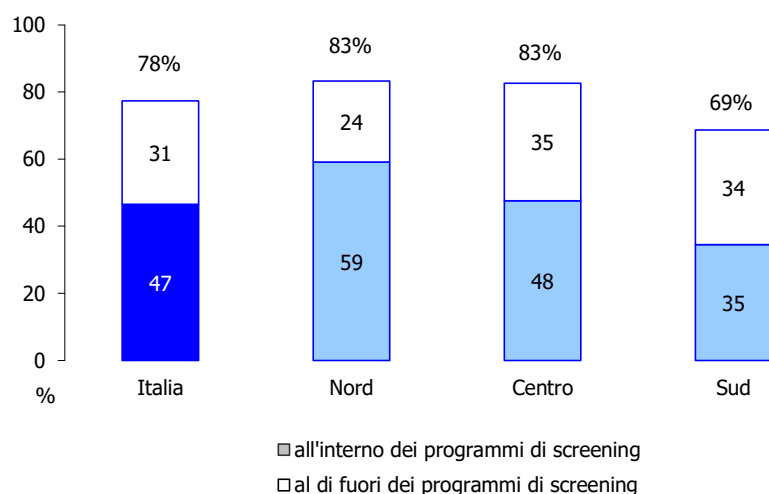


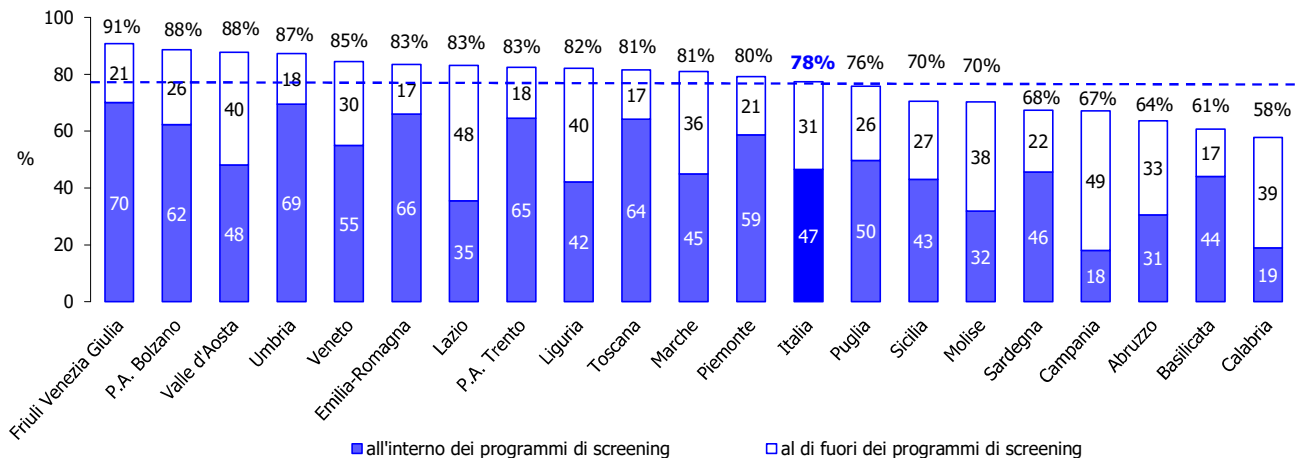
Figura 2. Copertura ai test preventivi entro i tempi raccomandati. Donne 25-64enni (%) Passi 2022-2023 (n. 25.319)



²La 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 ai test preventivi entro i tempi raccomandati.
Donne 25-64enni (%)

Passi 2022-2023 (n. 25.319)



Passi riesce solo parzialmente a mostrare la riduzione della copertura ai test preventivi, 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 l'intervista.

Nell'intero Paese, come in tutte le ripartizioni geografiche, si è interrotto 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.

Più in dettaglio, nel 2020-2023 la copertura all'interno dei programmi di screening risulta pressoché stabile, interrompendo l'aumento registrato precedentemente (Figura 4). Questa tendenza è più evidente nelle regioni del Nord e del Centro. Si ferma, inoltre, la diminuzione della quota di test eseguiti al di fuori dei programmi (Figura 4).

Figura 4. Copertura ai test preventivi all'interno o al di fuori dei programmi organizzati (%).

Donne 25-64enni

Passi 2008-2023

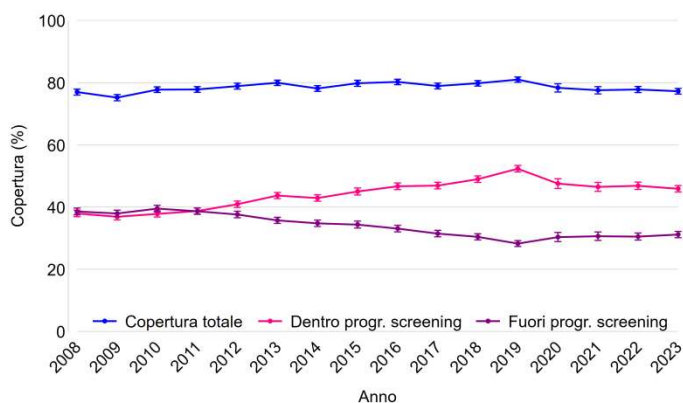
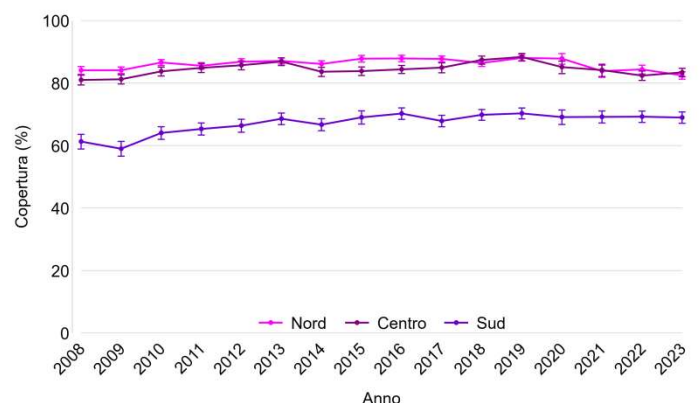


Figura 5. Copertura ai test preventivi per ripartizione geografica (%).

