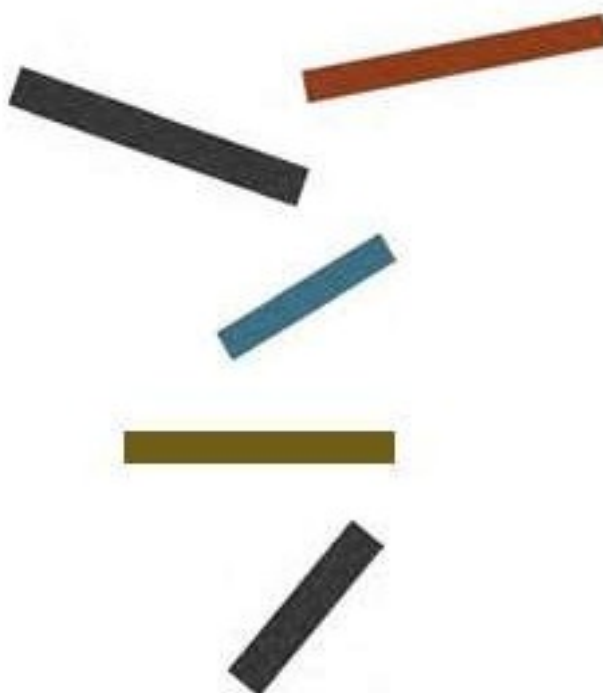


Osservatorio nazionale screening

Rapporto sul 2024



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

Sommario

Premessa	3
Lo screening mammografico	5
Lo screening della mammella visto da Passi	12
Lo screening cervicale	16
Lo screening cervicale visto da Passi	25
La genotipizzazione parziale dell'Hpv	29
Lo screening coloretale	32
Lo screening coloretale visto da Passi	38

Premessa

Paola Mantellini – Osservatorio nazionale screening

Nel mese di luglio 2025 sul sito dell'Osservatorio nazionale screening (Ons) sono stati pubblicati i dati di copertura da inviti e da esami (indicatore NSG p15C a, b, c) e il tasso di partecipazione allo screening organizzato per il tumore della mammella, del collo dell'utero e del colon-retto relativi al 2024. In continuità con quanto finora pubblicato, nell'edizione 2024 del Rapporto Ons si riportano dati di dettaglio relativi alla estensione e alla partecipazione e tutti gli indicatori di performance, laddove possibile, stratificati per macro-area. Come di consueto, viene offerta una visione ampia dell'andamento delle tre campagne di screening grazie all'approfondimento che l'indagine Passi, coordinata dall'Istituto superiore di sanità (Iss), garantisce annualmente in questo specifico ambito.

I dati presentati si riferiscono prioritariamente alla popolazione in fascia Lea e cioè donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni nello screening mammografico, donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni per il tumore del collo dell'utero e donne e uomini di età compresa tra i 50 e i 69 anni per lo screening del colon-retto. Dato che alcune regioni, e in particolare quelle su cui non vige un piano di rientro, in ottemperanza alle Raccomandazioni del Consiglio europeo e al Piano oncologico nazionale (Pon) 2023-2027, hanno esteso lo screening mammografico dai 45 ai 74 anni e quello coloretale fino ai 74 anni, vengono anche presentati alcuni approfondimenti per queste specifiche fasce di età.

Complessivamente, si può affermare che l'andamento delle attività è in miglioramento o in condizioni di stabilità per tutte e tre le campagne di screening con la tendenza a una progressione positiva in particolare per le regioni meridionali. Certamente, nonostante gli screening "tengano", il gradiente Nord-Sud osservabile per molti indicatori rappresenta ancora la criticità maggiore e la principale causa di dis-eguità registrata in questo ambito. Pertanto, il prossimo Piano nazionale della prevenzione (Pnp) 2026-2031 prevede che le regioni adottino programmi pre-definiti con obiettivi fortemente sfidanti volti a ridurre le disegualianze esistenti da una parte e a introdurre modelli e tecnologie innovative vantaggiosi sia in termini di efficacia che di efficienza del sistema. A questo proposito, l'Ons supporterà le regioni nella messa a punto delle azioni di Piano attraverso la definizione di linee di indirizzo derivate dalle più recenti evidenze scientifiche e dalle buone pratiche maturate e condivise a livello nazionale ed europeo.

Il presente rapporto è stato redatto da:

Pamela Giubilato, Paola Armaroli – Centro prevenzione oncologica, Città della Salute e della Scienza, Torino

Claudio Barbiellini Amidei, Manuel Zorzi – Azienda Zero, Padova

Patrizia Falini, Giuseppe Gorini, Francesca Battisti, Paola Mantellini – Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica (Ispro), Regione Toscana

Ringraziamenti

Si ringraziano i Coordinamenti regionali e tutti gli operatori di screening per aver fornito i dati.

Lo screening mammografico

Dati di attività dal 2020 al 2024

Nel 2024 rispetto all'anno precedente sono state invitate allo screening mammografico 165.105 donne (50-69enni) e anche sul fronte della partecipazione 31.800 donne in più hanno aderito rispetto al 2023. Relativamente all'indicatore di adesione si osserva una riduzione dell'indicatore grezzo di 1,3 punti percentuali (dal 52,7% nel 2023 al 51,4% nel 2024; 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 53,8%, diminuendo di 1.6 punti percentuali rispetto al 2023. Nel 2021, anno successivo al lockdown, l'adesione corretta ha registrato una performance migliore rispetto al 2020; il 2022 invece ha registrato un fenomeno di rimbalzo in negativo nella partecipazione, mentre il 2023 riporta la partecipazione a livelli analoghi anche se leggermente inferiori rispetto al 2021. Nel 2024 si registra ancora un fenomeno di rimbalzo in negativo anche se meno significativo, rimanendo l'adesione corretta sopra i valori del 2022 (Figura 1). Nel 2024, come negli anni precedenti, ogni 100 donne esaminate, 6,3 sono richiamate 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 10.244 unità nel 2024 con un tasso di identificazione di 5,2 casi ogni 1.000 donne sottoposte a screening. Il numero di carcinomi duttali in situ e di carcinomi invasivi ≤ 10 mm nel 2024 sono, rispettivamente, pari a 1.287 e 2.909, mostrando un andamento in linea con il 2023. I carcinomi nello stadio II e più avanzati risultano il 21,1%, mentre quelli di stadio ignoto il 13,2%, anch'essi in linea con gli anni precedenti. Le lesioni benigne identificate sono state pari a 1.093.

Tabella 1. Dati nazionali di attività di screening mammografico, fascia 50-69 anni. Periodo 2020-2024

Anno di attività	2020	2021	2022	2023	2024
Numero di donne invitate al netto delle inesitate	2.593.288	3.569.763	3.637.962	3.913.637	4.078.742
Numero di donne aderenti all'invito	1.241.639	1.914.891	1.815.693	2.062.835	2.094.635
Adesione grezza all'invito (%)	47,9	53,6	49,9	52,7	51,4
Adesione corretta all'invito (%)	51,0	56,2	53,0	55,4	53,8
Numero di donne esaminate*	1.242.415	1.937.375	1.847.121	2.079.685	2.119.784
Numero di donne richiamate per approfondimenti	80.109	119.062	120.051	128.548	133.463
Percentuale di donne richiamate per approfondimenti (%)	6,4	6,1	6,5	6,2	6,3
Numero di lesioni benigne	741	1.343	1.024	1.013	1.093
Numero di carcinomi diagnosticati allo screening	6.061	9.845	8.582	10.305	10.244
Tasso di identificazione° (%)	5,0	5,3	4,9	5,3	5,2
Numero di carcinomi duttali in situ diagnosticati allo screening	801	1.316	1.097	1.354	1.287
Numero di carcinomi invasivi ≤ 10 mm diagnosticati allo screening	1.781	2.786	2.490	3.005	2.909
Carcinomi stadio II+ (esami successivi; %)	23,7	22,9	22,1	20,9	21,1
Stadio ignoto (esami successivi; %)	12,4	11,6	10,6	12,1	13,2

*Per "donne esaminate" si intendono quelle donne che hanno aderito dopo invito e per le quali si è recuperato l'iter diagnostico/terapeutico
 °Il tasso di identificazione è stato calcolato escludendo dal denominatore le regioni che non hanno inviato informazioni sulla casistica

Figura 1. Adesione corretta all'invito per classi di età. Periodo 2020-2024



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 1). Nel 2024 l'adesione grezza resta superiore al livello accettabile del 50%. Il rapporto tra diagnosi istologiche benigne e maligne nelle donne sottoposte a biopsia chirurgica o intervento è di circa 1:10, stabile nel tempo e ampiamente entro i parametri raccomandati. 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.

La quota di tumori con stadio II+ (Tabella 1) rientra nello standard raccomandato (22,1% nel 2022, 20,9% nel 2023, 21,1% nel 2024) ed è in linea con gli anni precedenti. La percentuale di casi con stadio ignoto supera il 10% (13,2%), valore massimo considerato accettabile per il calcolo dell'indicatore "Proporzione dei Carcinomi in Stadio II+", ai fini dell'adempimento Lea.

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 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. Rispetto al 2023 si registra un lieve miglioramento degli indicatori dei tempi di attesa (Tabella 2).

Tabella 2. Tempi di attesa. Periodo 2020-2024

Anno di attività	2020	2021	2022	2023	2024	Standard accettabile Gisma
Invio dell'esito per i casi negativi entro 21 giorni dall'esecuzione della mammografia	74,2%	72,2%	74,2%	69,9%	72,4%	90%
Approfondimento entro 28 giorni dall'esecuzione della mammografia	59,5%	61,6%	63,8%	61,1%	61,0%	90%
Intervento entro 60 giorni dall'esecuzione della mammografia	31,8%	28,5%	28,5%	26,0%	27,1%	n.d.*

*n.d. non definito

La Tabella 3 presenta i dati per macroaree geografiche: Nord, Centro, Sud e Isole. Il numero di inviti sta continuando a crescere nel Sud, con oltre 137.000 inviti in più nel 2024 rispetto al 2023. L'adesione grezza al Sud nel 2024 è stabile (39%) rispetto al 2023. Al Nord si registrano circa 20.000 inviti in più nel 2024 rispetto al 2023, con un'adesione grezza stabile intorno al 60%. Nel Centro gli inviti nel 2024 hanno superato quelli del 2023 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% in tutte le regioni. La proporzione di donne con lesioni piccole sottoposte a trattamento chirurgico conservativo intorno allo standard considerato accettabile (85%) in tutta Italia.

Tabella 3. Indicatori per macroaree: Nord, Centro e Sud Italia. Periodo 2020-2024

Area geografica	Nord					Centro					Sud e Isole				
Anno di attività	2020	2021	2022	2023	2024	2020	2021	2022	2023	2024	2020	2021	2022	2023	2024
N. totale di donne invitate al netto delle inesitate	1.253.283	1.902.452	1.824.122	1.925.181	1.945.785	713.140	846.088	811.142	864.044	871.003	626.865	821.223	1.002.698	1.124.412	1.261.954
N. di donne aderenti all'invito	741.648	1.173.136	1.048.513	1.184.244	1.161.425	316.070	408.776	406.768	438.845	441.286	183.921	332.979	360.412	439.746	491.924
Adesione grezza all'invito (%)	59,2	61,7	57,5	61,5	59,7	44,3	48,3	50,1	50,8	50,7	29,3	40,5	35,9	39,1	39,0
N. di donne esaminate nel periodo	748.045	1.195.271	1.086.979	1.202.968	1.180.401	316.070	411.882	406.768	438.824	445.513	178.300	330.222	353.374	437.893	493.870
% di donne richiamate per approfondimenti	5,2	5,0	5,2	4,8	4,7	8,5	8,7	9,1	8,1	8,2	8,2	7,3	7,5	8,2	8,5
Lesioni benigne	360	587	529	497	519	210	655	349	396	464	171	101	146	120	110
Tasso di identificazione dei carcinomi* (%)	5,2	5,4	5,0	5,3	5,2	4,1	5,1	4,9	5,5	5,6	5,9	4,9	4,8	5,2	4,8
Tasso di identificazione dei carcinomi invasivi ≤ 10 mm° (%)	1,6	1,5	1,4	1,5	1,4	1,4	1,6	1,7	1,9	1,8	1,1	1,5	1,2	1,4	1,4
% di trattamento chirurgico conservativo nei tumori invasivi ≤ 2 cm	81,8	82,6	86,1	84,7	87,6	88,5	85,5	88,0	88,3	84,1	71,7	63,6	80,9	84,3	84,6

*Il tasso di identificazione è stato ricalcolato escludendo dal denominatore le regioni che non hanno inviato informazioni sulla casistica

Donne migranti

Nel 2024 è stata effettuata una indagine sulla partecipazione delle donne migranti 50-69enni allo screening della mammella. Tutti i programmi delle regioni del Nord e Centro hanno fornito i dati, al Sud-Isole lo hanno fatto tutti i programmi eccetto 4 della Calabria e 1 della Campania. Le donne migranti rappresentano complessivamente il 9% delle donne invitate. I risultati riportati in Tabella 4 e Figura 2 mostrano le differenze di adesione in base al Paese di provenienza della popolazione. Complessivamente in Italia, mentre il 56% delle donne nate in Paesi a sviluppo avanzato (Psa), incluso l'Italia, partecipano allo screening della mammella, solo il 44% delle donne provenienti da Paesi ad alta pressione migratoria (Pfp) partecipano, ovvero 21 punti percentuali in meno. Mentre Nord e Centro si attestano su valori superiori al 40% (48% e 42% rispettivamente), al Sud-Isole solo il 30% delle donne provenienti da Pfp partecipa allo screening. Inoltre, la proporzione di donne Pfp al Sud è circa la metà della media nazionale. Guardando per fascia di età, le donne provenienti da Pfp, a differenza delle donne da Psa, presentano adesioni maggiori nella fascia più giovane (Tabella 5).