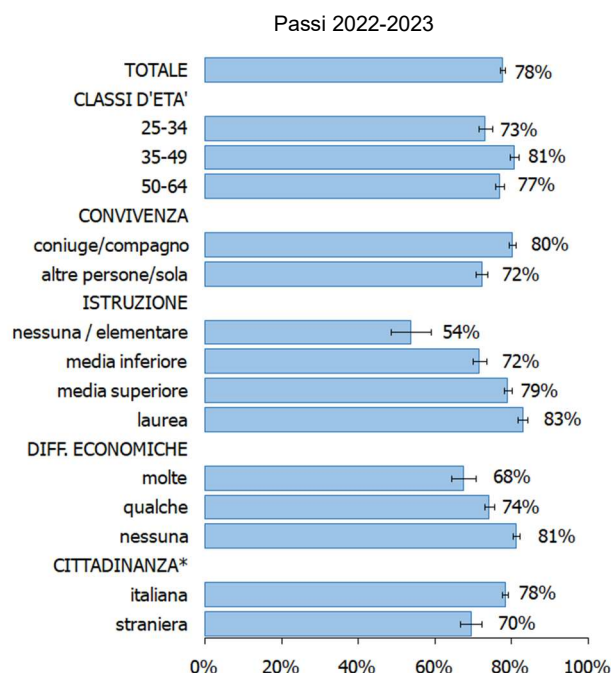
Donne 25-64enni

Passi 2008-2023



Nel biennio 2022-2023 la copertura ai test preventivi risulta più elevata tra le donne con 35-49 anni, quelle conviventi o coniugate, quelle con istruzione medio-alta, quelle senza difficoltà economiche e quelle con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a sviluppo avanzato (Psa)* (Figura 6).

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



*Italiana: donne con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a sviluppo avanzato (Psa); Straniera: donne immigrate da Paesi a forte pressione migratoria (Pfp).

I differenziali per livello d'istruzione, difficoltà economiche riferite e cittadinanza sono più marcati nella quota di test effettuati al di fuori dei programmi di screening organizzati (Figure 7 e 8). I programmi di screening organizzati sembrano, quindi, ridurre le differenze socio-demografiche, senza annullarle completamente.

Figura 7. Copertura ai test preventivi eseguiti all'interno dei programmi di screening organizzati entro i tempi raccomandati, per caratteristiche socio-demografiche. Donne 25-64enni (%)

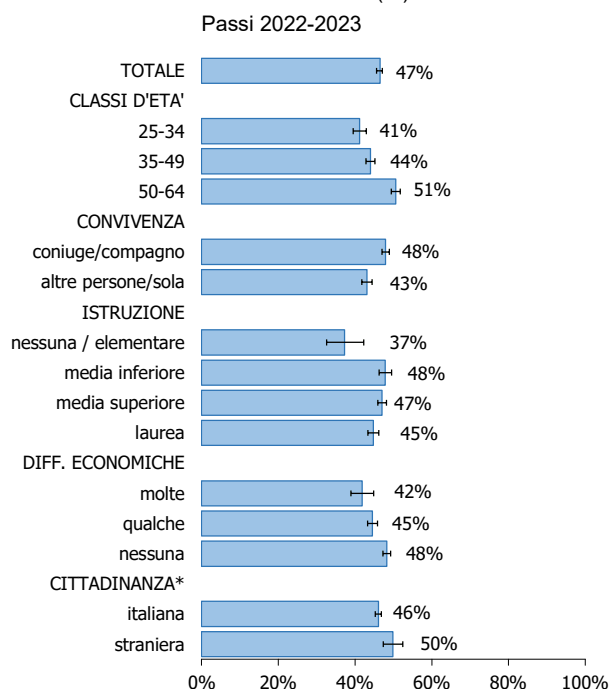
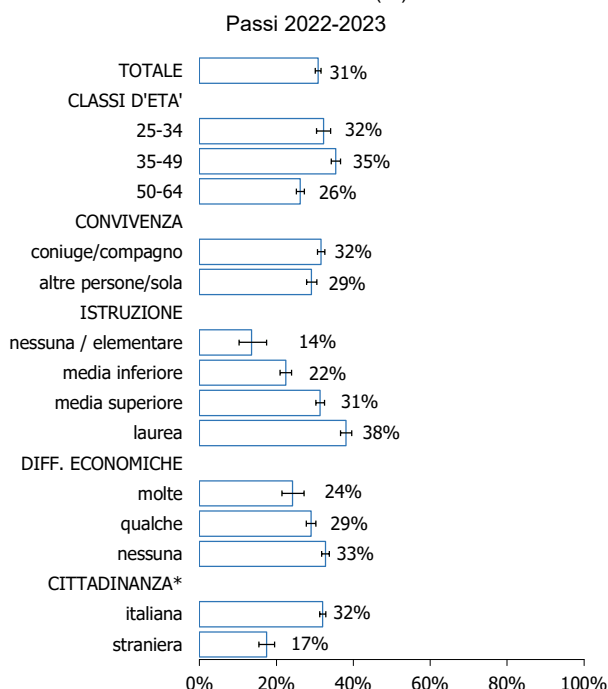


Figura 8. Copertura ai test preventivi entro i tempi raccomandati eseguiti al di fuori dei programmi di screening organizzati, per caratteristiche socio-demografiche. Donne 25-64enni (%)



*Italiana: donne con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a sviluppo avanzato (Psa); Straniera: donne immigrate da Paesi a forte pressione migratoria (Pfp).

Passi indaga anche i motivi di non esecuzione di un test preventivo per la diagnosi precoce dei tumori cervicali entro i tempi raccomandati.

Le motivazioni riferite più frequentemente sono il “penso di non averne bisogno” e la non ricezione della lettera di invito. Seguono la mancanza di tempo e la “pigrizia”, che, assieme al “penso di non averne bisogno”, potrebbero essere espressione di una bassa percezione del rischio (Figura 9).

Nelle regioni del Nord e del Centro i motivi più riportati sono la non ricezione della convocazione e l'assenza di tempo, mentre al Sud sono il “penso di non averne bisogno” e la pigrizia (Figura 10).

Figura 9. Motivi di non esecuzione di un test preventivo per la diagnosi precoce dei tumori cervicali entro i tempi raccomandati (%).
Donne 50-69enni)

Passi 2022-2023

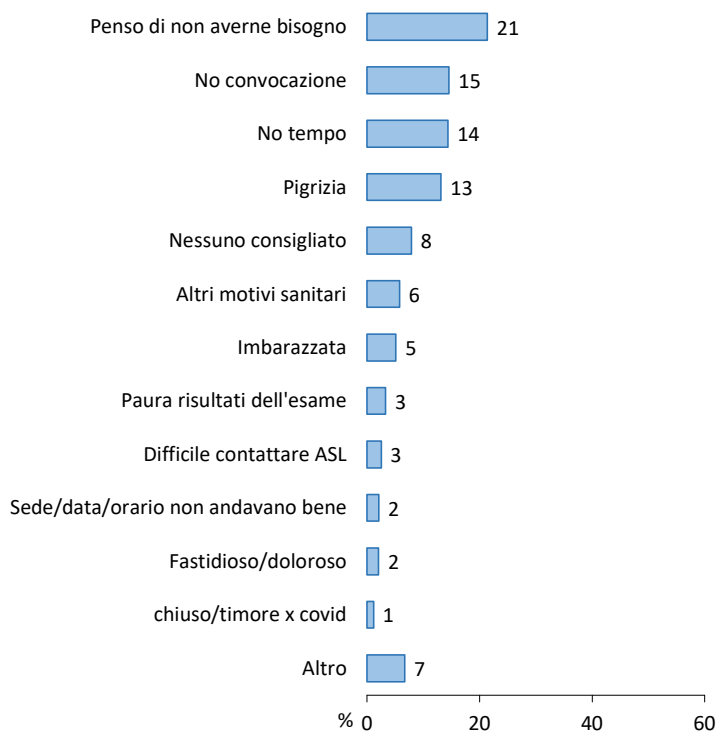
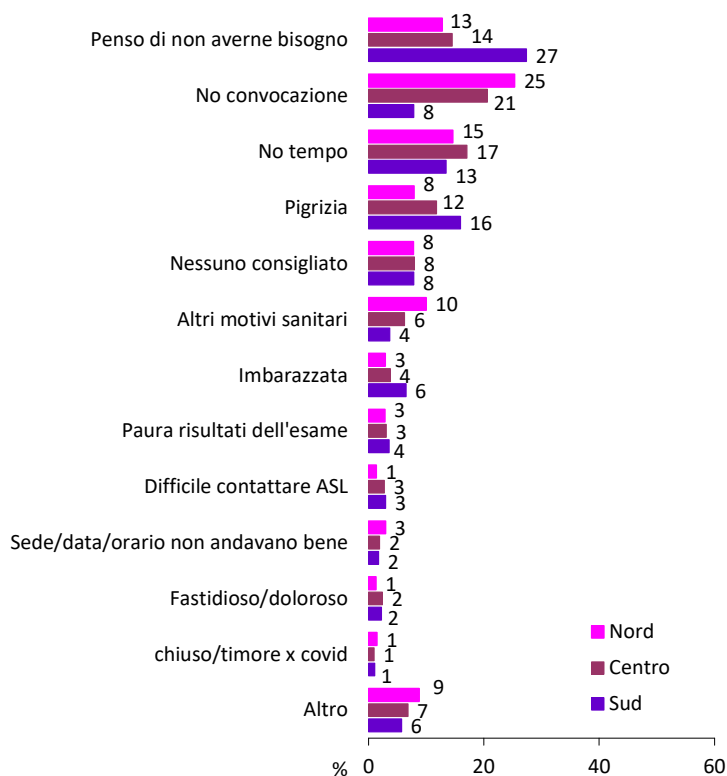


Figura 10. Motivi di non esecuzione di un test preventivo per la diagnosi precoce dei tumori cervicali entro i tempi raccomandati per ripartizione (%).
Donne 50-69enni

Passi 2022-2023



Lo screening coloretale

Dati di attività dal 2019 al 2023

Nel 2023 l'attività dei programmi di screening coloretale ha mostrato, per il terzo anno consecutivo, un progressivo incremento dei volumi di inviti alla popolazione, e si può considerare rientrato il ritardo legato alla pandemia da Covid-19. Il numero di persone invitate dai programmi nel 2023 raggiunge quasi gli 8 milioni, un valore superiore sia a quello registrato nel 2022 sia ai valori pre-pandemici. L'adesione all'invito, pari al 34,9%, risulta ancora inferiore rispetto ai valori registrati nel 2019 e in generale prima della pandemia (Tabella 1). Il dato nazionale si compone in realtà di valori estremamente eterogenei che caratterizzano le macroaree geografiche. Come riporta la Tabella 2, infatti, l'adesione all'invito è risultata maggiore al Nord (46,1%), intermedia al Centro (30,4%) e più bassa al Sud e nelle Isole (19,7%). Come illustra la Tabella 1, nel 2023 sono state esaminate oltre 2.680.000 persone, in lieve aumento rispetto al numero di esaminati nell'anno precedente e nel periodo pre-pandemico.

La percentuale di aderenti alla colonscopia tra le persone positive al test per la ricerca del sangue occulto fecale nel 2023, risulta lievemente superiore rispetto a quella riscontrata negli anni precedenti. 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 in circa il 14% delle persone con carcinoma, con un evidente impatto sulla qualità di vita.