Tabella 4. Invitate* e aderenti* allo screening mammografico nelle donne 50-69enni nate in Paesi a forte pressione migratoria (Pfp) e in Paesi a sviluppo avanzato (Psa), incluso Italia. Anno 2024

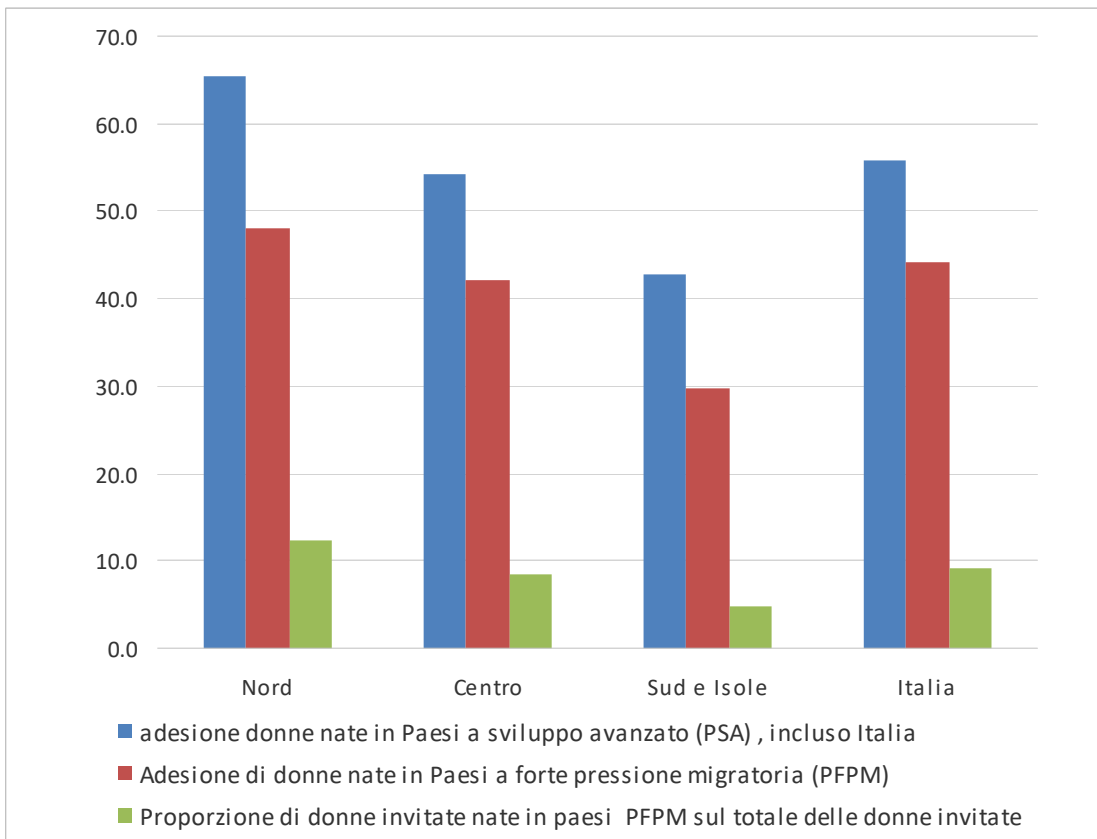
Popolazione	Adesione all'invito	Italia	Nord	Centro	Sud e Isole
Totale	Invitate	4.055.926	1.971.476	897.537	1.186.913
	Rispondenti	2.067.471	1.161.425	441.286	464.760
	Adesione corretta	54,8	63,2	53,3	42,1
Psa	Invitate	3.680.304	1.728.864	821.928	1.129.512
	Rispondenti	1.916.668	1.052.780	414.889	448.999
	Adesione Corretta	55,9	65,4	54,2	42,7
Pfp	Invitate	375.623	242.612	75.609	57.402
	% sul totale inviti	9,3	12,3	8,4	4,8
	Rispondenti	150.803	108.645	26.397	15.761
	Adesione corretta	44,1	48,0	42,1	29,6

*Dati relativi ai soli programmi che hanno fornito informazioni sulla popolazione migrante

Tabella 5. Adesione corretta allo screening mammografico nelle donne 50-69enni nate in Paesi a forte pressione migratoria (Pfp) e in Paesi a sviluppo avanzato (Psa), incluso Italia.

Fasce d'età	Adesione corretta Pfp (%)	Adesione corretta Psa (%)	Differenza Pfp-Psa (punti percentuali)
50-54	46,8	53,5	-6,8
55-59	44,7	56,3	-11,5
60-64	43,1	57,7	-14,6
65-69	37,9	56,8	-18,9
Totale	44,1	55,9	-11,9

Figura 2. Adesione corretta* (%) dello screening mammografico per area e per Paese di nascita. Proportione di donne invitate provenienti da Pfpn sul totale delle donne invitate per programma. Anno 2024



*Dati relativi ai soli programmi che hanno fornito informazioni sulla popolazione migrante

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

Nel 2024 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 2024 sono state invitate circa 720.000 donne pari a circa il 34% della popolazione bersaglio. La maggior parte delle donne invitate in questa fascia di età proviene dalle regioni: Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Marche, Toscana, Lombardia, Campania e Piemonte. L'estensione corretta è intorno al 100% per Marche, Friuli Venezia Giulia ed Emilia-Romagna, mentre Toscana, Lombardia e Basilicata presentano un'estensione corretta tra il 50% e il 75% (Basilicata 59%, Lombardia 69%, Toscana 72%). Campania e Piemonte presentano un'estensione inferiore al 50% (37% e 47% rispettivamente). Complessivamente, l'estensione corretta in Italia è del 34%: 52% al Nord, 31% al Centro e 11% al Sud e Isole. Il 54% delle donne ha accettato l'invito (circa 390.000 donne). Val d'Aosta, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Piemonte, Lombardia, Basilicata e Liguria registrano un'adesione corretta superiore al 50%. Marche e Campania intorno al 22%-33%. Complessivamente, l'adesione corretta in Italia è del 58%: 63% al Nord, 55% al Centro e 28% al Sud e Isole.

Per quanto riguarda le donne ultrasettantenni è necessario premettere che vi sono modalità di invito differenti tra una regione e l'altra. Nel 2024 sono state invitate circa 423.000 donne, con un'estensione corretta del 51% in Italia; circa 257.000 hanno risposto all'invito, con un'adesione corretta del 65%. La provincia autonoma di Trento, Lombardia, Emilia Romagna, Umbria, Veneto e Marche presentano un'estensione corretta intorno al 100%; Lazio, Toscana, Liguria, Friuli Venezia Giulia e Basilicata tra il 60% e il 75%. Una estensione intorno al 24% si osserva in Piemonte. Complessivamente, l'estensione corretta è del 82% al Nord, 73% al Centro e solo del 2% al Sud e Isole, mentre l'adesione corretta è del 67% al Nord, 57% al Centro e del 72% in Basilicata, unica regione del Sud che ha un programma per le donne di 70-74 anni.

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 2023-2024 il 75% 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 (86%) e al Centro (80%), mentre è più bassa al Sud (62%) (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: 7% nella P.A. di Trento -32% in Campania) (Figura 3).

Figura 1. Mammografia eseguita entro gli ultimi 2 anni (%)
Donne 50-69enni
Passi 2023-2024 (n. 16.445)

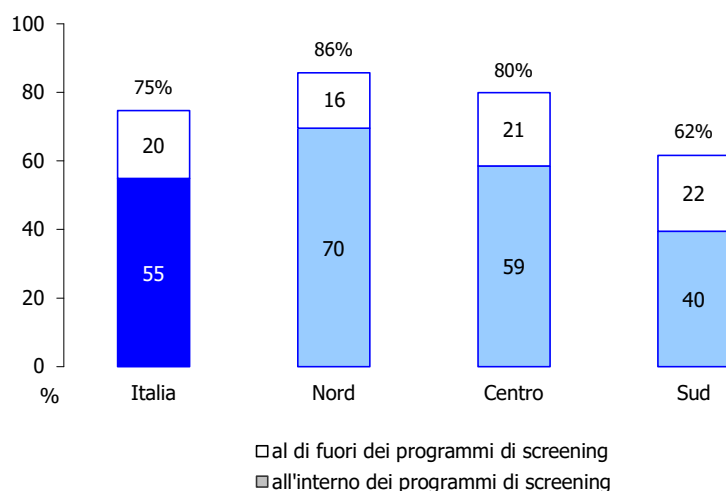
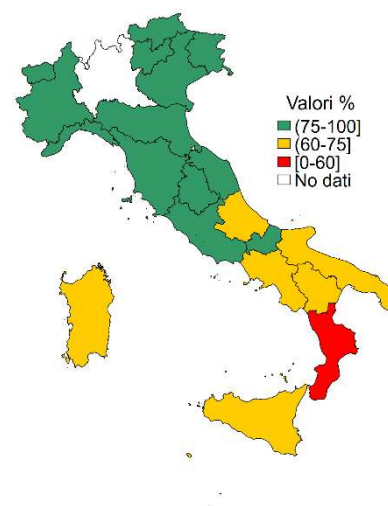
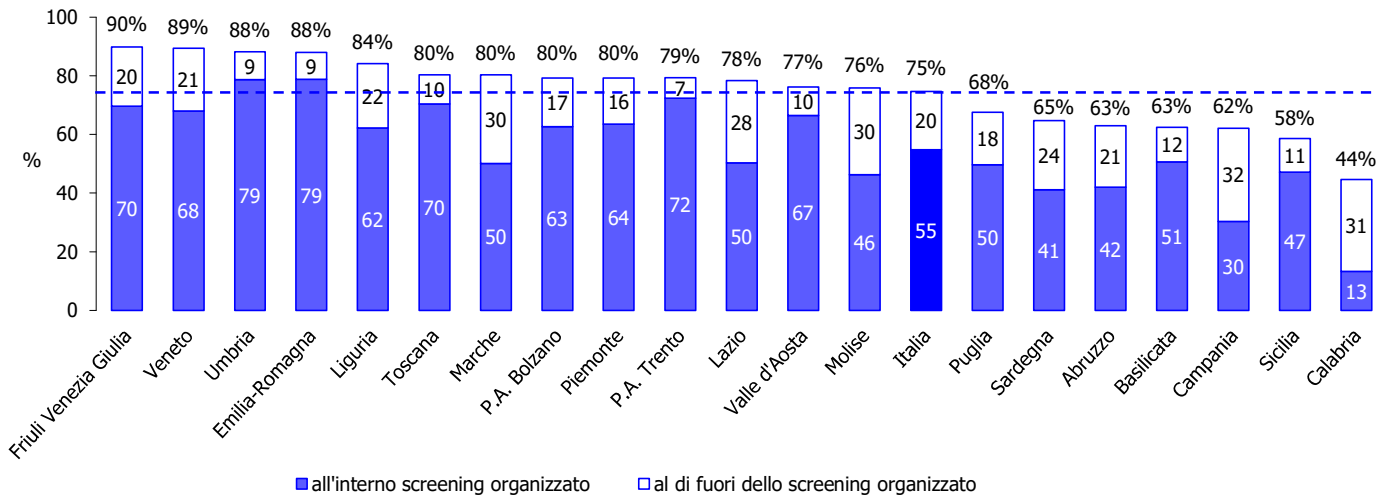