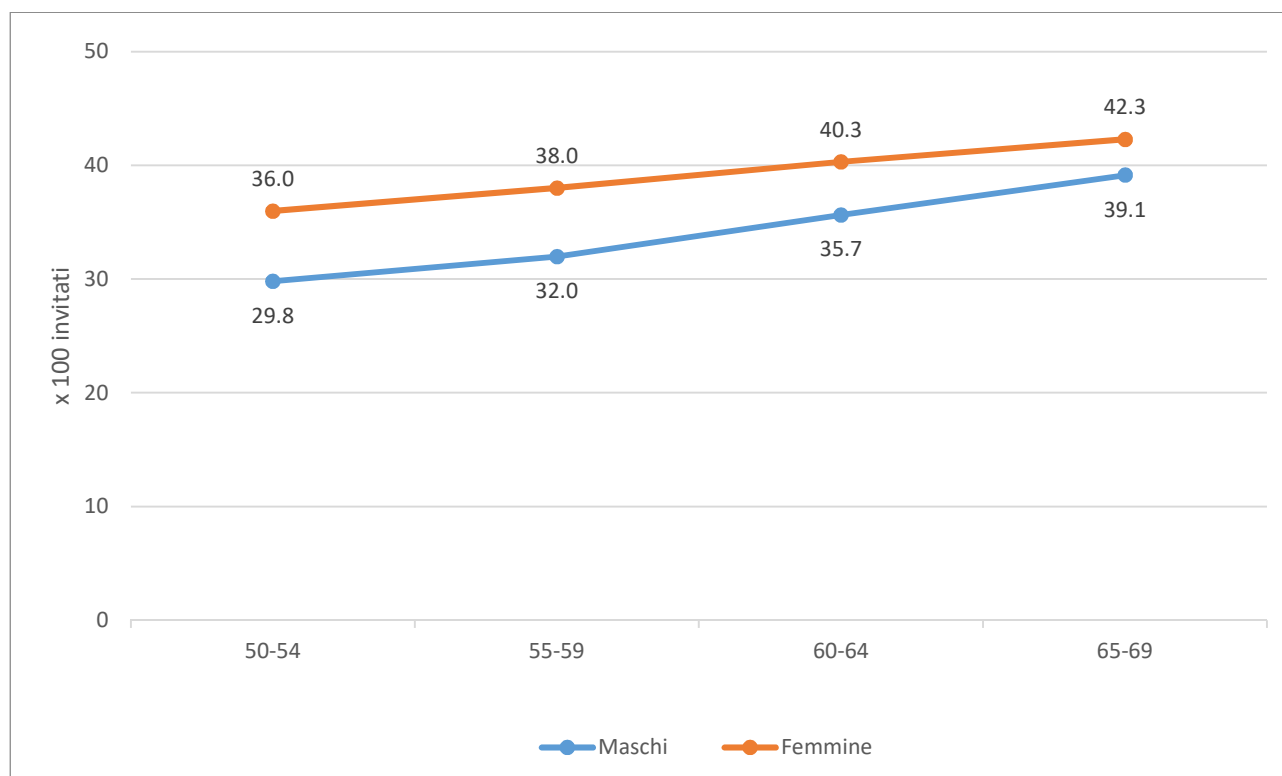
Tabella 1. Programmi con ricerca del sangue occulto fecale. Risultati principali 2019-2023.

Anno di attività	2019	2020	2021	2022	2023
Numero di persone invitate	5.921.032	4.159.765	6.416.162	7.064.418	7.945.956
Adesione corretta all'invito	40,5%	34,1%	38,7%	34,1%	34,9%
Numero di persone sottoposte a screening	2.619.871	1.487.636	2.607.329	2.535.214	2.683.889
Proporzione di persone con test positivo*	5,2%	5,5%	5,0%	4,8%	4,7%
Numero di persone con test positivo richiamate a colonscopia	137.481	81.669	130.340	124.395	137.871
Proporzione di aderenti all'approfondimento	78,5%	78,3%	79,6%	80,0%	82,8%
Numero di colonscopie totali	105.592	60.754	99.100	96.253	111.023
Proporzione di colonscopie complete	96,8%	95,7%	94,9%	93,2%	93,6%
Numero di carcinomi individuati	2.877	1.402	2.678	2.824	3.179
Tasso di identificazione dei carcinomi (x 1000 sottoposti a screening)	1,1‰	0,9‰	1,0‰	1,1‰	1,1‰
Numero di adenomi avanzati individuati	17.356	10.286	16.020	14.060	15.214
Tasso di identificazione degli adenomi avanzati (x 1000 sottoposti a screening)	6,6‰	6,9‰	6,1‰	5,5‰	5,2‰
Proporzione di tumori trattati con resezione endoscopica	14,6%	19,3%	18,2%	14,9%	13,7%

*Al denominatore si è utilizzato il numero di persone che a seguito di un invito hanno aderito e per le quali si è recuperato l'iter diagnostico/terapeutico complessivo.

La Figura 1 mostra come l'adesione all'invito cresca con l'aumentare dell'età e come sia superiore nelle donne rispetto agli uomini in tutte le fasce d'età.

Figura 1. Programmi con ricerca del sangue occulto fecale. Adesione per età e sesso nel 2023.



La Tabella 2 riporta i principali indicatori di performance nelle tre macro-aree geografiche del Nord, Centro e Sud-Isole dal 2019 al 2023. In tutte le macro-aree l'adesione all'invito mostra dei segnali di ripresa dopo la flessione nel 2020, senza però riuscire a raggiungere i valori pre-pandemici. Per quanto riguarda la diffusione dei programmi e l'adesione da parte della popolazione nel Sud-Isole, va notato che il numero di persone esaminate nel 2023 ha superato di gran lunga i valori registrati nel 2019, indicando un importante miglioramento della copertura dopo la marcata riduzione che si era verificata durante gli anni della pandemia.

I tassi di identificazione dei carcinomi e degli adenomi avanzati nelle diverse macro-aree non mostrano un preciso andamento nel tempo. Va ricordato che diversi fattori influiscono sui risultati degli ultimi anni: accanto al fatto che è crescente 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 anni della pandemia. 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 2. Risultati dei programmi con ricerca del sangue occulto fecale per macroarea. Età 50-69 anni. Periodo 2019-2023.

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	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‰
	2022	1.722.580	45,3%	4,2%	0,9%	5,2%
	2023	1.712.779	46,1%	4,1%	1,0‰	5,0‰
Centro	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‰
	2022	504.486	27,1%	4,8%	1,1%	7,4%
	2023	537.000	30,4%	4,3%	0,9‰	6,9‰
Sud e Isole	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‰
	2022	351.639	19,5%	7,8%	1,9%	4,1%
	2023	434.110	19,7%	7,7%	1,8‰	3,7‰

Nel 2023 è proseguito il trend di miglioramento della performance relativa al tempo di attesa per l'esecuzione della colonscopia (Tabella 3). 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.

Tabella 3. Tempo di attesa per la colonscopia dei programmi con ricerca del sangue occulto fecale. Periodo 2019-2023.

Anno di attività	2019	2020	2021	2022	2023	Standard accettabile Giscor
Percentuale di persone che eseguono l'approfondimento entro 30 giorni dal test positivo	42%	43%	43%	47%	50%	>90%

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.

La proposta di screening nei soggetti con più di 70 anni

Sia le Raccomandazioni del Consiglio d'Europa del 2003 che quelle più recenti del 2022 e le Linee guida ministeriali indicano come target per i programmi di screening coloretta 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. È da tenere infine presente che le regioni in piano di rientro non possono estendere le attività oltre quelle consentite dal Lea di fatto venendo meno alle indicazioni del Piano nazionale di prevenzione 2020-2025 e del Piano oncologico nazionale 2023-2027.