Figura 2. Mammografia eseguita entro gli ultimi 2 anni (%)
Donne 50-69enni
Passi 2023-2024 (n. 16.445)



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 2023-2024



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 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. Dopo lo stop registrato nel 2020 è iniziata una lenta ripresa. Nel 2024, infatti, si osservano valori di poco più alti di quelli registrati nel triennio 2017-2019: la copertura complessiva è pari al 76% rispetto al 75%, mentre la percentuale di mammografie effettuate dentro i programmi di screening è del 57% 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 2008-2024

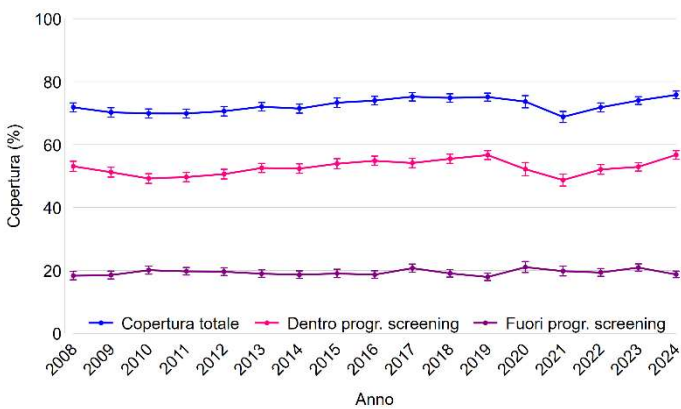
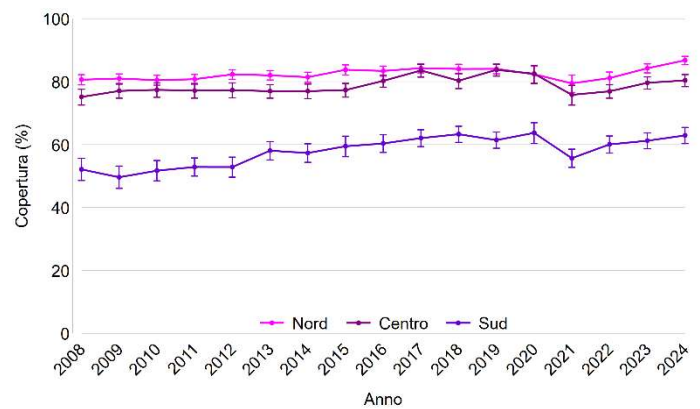
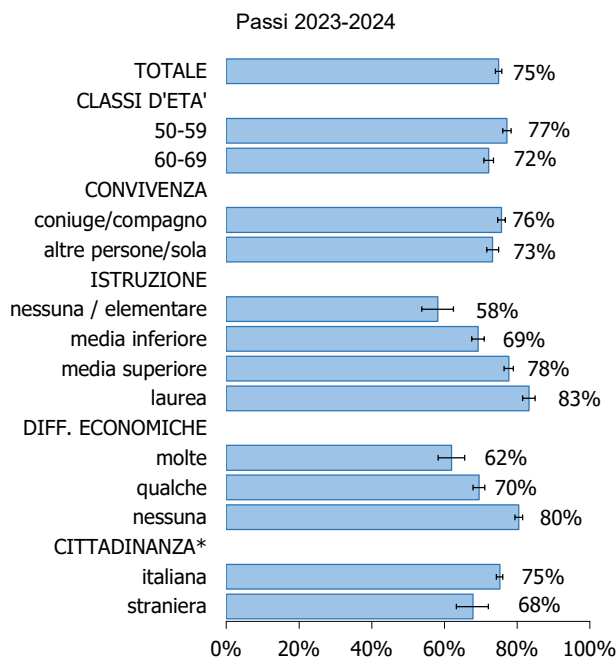


Figura 5. Mammografia eseguita entro gli ultimi 2 anni per ripartizione geografica (%)
 Donne 50-69enni
 Passi 2008-2024



Nel biennio 2023-2024 la percentuale di donne 50-69enni che hanno eseguito una mammografia preventiva entro gli ultimi due anni è maggiore nelle donne con 60-69 anni, in quelle 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 classe d'età, 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 (%)

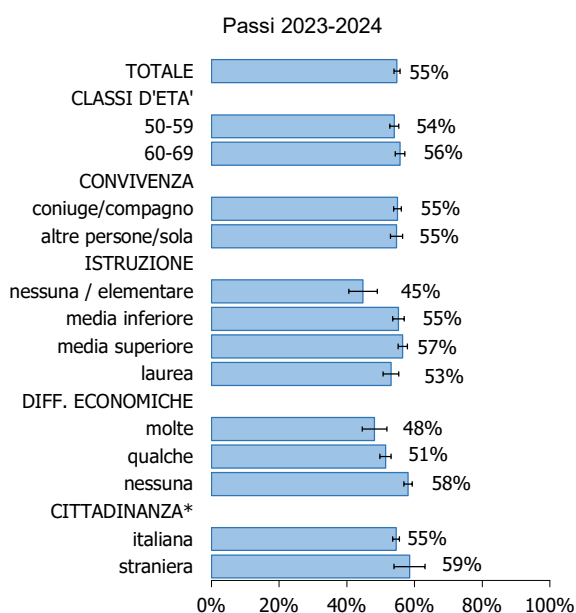
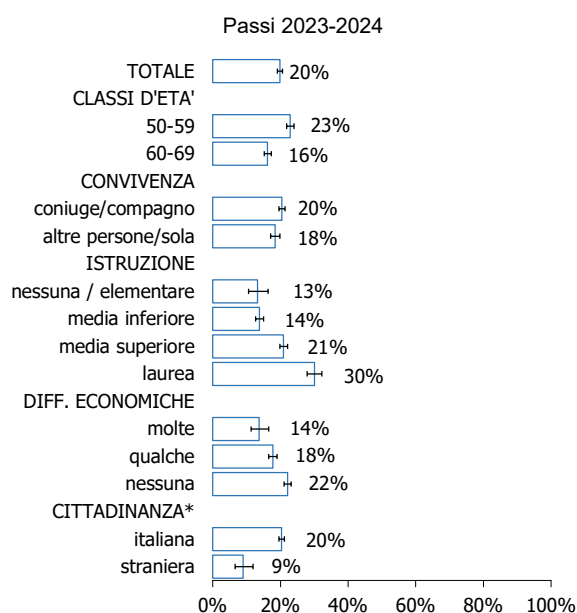


Figura 8. Copertura alla mammografia preventiva eseguita entro gli ultimi due anni al di fuori dei programmi di screening organizzati per caratteristiche socio-demografiche Donne 50-69enni (%)



*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 il "penso di non averne bisogno", seguita dalla mancata ricezione della lettera di invito, dalla mancanza di tempo e dalla "pigrizia"; quest'ultime due 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 il motivo più riferito è la mancata ricezione della convocazione, mentre al Sud è il "penso di non averne bisogno" (Figura 10).

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

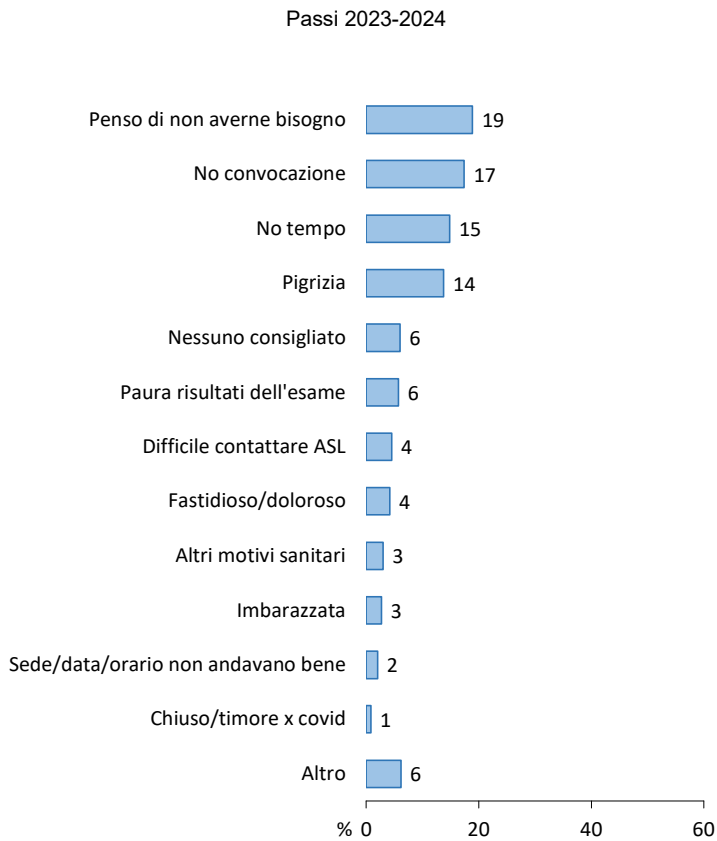
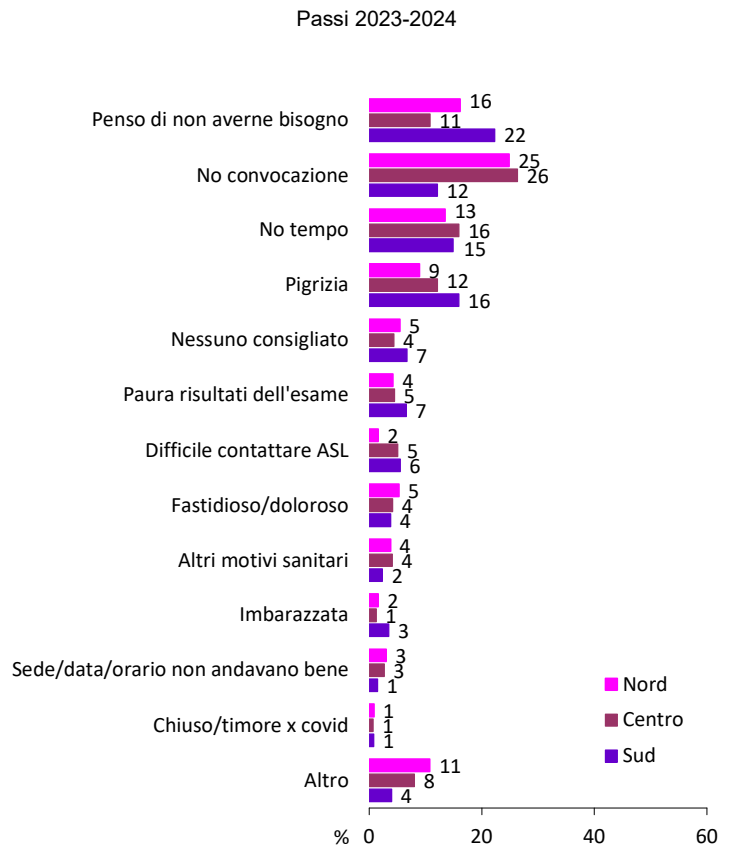


Figura 10. Motivi di non esecuzione di una mammografia preventiva entro gli ultimi due anni per ripartizione (%)
Donne 50-69enni (%)



Lo screening cervicale

Dati di attività dal 2019 al 2024

I dati di attività del 2024 confermano il trend di ripresa osservato nel 2023, dopo la sospensione delle prestazioni nei mesi di marzo e aprile 2020 in seguito alla pandemia 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 supera i livelli pre-pandemia del 2019, così come l'adesione. Considerando l'adesione per classi di età, nel 2024 rispetto al 2019 si osserva un aumento nella fascia 45-64 anni e un recupero anche nella fascia più giovane (25-34 anni), che torna a livelli analoghi (35,8% vs 36,2%), dopo la flessione osservata nel 2023 (Tabella 2).