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, seguita da una ripresa nel 2021 che è proseguita nel 2022 e nel 2023, con oltre 521.871 invitati (pari al 6,2% del volume complessivo degli inviti a livello nazionale). La maggior parte dell'attività sui soggetti con più di 70 anni è stata svolta in Lombardia (268.073 invitati, pari al 51,4% del totale nazionale di inviti tra gli ultrasessantenni), in Lazio (119.915, 23,0%) e in Campania (76.685, 14,7%). Altre regioni che hanno invitato soggetti in questa fascia d'età sono Umbria (21.942, 4,2%), Friuli Venezia Giulia (17.859, 3,4%) e Toscana (13.660, 2,6%).

Risulta interessante notare come la copertura in questa fascia d'età sia piuttosto alta, raggiungendo il 52,3% in Friuli Venezia Giulia, il 48,5% in Lombardia, il 47,4% in Umbria e il 41,7% in Valle d'Aosta. A fronte di un numero di inviti piuttosto importante con un'estensione superiore al 50%, la copertura purtroppo risulta più bassa in Lazio (19,7%) e in Campania (7,7%).

Complessivamente l'adesione corretta all'invito tra gli ultra 70enni è stata del 39,2% (201.217 soggetti). Nei 21.083 soggetti al primo episodio di screening la positività al sangue occulto è stata del 11,0%, il tasso di identificazione di carcinoma del 6,3 per 1.000 e il tasso di adenomi avanzati del 12,7 per 1.000 screenati. Nei 180.134 soggetti ad un episodio di screening successivo al primo, la positività al sangue occulto è stata del 5,9%, mentre i tassi di identificazione di carcinoma e adenoma avanzato sono stati rispettivamente pari a 1,6 e 5,4 per 1.000 screenati. Complessivamente sono stati diagnosticati 424 carcinomi e 1.249 adenomi avanzati.

L'andamento nella popolazione migrante

Si riporta di seguito un approfondimento sui volumi di attività che hanno interessato la popolazione proveniente da Paesi a forte pressione migratoria (Pfpm). I dati derivano da una survey ad hoc che, a partire dal 2023, è diventata obbligatoria e che pertanto ha raggiunto una copertura molto alta, tanto da restituire quasi integralmente il quadro nazionale (107 programmi su 115), con pochi programmi che non sono riusciti a fornire il dato, prevalentemente localizzati al Sud.

Complessivamente gli inviti a persone provenienti da Pfpm sono stati 638.065, pari all'8,6% del totale degli inviti dei programmi che hanno fornito questi dati (Tabella 4). Nel Nord tale valore è più elevato (11,2%) rispetto alle regioni del Centro (8,0%) e del Sud-Isole (4,4%).

L'adesione nella popolazione Pfpm ammonta al 25,9% (dato nazionale), con 154.860 rispondenti. L'adesione complessiva nei programmi che hanno risposto alla survey è stata del 35,7%, ma sale al 36,5% se si considerano solo le persone provenienti da Paesi a sviluppo avanzato (Psa), italiani compresi. Dall'analisi per macroarea, emerge come il gradiente Nord-Sud nel dato di adesione corretta, riscontrato nel totale della popolazione, sia presente anche tra i Pfpm. Tuttavia, è interessante notare come nelle regioni del Centro e del Sud, la differenza nel dato di adesione tra popolazione proveniente da Psa e da Pfpm si attesta attorno al 10%, diversamente da quanto riscontrato al Nord dove la distanza raggiunge quasi 18 punti percentuali (Tabella 4 e Figura 2).

Tabella 4. Invitati e aderenti allo screening coloretale nella popolazione proveniente da Paesi a forte pressione migratoria (Pfpm) e da italiani e provenienti da paesi a sviluppo avanzato (Ita+Psa). Dati relativi ai soli programmi che hanno fornito informazioni sulla popolazione migrante. Anno 2023.

Fascia d'età 50-69 anni	Adesione all'invito	Italia	Nord	Centro	Sud e Isole
Totale	Invitati	7.406.647	3.657.351	1.840.089	1.909.208
	Aderenti	2.555.469	1.646.617	537.000	371.852
	Adesione Corretta	35,7	46,2	30,4	20,2
Pfpm	Invitati	638.065	408.127	146.722	83.216
	% sul totale inviti	8,6	11,2	8,0	4,4
	Aderenti	154.860	119.184	26.621	9.055
	Adesione Corretta	25,9	30,6	20,8	11,3
Psa	Invitati	6.768.899	3.249.224	1.693.366	1.826.309
	Aderenti	2.400.626	1.527.433	510.379	362.814
	Adesione Corretta	36,5	48,1	31,2	20,6

Nella popolazione appartenente a Pfp, la partecipazione allo screening risulta stabilmente più alta nelle donne (25,9%) rispetto agli uomini (21,3%). I valori di adesione per sesso sono in linea con quelli osservati nel totale degli invitati, con un marcato gradiente Nord-Sud (Figura 3).

Figura 2. Adesione allo screening coloretale nella popolazione Pfp e Psa per macroarea. Anno 2023.