Tabella 1. Donne che hanno effettuato un Pap test o test Hpv di screening e adesione corretta all'invito
Periodo 2019-2024

Anno di attività	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Numero di donne invitate	3.835.318	2.598.295	3.426.660	3.829.577	3.982.378	4.052.905
Numero di donne che hanno effettuato un test di screening	1.496.872	865.551	1.293.788	1.454.621	1.554.540	1.632.811
Proporzione di donne che hanno aderito all'invito	38,7%	32,9%	37,3%	38,2%	39,0%	40,1%
Adesione all'invito corretta in donne di 25-64 anni	40,7%	34,2%	39,2%	40,3%	41,5%	42,0%

Tabella 2. Adesione all'invito allo screening cervicale per fasce di età*. Periodo 2019-2024

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%
2024	35,8%	39,8%	43,6%	42,5%	40,8%

*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 2024 si conferma, come nel 2023, 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 (93 programmi attivi rispetto agli 85 del 2023). Nel 2024 il test Hpv è stato utilizzato in tutte le regioni italiane a 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 2024, infatti, il 78,7% delle donne è stato invitato allo screening con test Hpv su scala nazionale, in aumento rispetto al 71,3% del 2023 (Tabella 3). Si mantengono importanti differenze tra le aree geografiche. Nel Nord la conversione è ormai consolidata: nel 2024, l'86,7% delle donne è stato invitato a screening con test Hpv, rispetto al 79,5% del 2023. Anche il Centro raggiunge l'83,2% nel 2024 rispetto all'80,3% del 2023. Il Sud e le Isole registrano un forte incremento, ma si mantengono ancora a un livello inferiore rispetto alle altre aree, con il 64,9% delle donne invitate a screening con Hpv nel 2024 (vs 56,4% nel 2023 e 39,1% nel 2022).

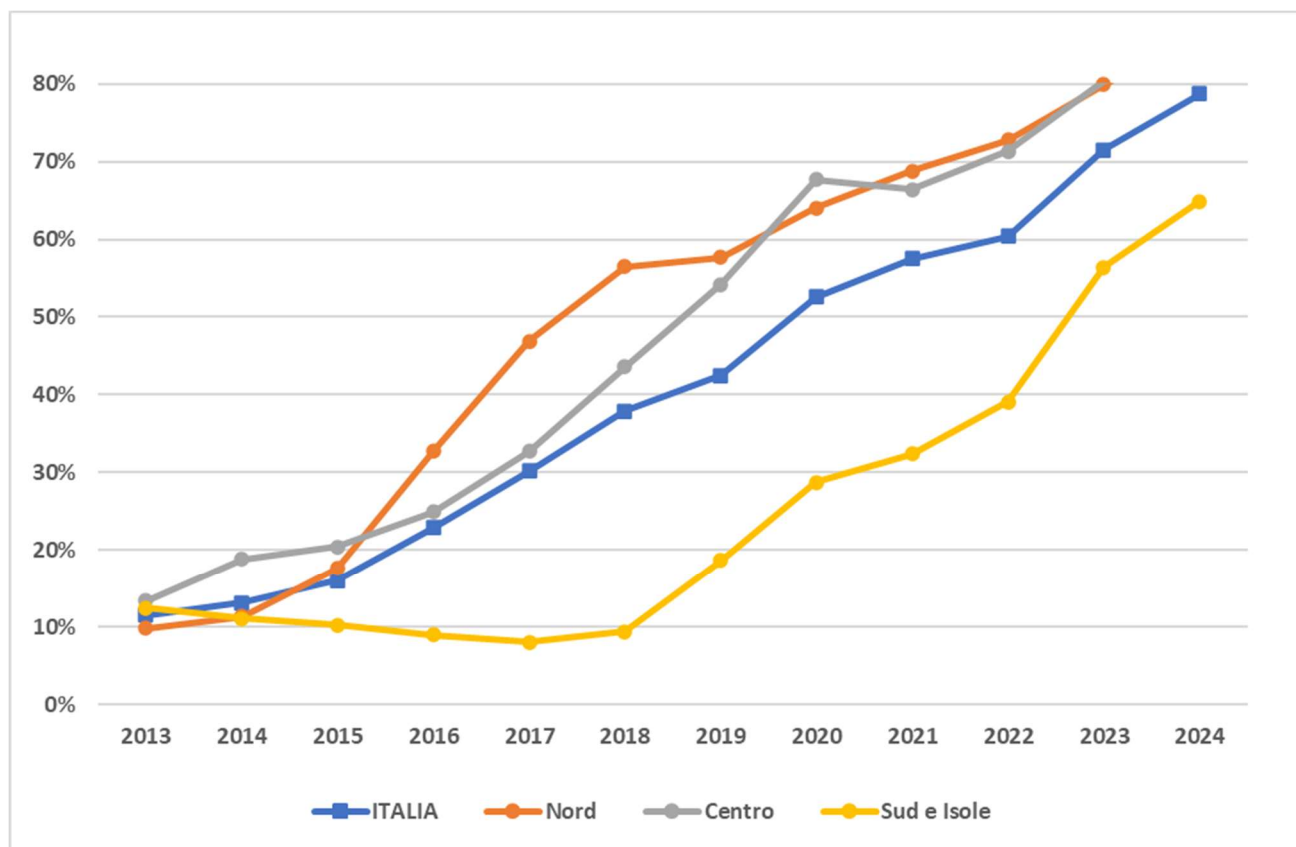
Nel 2024 in Italia 93 programmi hanno invitato complessivamente 3.190.938 donne; il 42,6% ha aderito all'invito; la positività del test Hpv si mantiene stabile, con un valore medio del 7,7% a livello nazionale (Tabella 3, Figura 1).

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%
2024	ITALIA	3.190.938	78,7%	1.360.372	42,6%	7,7%
	Nord	1.639.312	86,7%	771.702	47,1%	7,2%
	Centro	679.283	83,2%	284.124	41,8%	8,9%
	Sud e Isole	872.343	64,9%	304.546	34,9%	8,0%

§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 2013-2024



Relativamente alla raccolta dati per coorti di invito, per il periodo 2013-2023, che tiene conto del completamento di tutti il percorso compresa quindi la rilevazione delle performance delle donne inviate a ripetizione a un anno, 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 2023 in Italia sono state invitate complessivamente 2.843.312 donne e 1.214.079 hanno effettuato l'esame; il 42,2% ha aderito all'invito, in aumento rispetto all'anno precedente. La positività del test Hpv è del 7,6%, in diminuzione. L'adesione all'invito alla ripetizione si mantiene elevata intorno al 78%, anche se in lieve calo. Il tasso di invio in colposcopia (invio immediato + invio dopo ripetizione) si attesta al 4,6%, in linea con gli anni precedenti; l'adesione alla colposcopia è in aumento con un dato del 92,9% (quasi 3 punti in più).

Il numero di lesioni con istologia CIN2+ individuate ogni 1.000 donne che hanno effettuato lo screening è del 8,2%, in crescita.

Il numero totale di lesioni CIN2+ individuate (5.952) 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 2013-2023

Anno di attività	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Numeri di programmi attivi con Hpv	21	29	49	59	58	65	73	75	79	80	91
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	2.843.312
Donne aderenti	42,3%	48,4%	50,2%	52,1%	49,2%	48,5%	45,2%	37,6%	39,6%	41,3%	42,2%
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	1.214.079
Donne con test Hpv+	6,9%	7,1%	6,7%	7,0%	7,2%	7,8%	8,1%	8,3%	8,0%	7,7%	7,6%
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	60.908
Adesione alla ripetizione	74,6%	75,5%	79,2%	82,3%	81,4%	81,4%	87,2%	87,2%	79,8%	79,8%	77,8%
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%	4,6%
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%	92,9%
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	5.952
Lesioni con istologia CIN2+ individuate ogni 1.000 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	8,2
Valore predittivo positivo	14,0%	14,5%	14,7%	13,1%	12,9%	13,5%	15,3%	15,4%	14,9%	13,2%	12,1%

*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 esaminate con test Hpv per fasce di età*. Periodo 2017-2024

Fasce d'età	2019	2020	2021	2022	2023	2024
<25-34	10,5%	10,6%	10,2%	39,2%	39,0%	39,5%
35-44	28,7%	29,0%	23,8%	36,9%	39,2%	41,5%
45-54	35,0%	31,9%	31,4%	43,1%	44,7%	44,4%
55->65	25,9%	28,5%	34,7%	43,1%	42,8%	42,7%

**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 2024 il test Hpv è stato utilizzato in tutte le regioni italiane a esclusione della Sardegna.

Quindi in questa sezione, come per l'anno scorso, nell'analisi degli indicatori dello screening cervicale con Pap test 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 nel periodo di attività 2022-2024, indipendentemente dallo stato vaccinale.

In quest'analisi abbiamo incluso 132.306, 157.027 e 143.155 donne di 25-34 anni che hanno effettuato un Pap test di screening, rispettivamente in 70 programmi nel 2022, 79 programmi nel 2023 e 84 programmi nel 2024. L'aumento del numero dei programmi inclusi in questa rilevazione è conseguenza dell'incremento del numero di programmi che nel 2024 hanno completato la transizione da Pap test ad Hpv test e in cui più del 90% delle donne invitate a effettuare un Pap test erano in fascia di età 25-34 anni.

Bisogna considerare l'indicazione dell'Osservatorio nazionale screening (Ons) 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. La riduzione del numero di donne invitate è una conseguenza dell'implementazione progressiva di tale posticipo per le donne vaccinate. Nel 2024, infatti, 54 programmi su 110 hanno dichiarato di aver effettuato il posticipo degli inviti. La proporzione di donne vaccinate invitate, rispetto alla popolazione residente vaccinata (secondo i dati dichiarati dalle regioni), è diminuita dal 62% nel 2021 al 30% nel 2024. Al contrario, la quota di donne non vaccinate invitate è rimasta sostanzialmente stabile, passando dal 64% al 62%.

Nel 2024 nelle donne 25-34 anni invitate a effettuare un Pap test primario di screening si osservano (Tabella 6): un'adesione all'invito del 34,6% in aumento rispetto al 2023 (31%); una proporzione di test inadeguati dell'1,8%, in leggero aumento rispetto al 2023, ma comunque entro il livello desiderabile <5% degli standard Gisci; una proporzione di donne inviate in colposcopia del 6,2% stabile rispetto al 2023 e un'adesione tra le donne inviate in colposcopia per qualunque alterazione citologica (colposcopia per ASCUS+) in riduzione all'87,5%. 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 93,4% circa. Il numero delle lesioni CIN2+ individuate ogni 1.000 donne è di 6,4, stabile rispetto al 2023. La probabilità per una donna inviata in colposcopia di avere effettivamente una lesione che richiede un trattamento (lesioni con istologia CIN2+) (Valore predittivo positivo, VPP) è stabile all'11,8%. 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	2024
Adesione all'invito	36,4%	30,8%	34,6
Proporzione di Pap test inadeguati (Standard di qualità Gisci: desiderabile: < 5%, accettabile: < 7%)	1,6%	1,5%	1,8%
Proporzione di donne inviate in colposcopia per qualsiasi causa	6,0%	6,2%	6,3%
Proporzione di donne che hanno aderito alla colposcopia per citologia ASCUS+ (Standard di qualità Gisci: desiderabile: ≥ 90%, accettabile: ≥ 80%)	89,8%	90,5%	87,5%
Proporzione di donne che hanno aderito alla colposcopia per citologia HSIL+ (Standard di qualità Gisci: desiderabile: ≥ 95% accettabile: ≥ 90%)	93,1%	92,4%	93,4%
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%	11,8%
Numero di colposcopie necessarie per individuare la presenza di istologia CIN2+	11,0	8,8	8,4
Lesioni con istologia CIN2+ individuate con Pap test	922	944	916
Lesioni con istologia CIN2+ individuate ogni 1.000 donne che hanno fatto lo screening*	7,2	6,4	6,5

*Il denominatore del tasso di identificazione (DR per 1.000) 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 esaminate

Quando consideriamo la suddivisione per area geografica (Tabella 7) si osserva una proporzione maggiore di esami inadeguati nel Sud e Isole in aumento (circa il 3%, comunque entro il livello desiderabile <5% degli standard Gisci), una proporzione di donne inviate in colposcopia maggiore al Nord e un'adesione alla colposcopia più elevata sia per citologia ASCUS+ o HSIL+ al Centro. Il numero di lesioni CIN2+ individuate ogni 1.000 donne è superiore al Nord. Il numero di colposcopie necessarie per individuare la presenza di istologia CIN2+ è maggiore al Sud e Isole e, coerentemente, la probabilità di avere una lesione con istologia CIN2 o più grave (CIN2+) tra le donne che hanno fatto una colposcopia per citologia ASCUS+ è inferiore. La minore performance diagnostica nelle regioni 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 adottando modelli organizzativi più efficienti e promuovendo azioni volte a facilitare la partecipazione dal punto di vista comunicativo.

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

Area geografica	Nord			Centro			Sud e Isole		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024	2022	2023	2024
Proporzione di Pap test inadeguati	1,8%	1,3%	1,5%	1,1%	1,2%	1,6%	2,1%	2,0%	3,0%
Proporzione di donne inviate in colposcopia per qualsiasi causa	6,6%	7,4%	7,3%	5,2%	4,8%	4,8%	5,8%	5,4%	6,8%
Proporzione di donne che hanno aderito alla colposcopia per citologia ASCUS+ Standard di qualità Gisci: desiderabile: ≥ 90% accettabile: ≥ 80%	93,0%	92,0%	87,2%	86,6%	89,3%	92,4%	81,4%	88,0%	80,3%
Proporzione di donne che hanno aderito alla colposcopia per citologia HSIL+ Standard di qualità Gisci: desiderabile: ≥ 95% accettabile: ≥ 90%	96,1%	93,0%	91,7%	89,4%	85,7%	98,0%	89,0%	94,7%	97,4%
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	12,8%	12,5%	12,5%	14,2%	12,0%	12,8%	14,9%	7,6%	6,9%
Numero di colposcopie necessarie per individuare la presenza di una lesione con istologia CIN2+	12,6	8,0	8	10,5	8,3	7,8	11,0	13,2	14,4
Lesioni con istologia CIN2+ individuate ogni 1.000 donne che hanno fatto il Pap test	7,7	8,2	7,8	6,4	5,1	5,5	6,7	4,2	4,1

L'andamento nella popolazione migrante

Ben 20 Regioni/Province Autonome su 21 (la Basilicata non ha prodotto il dato) hanno fornito i dati relativi al 2024 per le donne provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (Pfpm).

Complessivamente il 96% dei programmi (105/110) ha fornito dati utili per l'analisi, per un totale di 507.151 donne provenienti da Pfpm invitate allo screening nel 2024: 46 programmi al Nord (326.575 donne), 28 al Centro (102.578 donne), 31 al Sud e Isole (77.998 donne). Si osserva quindi un ulteriore aumento dei dati forniti dai programmi rispetto al 2023.

Considerando i programmi che hanno riportato la popolazione bersaglio annua per le donne Pfpm, l'estensione degli inviti risulta del 109%, in aumento rispetto al 2023 (99,5%). L'estensione, come già nel 2023, si mantiene inferiore al Sud e Isole (89,4%). L'elevata estensione indica che le donne presenti nelle liste anagrafiche vengono correntemente invitate. L'adesione aggiustata (Figura 2, Tabella 8) per le donne Pfpm media italiana è del 35,8%, più elevata al Nord (38,5%) rispetto al Sud e Isole (24,5%) e al Centro (35,9%). 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 7 punti percentuali, in linea rispetto ai 6 punti percentuali dell'anno precedente. La differenza di adesione è maggiore al Sud e Isole (11 punti percentuali), e al Nord (10 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 2023.

Figura 2. Adesione allo screening cervicale nelle donne provenienti da Pfpm e Psa complessive e per macroarea geografica. Anno 2024

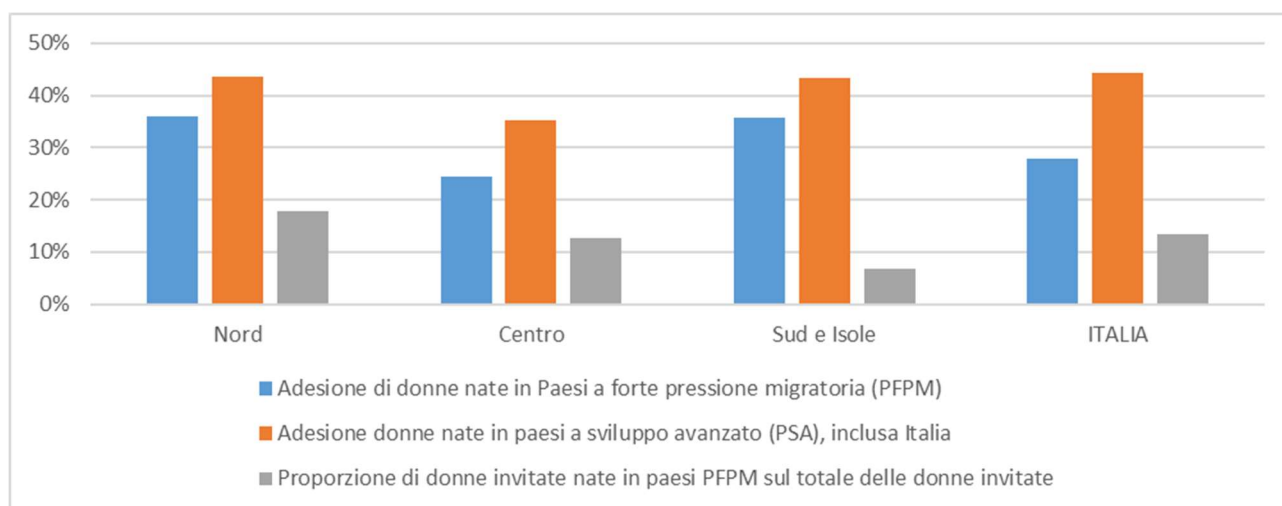


Tabella 8. Invitate e aderenti allo screening cervicale nella popolazione proveniente da Paesi a forte pressione migratoria (Pfpm) e da italiani e provenienti da Paesi a sviluppo avanzato (Psa)
Dati relativi ai soli programmi che hanno fornito informazioni sulla popolazione migrante. Anno 2024

Popolazione	Adesione all'invito	Italia	Nord	Centro	Sud e Isole
Totale	Invitate	4.048.525	1.887.340	816.333	1.344.852
	Aderenti	1.624.149	868.725	334.880	420.544
	Adesione corretta	42,0%	48,0%	43,5%	32,7%
Pfpm	Invitate	507.151	326.575	102.578	77.998
	% sul totale inviti	12,5%	17,3%	12,6%	5,8%
	Aderenti	169.804	120.078	31.344	18.382
	Adesione corretta	35,8%	38,5%	35,9%	24,5%
Psa	Invitate	3.860.921	1.883.049	816.333	1.161.539
	Aderenti	1.593.340	868.539	334.880	389.921
	Adesione Corretta	43,3%	48,1%	43,5%	35,2%

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	22,5%	30,1%	-7,6%
25-29	28,2%	33,4%	-5,3%
30-34	34,3%	39,6%	-5,3%
35-39	34,7%	40,1%	-4,3%
40-44	37,3%	41,9%	-4,6%
45-49	37,4%	43,4%	-5,9%
50-54	35,6%	44,7%	-9,0%
55-59	31,0%	43,2%	-12,2%
60-64	27,4%	40,9%	-13,5%
65+	39,5%	39,6%	-0,1%
Totale	33,7%	41,3%	-7,5%
Totale 25-64	33,6%	41,3%	-7,7%

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 2023-2024 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 (Figura 1).

La copertura complessiva ai test preventivi raggiunge valori elevati al Nord (84%) 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 macro-area.

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 2023-2024 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: 14% in Umbria; -48% in Campania).

Figura 1. Copertura ai test preventivi entro i tempi raccomandati
Donne 25-64enni (%)
Passi 2023-2024 (n. 27.854)

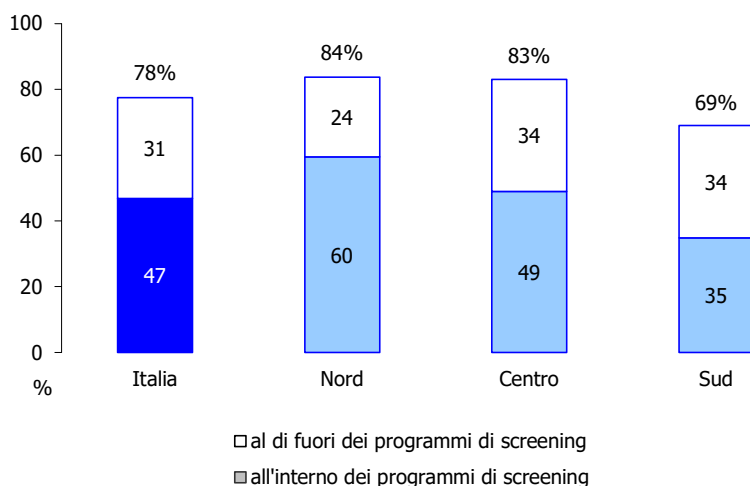
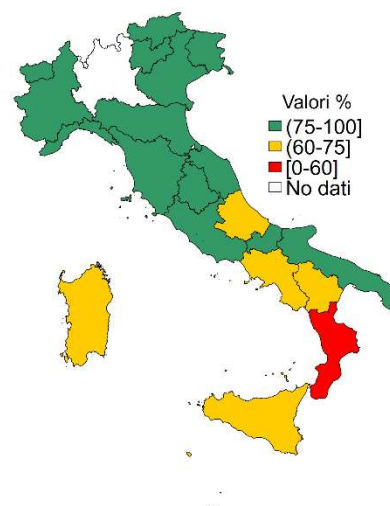
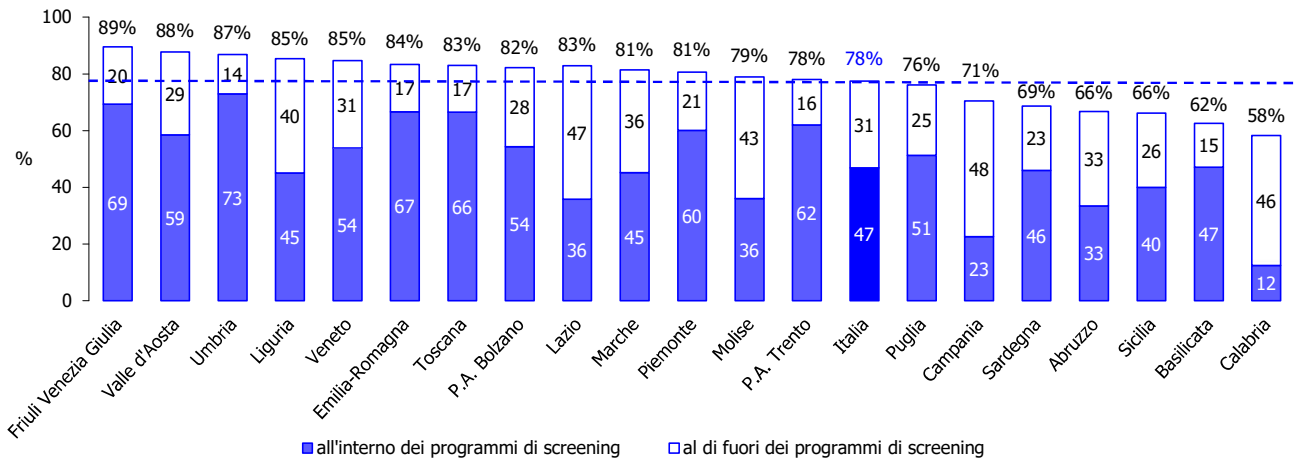


Figura 2. Copertura ai test preventivi entro i tempi raccomandati
Donne 25-64enni (%)
Passi 2023-2024 (n. 27.854)



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 2023-2024



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 2020-2024 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 2008-2024