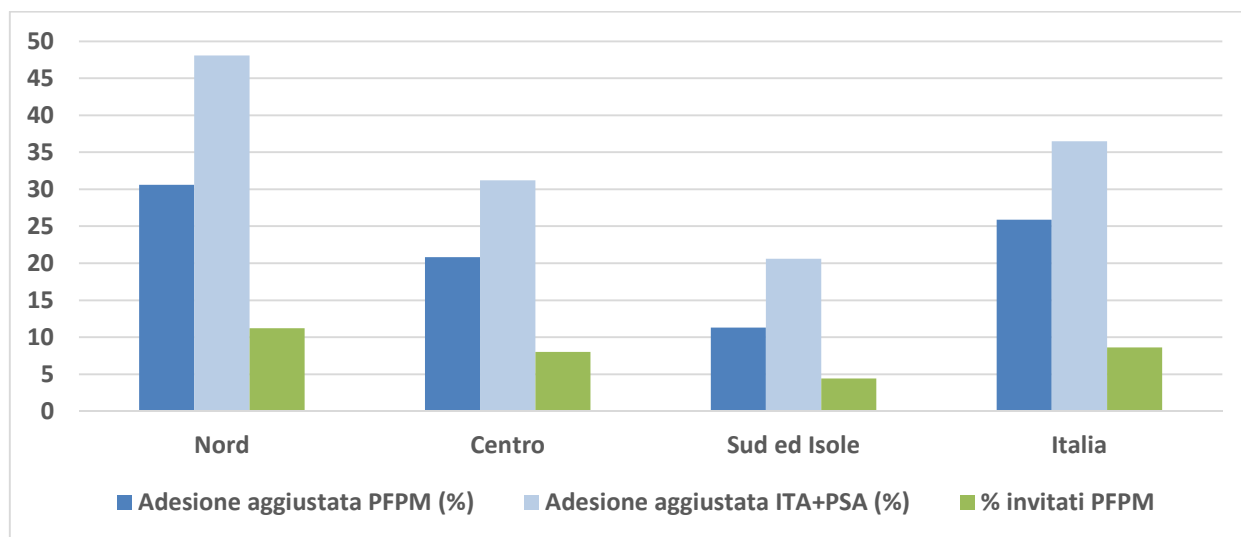
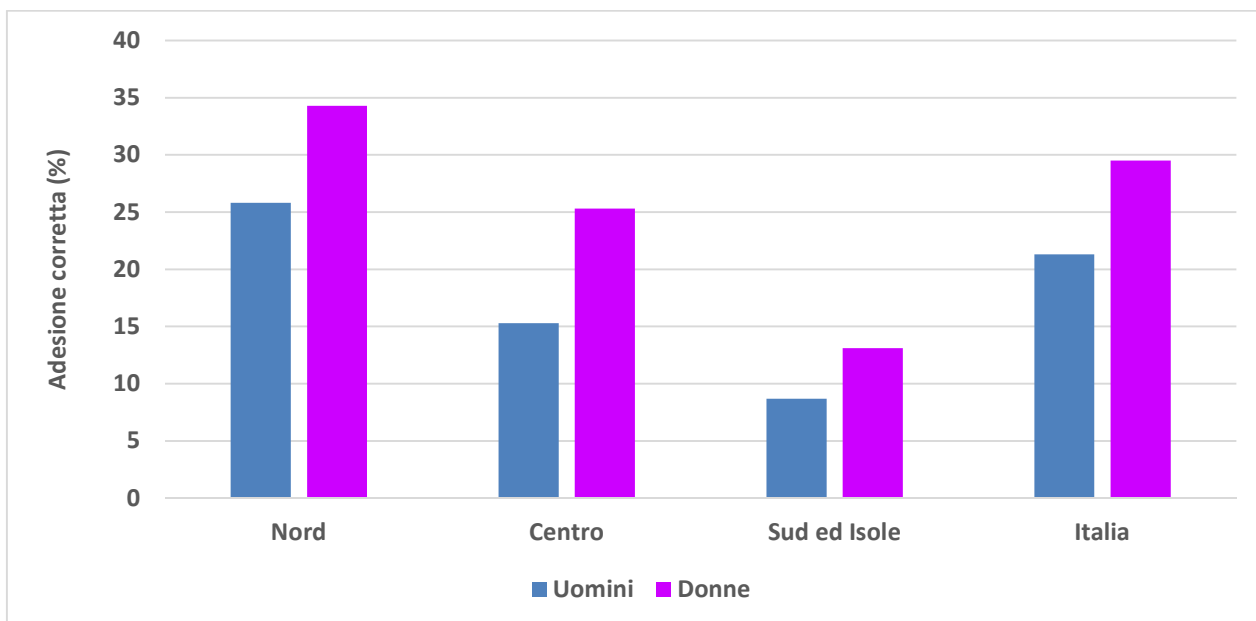


Figura 3. Adesione allo screening coloretale nella popolazione Pfp e Psa stratificato per genere e macroarea. Anno 2023.



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

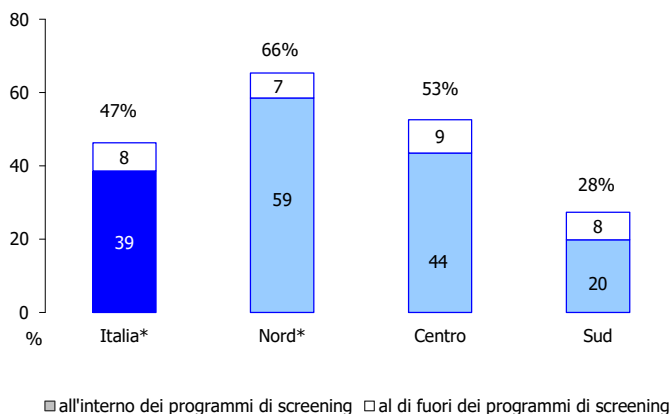
Secondo i dati della sorveglianza [Passi](#), in Italia nel biennio 2022-2023 il 47% delle persone 50-69enni intervistate ha dichiarato di aver eseguito un esame a scopo preventivo per la diagnosi precoce dei tumori del colon retto (sangue occulto negli ultimi 2 anni e/o colonscopia negli ultimi 5 anni*) (Figura 1).

La copertura complessiva per la diagnosi precoce dei tumori colorettali raggiunge valori più elevati al Nord (66%) e al Centro (53%), mentre è più bassa al Sud (28%) (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 del Nord non sono completamente rappresentativi della copertura in quella macroarea.

Passi informa 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 Asl³ sia di quelli effettuati al di fuori (*proxy* di screening spontaneo).

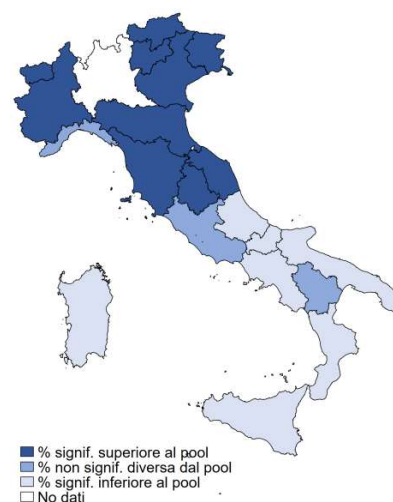
A livello nazionale il 39% delle persone con 50-69 anni ha riferito di aver eseguito gratuitamente un esame preventivo entro i tempi raccomandati all'interno dei programmi di screening, mentre l'8% lo ha effettuato al di fuori, pagando il ticket o l'intero costo.