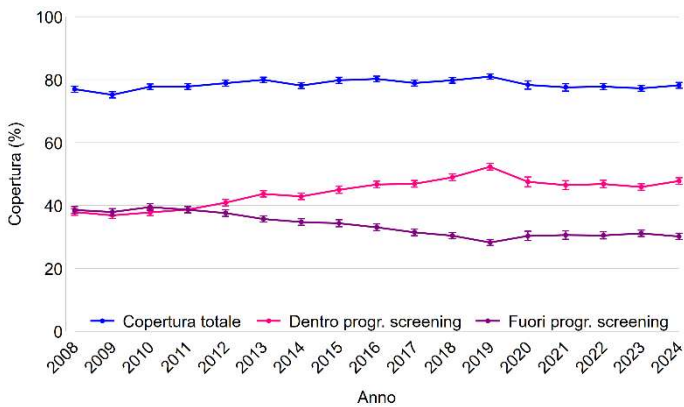
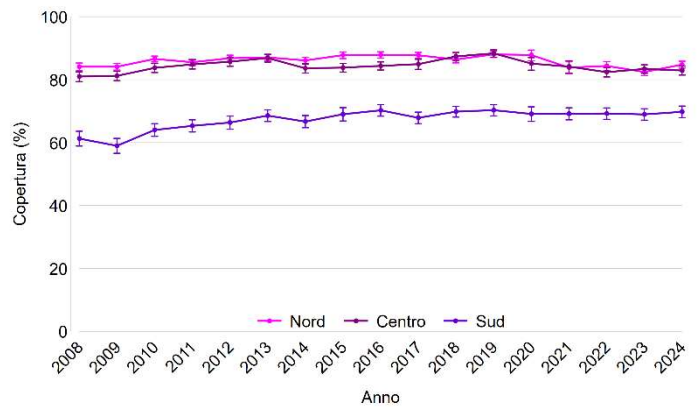
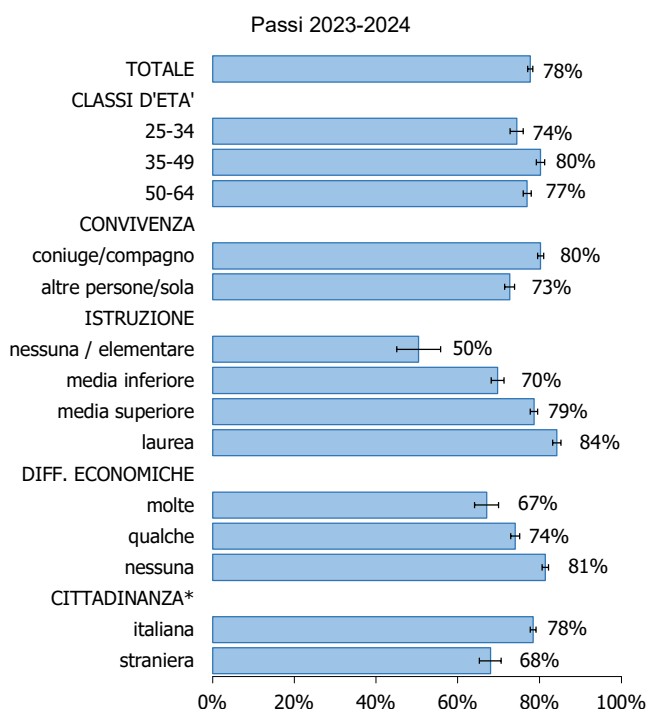


Figura 5. Copertura ai test preventivi per ripartizione geografica (%)
Donne 25-64enni
Passi 2008-2024



Nel biennio 2023-2024 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 (%)

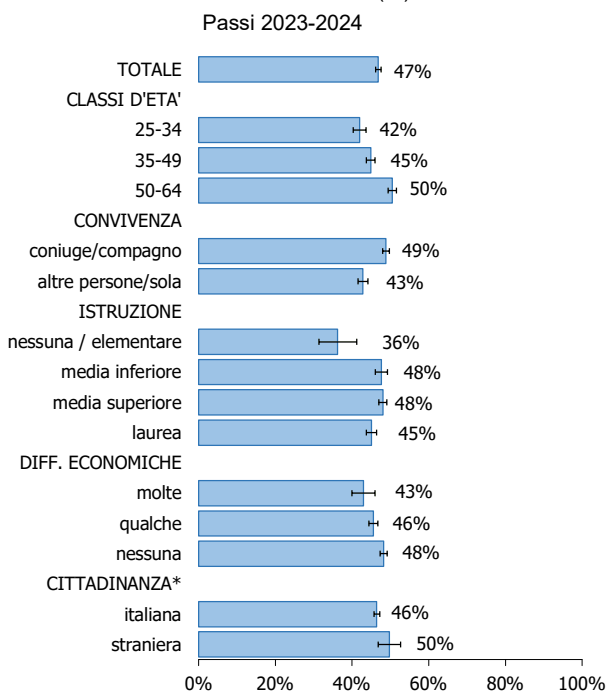
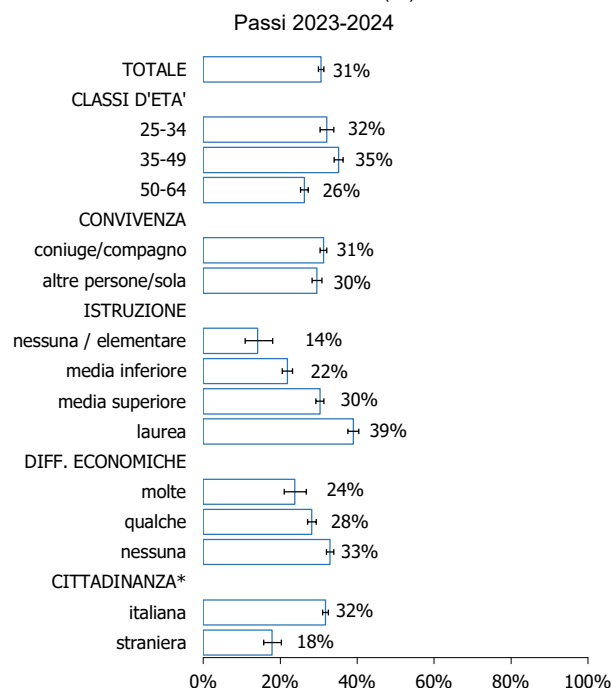


Figura 8. Copertura ai test preventivi entro i tempi raccomandati eseguiti al di fuori dei programmi di screening organizzati per caratteristiche socio-demografiche
Donne 25-64enni (%)



*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 2023-2024

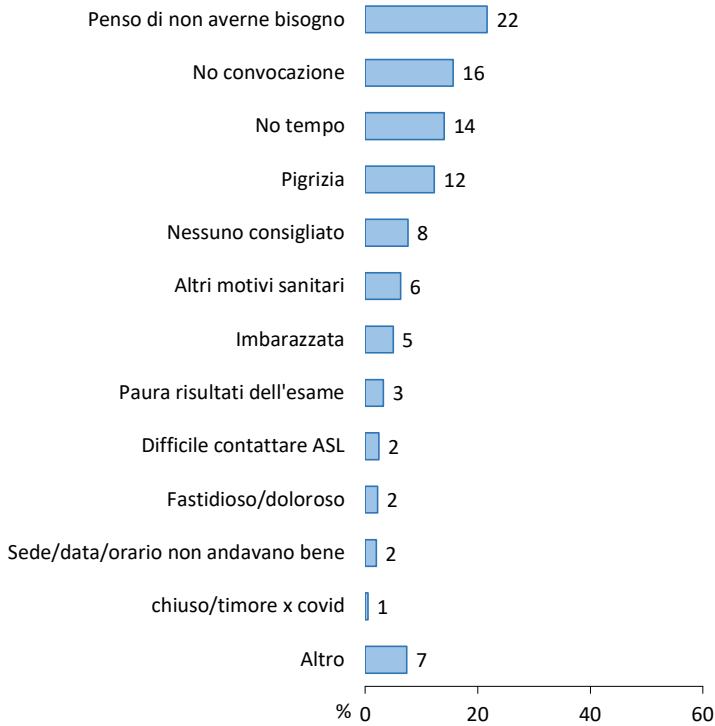
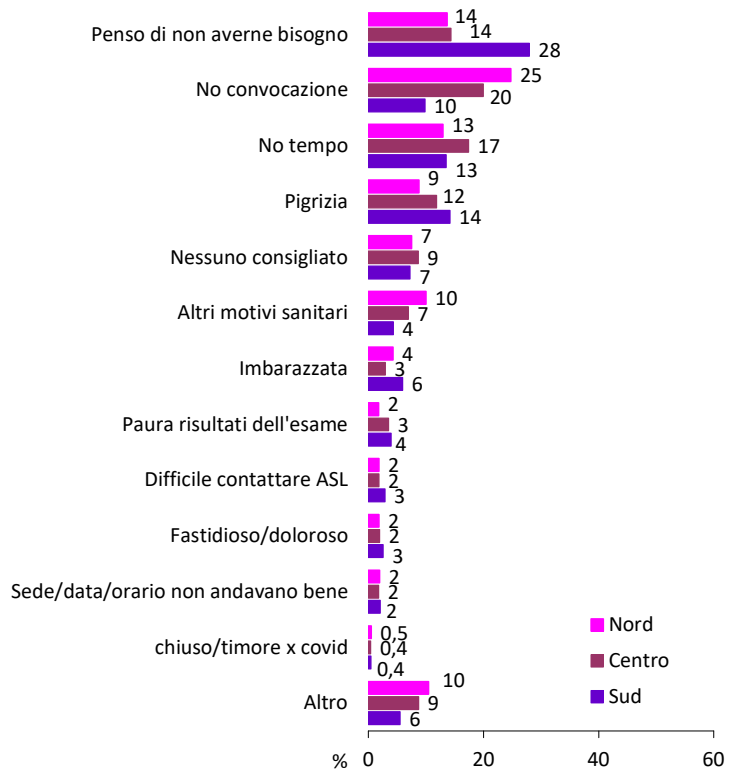


Figura 10. Motivi di non esecuzione di un test preventivo per la diagnosi precoce dei tumori cervicali entro i tempi raccomandati per ripartizione (%)
Donne 50-69enni

Passi 2023-2024



Indagine sulla genotipizzazione parziale dell'Hpv nei programmi di screening cervicale in Italia

La genotipizzazione del Papillomavirus umano (Hpv) sta assumendo un ruolo sempre più centrale nei programmi di screening cervicale, potendo consentire una stratificazione del rischio più precisa, in particolare attraverso la distinzione tra genotipi ad alto rischio Hpv 16/18 e altri genotipi oncogeni. Il Gisci e l'Osservatorio nazionale screening (Ons), nell'ambito delle raccomandazioni italiane sui biomarcatori, sottolineano il ruolo emergente della genotipizzazione e di altri marcatori molecolari (es. p16/Ki-67) per migliorare l'appropriatezza della gestione delle donne positive al test Hpv. In particolare, le indicazioni italiane prevedono l'utilizzo della genotipizzazione estesa, con l'obiettivo di affinare ulteriormente la stratificazione del rischio tra i diversi genotipi oncogeni (Gori et al 2025). Diversamente, le linee guida statunitensi dell'American society for colposcopy and cervical pathology (Massad et al 2025) e alcuni programmi europei (tra cui Paesi Bassi, Regno Unito e Paesi del Nord Europa) adottano prevalentemente strategie basate sulla genotipizzazione parziale, focalizzata in particolare sull'identificazione dei genotipi Hpv 16/18 come principali determinanti di rischio.

Questi approcci riflettono un modello di gestione clinica basato sul rischio, in cui il genotipo rappresenta una variabile chiave nei protocolli di triage e follow-up.

Nel contesto europeo, sono attualmente in fase di elaborazione aggiornamenti delle linee guida per lo screening cervicale, nell'ambito dei programmi coordinati dalla European commission e da gruppi di esperti internazionali. In tali documenti, il ruolo della genotipizzazione Hpv è oggetto di crescente attenzione, con una progressiva integrazione del genotipo nei modelli di stratificazione del rischio e nei protocolli di gestione delle donne Hpv-positivo. In particolare, è in valutazione l'utilizzo combinato di genotipizzazione e altri biomarcatori per ottimizzare i percorsi di triage e migliorare l'efficienza complessiva dei programmi di screening.

Alla luce dell'ingresso nei programmi di screening delle coorti vaccinate contro l'Hpv, il ruolo della genotipizzazione è destinato a diventare ancora più rilevante. La riduzione della prevalenza dei genotipi vaccinali, in particolare Hpv 16/18, comporta infatti una modificazione del profilo di rischio nella popolazione screening, rendendo sempre più importante distinguere tra genotipi residui e ridefinire le soglie di intervento clinico. In questo scenario, la disponibilità di informazioni di genotipo può contribuire a mantenere l'efficacia e la sostenibilità dei programmi di screening.

In questo contesto si inserisce il presente studio, promosso dall'Ons e dal Gisci, che analizza per la coorte di donne invitate ad effettuare il test Hpv nel 2022 i dati disponibili a livello italiano con la stratificazione per genotipo Hpv 16/18 e altri genotipi oncogeni, fornendo un contributo utile sia alla valutazione nazionale sia allo sviluppo di future raccomandazioni europee.

Metodi

È stata condotta una survey nazionale rivolta ai programmi di screening cervicale dotati di informazioni sulla genotipizzazione Hpv. I partecipanti hanno estratto i dati distinguendo tra infezioni Hpv 16/18 e Hpv non-16/18, utilizzando il formato standard della survey utilizzata di consueto (Sezione 1_2, Sezione 4) per garantire uniformità e confrontabilità delle informazioni raccolte.