Figura 1. Esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati* (%)
Persone 50-69enni
Passi 2022-2023 (n. 25.064)



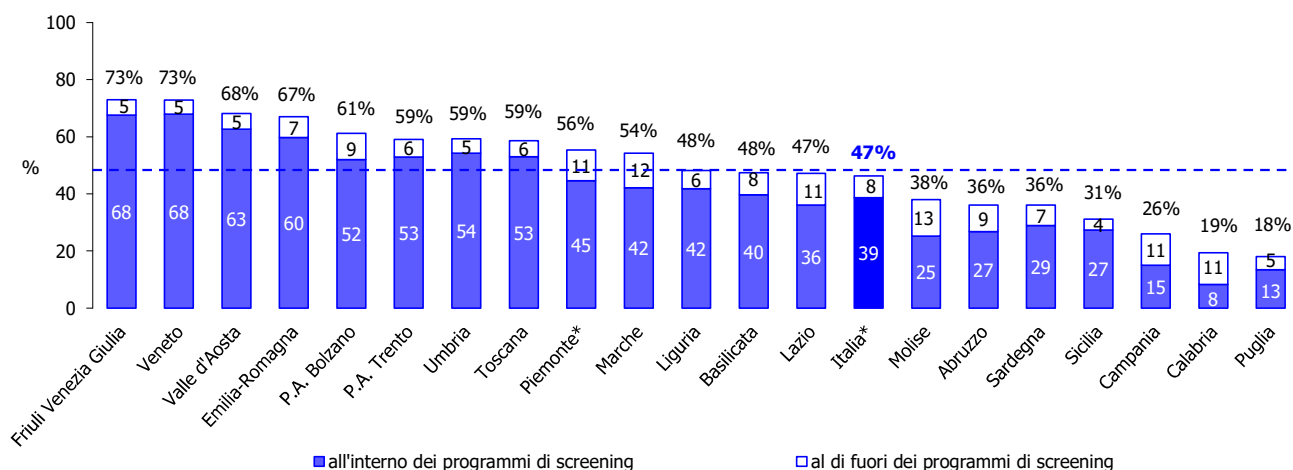
*Il dato relativo al Piemonte viene calcolato con un algoritmo apposito che tiene conto delle diverse modalità di organizzazione dello screening (rettosigmoidoscopia a 58 anni o in alternativa ricerca del sangue occulto ogni due anni nella fascia 59-69 anni).

Figura 2. Esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati* (%)
Persone 50-69enni
Passi 2022-2023 (n. 25.064)



³La 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. Esame per la prevenzione dei tumori colorettali
nei tempi raccomandati* (%)
Persone 50-69enni
Passi 2022-2023



*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).

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 l'intervista.

Nell'intero Paese, come in tutte le ripartizioni geografiche, si è interrotto il progressivo aumento registrato nel periodo 2008-2019 (Figure 4 e 5). A subire questo arresto è stata in particolare la quota di esami eseguiti all'interno dei programmi di screening (Figura 4).

Nel 2023 si registrano valori sovrapponibili a quelli registrati nel triennio 2017-2019: la copertura complessiva è pari al 47,5% rispetto al 48,0%, mentre la percentuale di esami effettuati dentro i programmi di screening è del 39,1% rispetto al 38,6%.

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 2010-2023

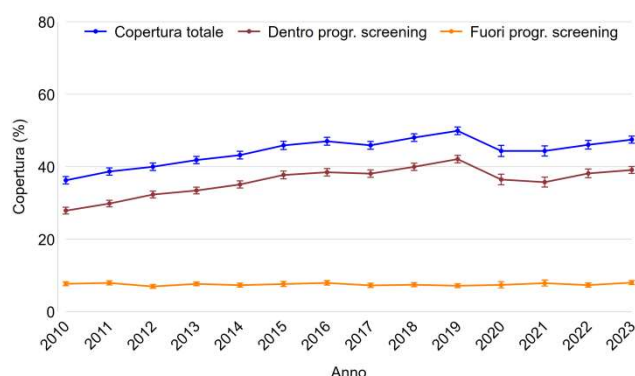
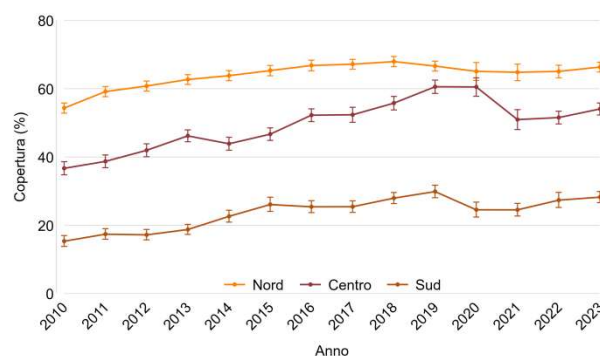


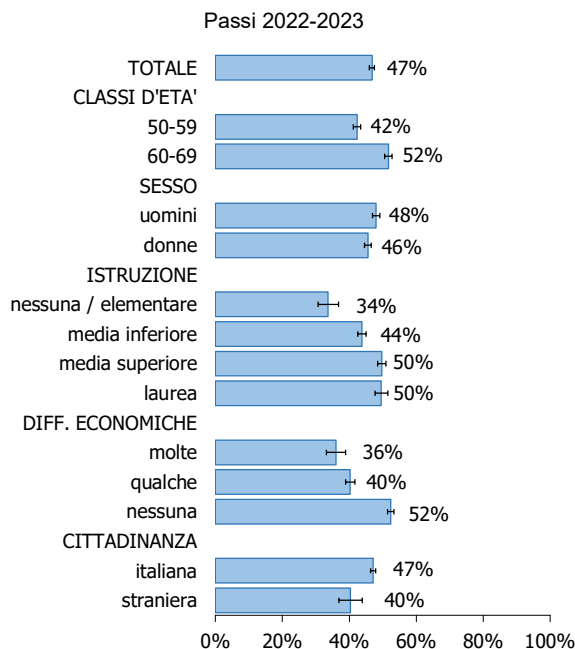
Figura 5. Esame per la prevenzione dei tumori colorettali
nei tempi raccomandati*
per ripartizione geografica (%)
Persone 50-69enni
Passi 2010-2023



*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 2022-2023 la percentuale di 50-69enni che hanno eseguito un esame preventivo per la diagnosi precoce dei tumori colorettali entro i tempi raccomandati è maggiore tra gli uomini, le persone con 60-69 anni, quelle con istruzione medio-alta, quelle senza difficoltà economiche e quelle con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a sviluppo avanzato (Psa)* (Figure 6). A proposito delle differenze per genere, Passi sembra sovrastimare la copertura negli uomini.

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



*Italiana: persone con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a sviluppo avanzato (Psa); Straniera: persone immigrate da Paesi a forte pressione migratoria (Pfpn).

Nella quota di esami eseguiti all'interno dei programmi di screening si riducono le differenze per genere, livello d'istruzione e cittadinanza, ma permangono quelle per difficoltà economiche e classe d'età (Figure 7 e 8).

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

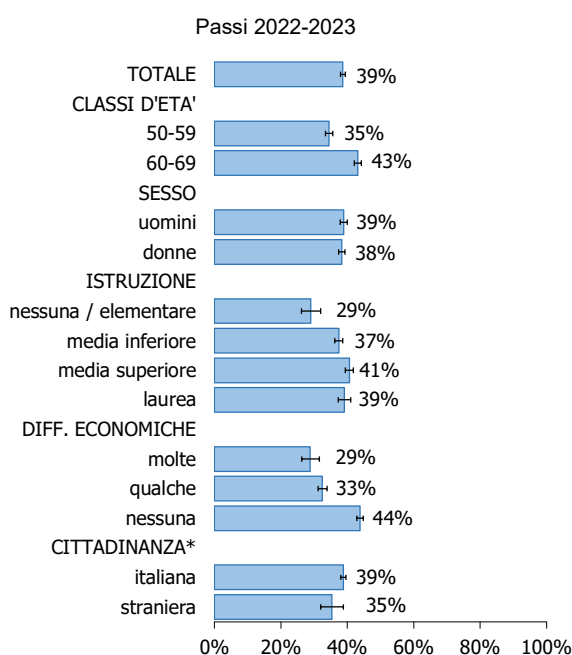
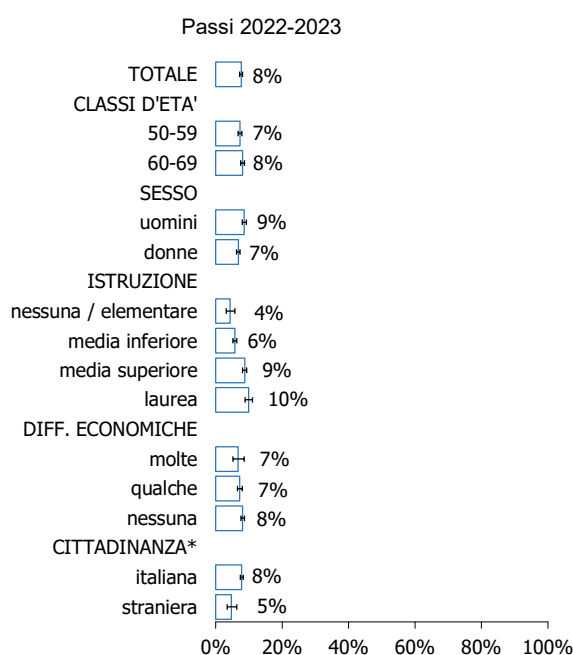


Figura 8. Copertura agli esami per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati al di fuori dei programmi di screening organizzati (%) per caratteristiche socio-demografiche Persone 50-69enni



*Italiana: persone con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a sviluppo avanzato (Psa); Straniera: persone immigrate da Paesi a forte pressione migratoria (Pfpn).

Passi indaga anche i motivi di non esecuzione della ricerca del sangue occulto entro gli ultimi due anni. La motivazione riferita più frequentemente è il “penso di non averne bisogno”, che assieme alla mancanza di tempo e alla “pigrizia”, potrebbe essere espressione di una bassa percezione del rischio; seguono l'assenza di consiglio e la mancata ricezione della lettera di invito (Figura 9).

Nelle regioni del Nord i motivi più riportati sono in ordine l'assenza di tempo, la mancata ricezione della convocazione, la pigrizia e il “penso di non averne bisogno”, mentre in quelle del Centro sono la mancata convocazione, il “penso di non averne bisogno”, il poco tempo, l'assenza di consiglio e la pigrizia; al Sud sono stati riferiti in percentuale maggiore il “penso di non averne bisogno” e il mancato consiglio (Figura 10).

Figura 9. Motivi di non esecuzione di una ricerca del sangue occulto preventiva entro gli ultimi due anni (%).
Persone 50-69enni

Passi 2022-2023

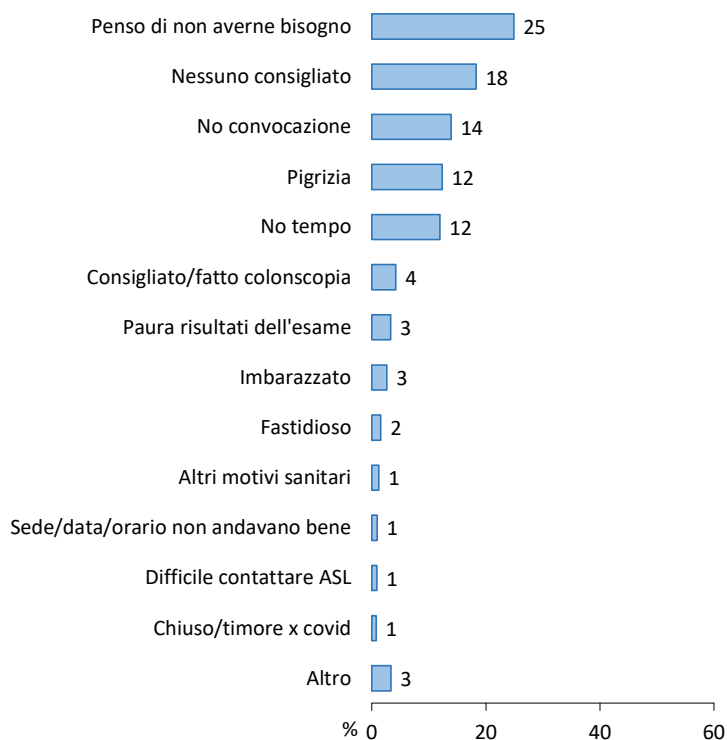


Figura 10. Motivi di non esecuzione di una ricerca del sangue occulto preventiva entro gli ultimi due anni (%).
Persone 50-69enni

Passi 2022-2023