Per le donne classificate come positive Hpv 16/18 (Hpv 16/18+) e positive Hpv non-16/18 (Hpv non-16/18+) sono stati stimati i principali indicatori (positività, distribuzione delle classi citologiche di triage, adesione alla ripetizione a 1 anno, invio in colposcopia, adesione all'invio in colposcopia, tasso di identificazione e valore predittivo positivo per CIN2+ e CIN3+).

Sono stati stimati rischi relativi aggiustati per programma con modello di Poisson.

Risultati

Disponibilità e modalità di genotipizzazione

L'analisi evidenzia una marcata eterogeneità nell'implementazione della genotipizzazione Hpv nei programmi regionali italiani, sia per tipologia (completa, estesa, parziale) sia per disponibilità dei dati nei sistemi informativi.

La genotipizzazione completa è adottata in alcune realtà (Abruzzo–Pescara, Piemonte, Lazio; Veneto in fase di implementazione), ma con disponibilità informativa non uniforme tra i programmi. La genotipizzazione estesa è documentata nella Provincia Autonoma di Bolzano. La genotipizzazione parziale rappresenta la modalità più diffusa ed è implementata in diverse regioni (Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Liguria), con variabilità nella capacità di integrazione dei dati nei sistemi informativi locali.

In diverse regioni italiane (Valle d'Aosta, Basilicata, Calabria, Campania, Friuli Venezia Giulia, Molise e Sardegna) non risultano disponibili dati di genotipizzazione, evidenziando criticità rilevanti nella raccolta e gestione delle informazioni.

Popolazione in studio e positività

Hanno partecipato alla survey i programmi di Firenze, Trapani, Trento, i nove programmi del Piemonte e la Regione Puglia, per un totale di 160.144 donne invitate nel 2022 e sottoposte a test Hpv.

La distribuzione della positività è risultata la seguente: 3.286 donne (2,1%) Hpv 16/18+, 10.285 (6,4%) Hpv non-16/18+ e 146.501 (91,5%) negative. Ne deriva che la prevalenza delle infezioni Hpv 16/18 è circa il 70% inferiore rispetto a quella delle infezioni da altri genotipi oncogeni. Il rischio relativo (RR) di positività per Hpv 16/18 rispetto ai non-16/18, aggiustato per programma, è pari a 0,32 (IC 95%: 0,31–0,34).

Citologia di triage

La distribuzione delle diagnosi citologiche evidenzia una maggiore frequenza di lesioni di alto grado tra le donne Hpv 16/18+. In particolare, la prevalenza di citologia di alto grado (Figura 1) risulta circa quattro volte superiore in questo gruppo rispetto alle donne Hpv non-16/18+, confermando il maggiore potenziale oncogeno dei genotipi 16/18.

Ripetizione a 1 anno e storia naturale dell'infezione

Sono state inviate alla ripetizione del test Hpv a 1 anno, per citologia di triage negativa, 2.147 donne Hpv 16/18+ (65,7%) e 8.101 donne Hpv non-16/18+ (79,1%). L'adesione alla ripetizione è risultata sovrapponibile nei due gruppi (86%).

Tra le donne che hanno effettuato il controllo, la persistenza dell'infezione è risultata più frequente nel gruppo Hpv 16/18+ (63,8%) rispetto al gruppo Hpv non-16/18+ (56,2%), mentre la clearance è risultata rispettivamente pari al 36,2% e al 43,7%. Il RR di persistenza, aggiustato per programma, è pari a 1,13 (IC 95%: 1,06–1,21), mentre l'indicatore di clearance è pari a 0,83 (IC 95%: 0,76–0,91).

La proporzione di nuove infezioni osservate alla ripetizione è risultata più elevata nel gruppo Hpv16/18+ (14%) rispetto al gruppo Hpv non-16/18+ (4,5%).

Invio in colposcopia

Nel gruppo Hpv 16/18+, il 34,2% delle donne è stato inviato immediatamente in colposcopia e il 35,8% dopo 1 anno, per un totale del 70%. Nel gruppo Hpv non-16/18+, le percentuali sono risultate rispettivamente del 20,8% (invio immediato) e del 38,6% (invio differito), per un totale del 59,4%.

Nel complesso, l'invio in colposcopia tra le donne Hpv16/18+ risulta circa il 20% più elevato rispetto al gruppo Hpv non-16/18+, con una differenza particolarmente marcata per l'invio immediato (RR 1,63; IC 95%: 1,54–1,77), mentre risulta sostanzialmente sovrapponibile per l'invio a 1 anno (RR 0,93; IC 95%: 0,87–0,99).

Se considerato sull'intera popolazione esaminata, il numero assoluto di invii in colposcopia è tuttavia maggiore tra le donne Hpv non-16/18+, risultando circa triplo rispetto a quello delle Hpv16/18+, principalmente per la maggiore prevalenza di tali infezioni.

Detection di CIN3+ e valore predittivo positivo

Il tasso di identificazione di lesioni CIN3+ (Figura 3) è risultata significativamente più elevata nel gruppo Hpv 16/18+: 10,9% complessivamente (8,3% dopo invio immediato e 2,7% dopo 1 anno) rispetto al 3,1% nel gruppo Hpv non-16/18+ (1,8% immediato e 1,2% a 1 anno).

Il RR complessivo di CIN3+ (Figura 2) è pari a 3,76 (IC 95%: 3,23–4,28), con valori più elevati per l'invio immediato (RR 4,76) rispetto al follow-up a 1 anno (RR 2,28).

Il valore predittivo positivo per CIN3+ (Figura 3) risulta circa tre volte superiore nelle donne Hpv 16/18+ rispetto alle Hpv non-16/18+, sia per l'invio immediato sia per quello differito.

Considerando l'intera popolazione esaminata, il tasso di identificazione complessivo di CIN3+ nelle donne Hpv 16/18+ risulta comunque superiore di circa il 14% rispetto a quella osservata nelle donne Hpv non-16/18+, nonostante la minore prevalenza.

Conclusioni

Lo studio evidenzia una significativa variabilità organizzativa e tecnologica nei programmi di screening cervicale italiani relativamente alla genotipizzazione Hpv.

Nel complesso, i risultati confermano che:

- la prevalenza di Hpv 16/18+ è inferiore rispetto agli altri genotipi oncogeni
- il rischio di lesioni di alto grado è significativamente più elevato nelle donne Hpv 16/18+
- l'invio in colposcopia e il tasso di identificazione di CIN3+ sono più elevati in questo gruppo
- il valore predittivo positivo per CIN3+ è circa triplo rispetto alle infezioni non-16/18.

Questi elementi supportano il ruolo della genotipizzazione Hpv come strumento chiave nei modelli di gestione basati sul rischio, soprattutto nel contesto delle popolazioni vaccinate.

Bibliografia

- Gori S, Venturelli F, Carozzi F, Giorgi Rossi P, Del Mistro A, et al.; Multi-societal Contributor Group.
- Italian guidelines for cervical cancer screening: multi-societal recommendations on the use of biomarkers in HPV screening with risk-based approach and GRADE methodology. Br J Cancer. 2025; 133:1076–1084. doi:10.1038/s41416-025-03161-8
- Massad LS, Einstein MH, Huh WK, et al. Applying Results of Extended Genotyping to Management of Positive Cervicovaginal Human Papillomavirus Test Results: Enduring Guidelines. J Low Genit Tract Dis. 2025;29(1):1–12. doi:10.1097/LGT.0000000000000832.

Figura 1. Prevalenza di citologia di alto grado in donne Hpv 16/18+ e non-16/18+ e rischi relativi

Distribuzione DIAGNOSI CITOLOGICA

	POSITIVE 16/18	POSITIVE NON 16/18	RR POSITIVE 16/18 vs POSITIVE NON 16/18 AGGIUSTATO PROGRAMMA
CELLULE TUMORALI MALIGNE	0.1%	0.02%	6.26 (1.15-34.20)
HSIL	10.0%	2.6%	3.85 (3.28-4.52)
LSIL	16.6%	14.6%	1.13 (1.03-1.25)
ASC-H	5.8%	2.3%	2.57 (2.12-3.11)
AGC	0.6%	0.0%	18.79 (3.54-63.81)
NEGATIVO PER LESIONI INTRAEPITELIALI	65.7%	79.1%	0.83 (0.79-0.87)
INSODDISFACENTE	12.0%	1.3%	0.99 (0.69-1.41)

Figura 2. Tasso di identificazione di lesioni CIN3+ e in donne Hpv 16/18+ e non-16/18+ e rischi relativi

Detection CIN3+ tra le positive al baseline

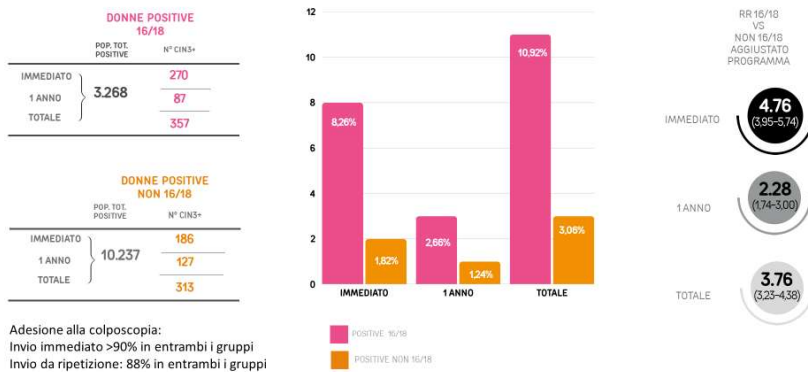
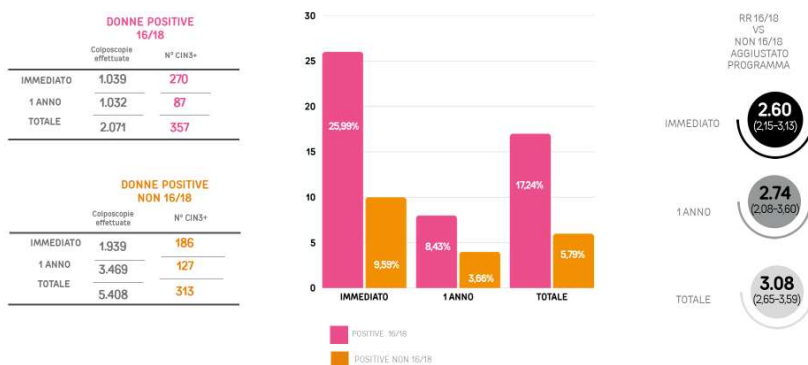


Figura 3. Valore predittivo positivo per lesioni CIN3+

VALORE PREDITIVO POSITIVO (CIN3+)



Lo screening coloretale

Dati di attività dal 2020 al 2024

Nel 2024 l'attività dei programmi di screening coloretale ha mostrato sostanziale allineamento con i dati del 2023 per quasi tutti i principali parametri dello screening. Questo dato si colloca dopo un periodo caratterizzato da un progressivo incremento dei volumi di inviti alla popolazione, come conseguenza dei ritardi nell'attività di screening legati alla pandemia da Covid-19 (Tabella 1). Il numero di persone invitate dai programmi nel 2024 raggiunge quasi gli 8 milioni, in linea con il 2023, e ben al di sopra dei valori pre-pandemici. L'adesione all'invito, pari al 35,8%, risulta ancora inferiore rispetto ai valori registrati nel 2019 e in generale a prima della pandemia. 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 (46,8%), intermedia al Centro (32,7%) e più bassa al Sud e nelle Isole (21,1%). Come illustra la Tabella 1, nel 2024 sono state esaminate oltre 2.760.000 persone, in lieve aumento rispetto al numero di esaminati nell'anno precedente e nel periodo pre-pandemico.

Tabella 1. Programmi con ricerca del sangue occulto fecale. Risultati principali 2020-2024

Anno di attività	2020	2021	2022	2023	2024
Numero di persone invitate	4.159.765	6.416.162	7.064.418	7.945.956	7.984.447
Adesione corretta all'invito	34,1%	38,7%	34,1%	34,9%	35,8%
Numero di persone sottoposte a screening	1.487.636	2.607.329	2.535.214	2.683.889	2.762.218
Proporzione di persone con test positivo*	5,5%	5,0%	4,8%	4,7%	4,5%
Numero di persone con test positivo richiamate a colonscopia	81.669	130.340	124.395	137.871	136.952
Proporzione di aderenti all'approfondimento	78,3%	79,6%	80,0%	82,8%	83,7%
Proporzione di approfondimenti eseguiti entro 30 giorni dal test positivo	43%	43%	47%	50%	55%
Numero di colonscopie totali	60.754	99.100	96.253	111.023	111.692
Proporzione di colonscopie complete	95,7%	94,9%	93,2%	93,6%	94,9%
Numero di carcinomi individuati	1.402	2.678	2.824	3.179	3.214
Tasso di identificazione dei carcinomi (x 1.000 sottoposti a screening)	0,9‰	1,0‰	1,1‰	1,1‰	1,0‰
Numero di adenomi avanzati individuati	10.286	16.020	14.060	15.214	16.144
Tasso di identificazione degli adenomi avanzati (x 1.000 sottoposti a screening)	6,9‰	6,1‰	5,5‰	5,2‰	5,3‰
Proporzione di tumori trattati con resezione endoscopica	19,3%	18,2%	14,9%	13,7%	15,9%

*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

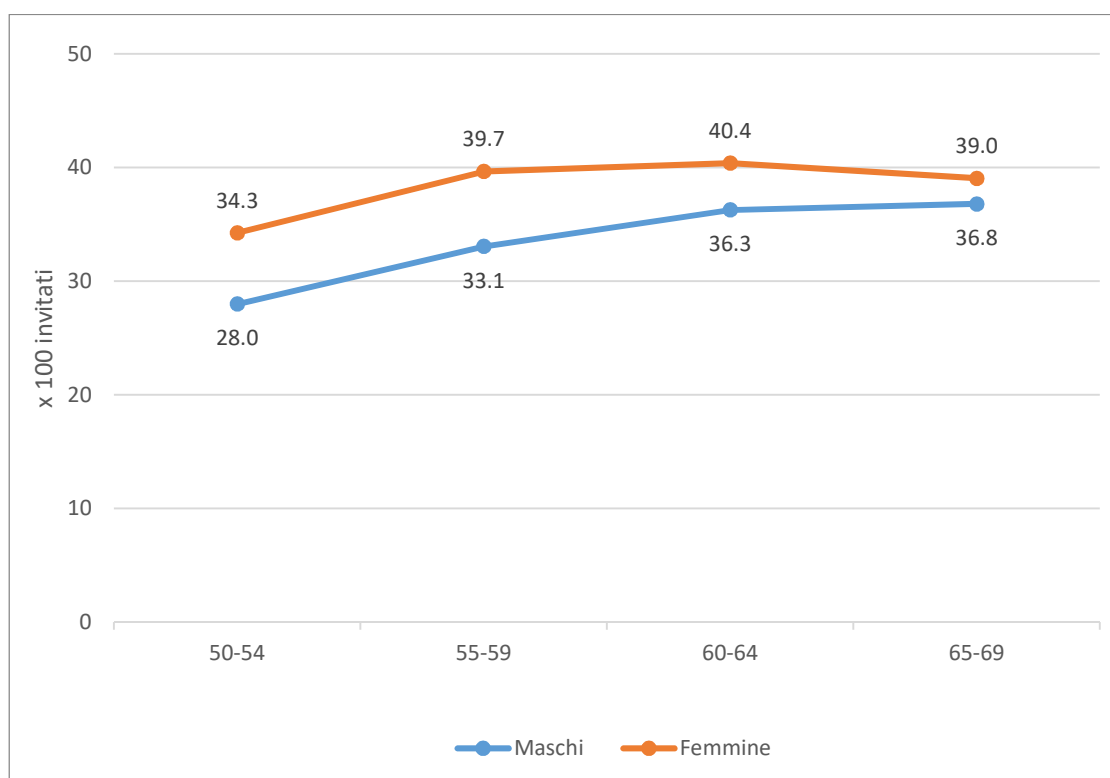
Nel 2024 la percentuale di aderenti alla colonscopia tra le persone positive al test per la ricerca del sangue occulto fecale risulta lievemente superiore rispetto a quella riscontrata negli anni precedenti. Poiché con un test positivo il rischio di carcinoma o adenoma avanzato (che possiede una più 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.

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. Nel 2024 è proseguito il trend di miglioramento della performance relativa al tempo di attesa per l'esecuzione della colonscopia. Il dato medio nazionale, che si attesta al 55%, si pone su un livello molto lontano dallo standard di riferimento del Giscor (> 90% entro 30 giorni) e sottende una situazione problematica in quasi tutte le regioni.

La resezione endoscopica è stata risolutiva in circa il 16% delle persone con carcinoma, con un evidente impatto sulla qualità di vita.

La Figura 1 mostra come l'adesione all'invito cresca con l'aumentare dell'età e come essa sia risultata 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 2024



La Tabella 2 riporta i principali indicatori di performance nelle tre macroaree geografiche del Nord, Centro e Sud e Isole dal 2020 al 2024. In tutte le macroaree 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 e Isole, va evidenziato il crescente numero di persone esaminate nel tempo, indicando un importante miglioramento della copertura dopo la marcata riduzione che si era verificata durante gli anni della pandemia.

Mentre i tassi di identificazione dei carcinomi sono stabili nel tempo, gli adenomi avanzati nelle diverse macroaree mostrano un andamento temporale disomogeneo. Infatti, nel Nord e nel Sud e Isole si osserva un trend suggestivo di un progressivo calo nel tasso di identificazione degli adenomi avanzati, mentre al Centro l'andamento è poco definito. Va ricordato che diversi fattori influiscono sui risultati degli ultimi anni: accanto alla crescente 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 in quegli anni. 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 2020-2024

Area	Periodo	Numero di persone esaminate	Adesione all'invito (per 100)	Proporzione di persone con test positivo (per 100)	Tasso di identificazione dei carcinomi (per 1.000)	Tasso di identificazione degli adenomi avanzati (per 1.000)
Nord	2020	885.068	46,8%	5,3%	1,0‰	7,7‰
	2021	1.597.242	47,9%	4,6%	1,0‰	6,3‰
	2022	1.533.843	45,0%	4,2%	0,9%	5,2%
	2023	1.712.779	46,1%	4,1%	1,0‰	5,0‰
	2024	1.707.752	46,8	4,1	1,0	5,1
Centro	2020	376.101	27,2%	5,1%	0,8‰	6,0‰
	2021	509.924	31,5%	5,1%	0,9‰	6,8‰
	2022	461.493	27,3%	4,8%	1,1%	7,4%
	2023	537.000	30,4%	4,3%	0,9‰	6,9‰
	2024	547.040	32,7	4,5	1,0	7,9
Sud e Isole	2020	122.499	15,7%	9,5%	1,1‰	4,0‰
	2021	301.684	23,7%	7,1%	1,6‰	4,2‰
	2022	328.718	19,7%	7,7%	1,8%	3,7%
	2023	434.110	19,7%	7,7%	1,8‰	3,7‰
	2024	507.426	21,1	5,6	1,3	2,8

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 colorettales 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 (Pnp) 2020-2025. Nella maggior parte delle regioni italiane, tuttavia, la fascia oggetto della proposta di screening si limita ai 50-69enni, ma sta aumentando la quota di 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 Pnp 2020-2025 e del Piano oncologico nazionale (Pon) 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. Nel 2024, in lieve aumento rispetto al 2023, sono stati invitati 543.163 soggetti con più di 70 anni (pari al 6,8% 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 (227.774 invitati, pari al 41,9% del totale nazionale di inviti tra gli ultrasessantenni), nel Lazio (138.462, 25,5%) e in Campania (62.766, 11,6%). Altre regioni che hanno invitato soggetti in questa fascia d'età sono la Liguria (31.034, 5,7%), Umbria (20.332, 3,7%), Veneto (21.639, 4,0%), Friuli Venezia Giulia (19.527, 3,6%), Toscana (14.539, 2,7%), Basilicata (3.910, 0,7%) e Valle d'Aosta (2.298, 0,4%).

Risulta interessante notare come la copertura in questa fascia d'età sia piuttosto alta, soprattutto in alcune regioni, raggiungendo il 67,6% in Friuli Venezia Giulia, il 55,7% in Lombardia, il 42,6% in Valle d'Aosta e il 41,1% in Umbria. A fronte di un numero importante di inviti, la copertura nel Lazio rimane piuttosto bassa (25,7%).

Complessivamente hanno aderito all'invito 241.447 ultra70enni, corrispondendo a un'adesione corretta del 45,8%, più alta al Nord (59,6%), seguita dal Centro (31,3%) e dal Sud e Isole (21,3%). Nei 24.879 soggetti al primo episodio di screening la positività al sangue occulto è stata del 9,1%, il tasso di identificazione di carcinoma del 4,0 per 1.000 e il tasso di adenomi avanzati dell'11,3 per 1.000 esaminati. Nei 216.568 soggetti a 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 6,0 per 1.000 esaminati. Complessivamente sono stati diagnosticati 436 carcinomi e 1.576 adenomi avanzati.

Lo screening coloretale 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 (Pfp). 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 (111 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 Pfp sono stati 676.086 (Tabella 3), pari all'8,6% del totale degli inviti dei programmi che hanno fornito questi dati. Al Nord tale valore è più elevato (11,9%) rispetto alle Regioni del Centro (7,3%) e del Sud e Isole (4,3%).

Con 177.397 rispondenti, l'adesione della popolazione Pfp (Tabella 3) ammonta al 28,5% (dato nazionale), rispetto al 36,9% degli italiani e delle persone provenienti da Paesi a sviluppo avanzato (Psa). 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 Pfp. Tuttavia, è interessante notare come nelle regioni del Centro e del Sud e Isole la differenza nel dato di adesione tra popolazione proveniente da Psa e da Pfp si attesti al di sotto del 10%, diversamente da quanto riscontrato al Nord dove la distanza raggiunge i 17 punti percentuali (Tabella 3 e Figura 2). Per classe d'età, l'adesione corretta all'invito tra i Pfp risulta meno associata all'aumentare dell'età di quanto non si osservi per i Psa (Tabella 4). Di conseguenza, la differenza tra l'adesione nei Pfp e nei Psa aumenta progressivamente con l'aumentare dell'età.

Tabella 3. Invitati* e aderenti* allo screening coloretale nella popolazione 50-69 anni proveniente da Paesi a forte pressione migratoria (Pfp) e da italiani e provenienti da Paesi a sviluppo avanzato
Dati relativi ai soli programmi che hanno fornito informazioni sulla popolazione migrante. Anno 2024

Fascia d'età 50-69 anni	Adesione all'invito	Italia	Nord	Centro	Sud e Isole
Totale	Invitati	7.835.305	3.751.549	1.749.000	2.334.756
	Aderenti	2.751.786	1.707.752	547.040	496.994
	Adesione Corretta	36,2%	46,8%	32,7%	21,9%
Pfp	Invitati	676.086	448.262	128.325	99.499
	% sul totale inviti	8,6%	11,9%	7,3%	4,3%
	Aderenti	177.397	134.181	28.854	14.362
	Adesione Corretta	28,5%	31,7%	26,8%	15,6%
Psa	Invitati	7.159.219	3.303.287	1.6206.75	2.235.257
	Aderenti	2.574.389	1.573.571	518.186	482.632
	Adesione Corretta	36,9%	48,8%	33,1%	22,2%

*Dati relativi ai soli programmi che hanno fornito informazioni sulla popolazione migrante. Anno 2024

Nella popolazione appartenente a Pfp, la partecipazione allo screening risulta stabilmente più alta nelle donne (32,0%) rispetto agli uomini (23,8%). I valori di adesione per sesso sono in linea con quelli osservati nel totale degli invitati, con un marcato gradiente Nord-Sud (Figura 3).

Tabella 4. Adesione corretta (%) all'invito per lo screening coloretale di persone da Pfpn e di italiani o persone da Psa per fasce di età

Fasce d'età (anni)	Adesione Pfpn (%)	Adesione italiani e Psa (%)	Differenza Pfpn-altri (punti percentuali)
50-54	26,5	32,2	-5,7
55-59	29,5	37,5	-8,0
60-64	31,1	39,5	-8,4
65-69	28,4	39,7	-11,3
Totale 50-69	28,5	36,9	-8,4

Figura 2. Adesione (%) allo screening coloretale nella popolazione Pfpn e da italiani e provenienti da Psa per macroarea. Anno 2024

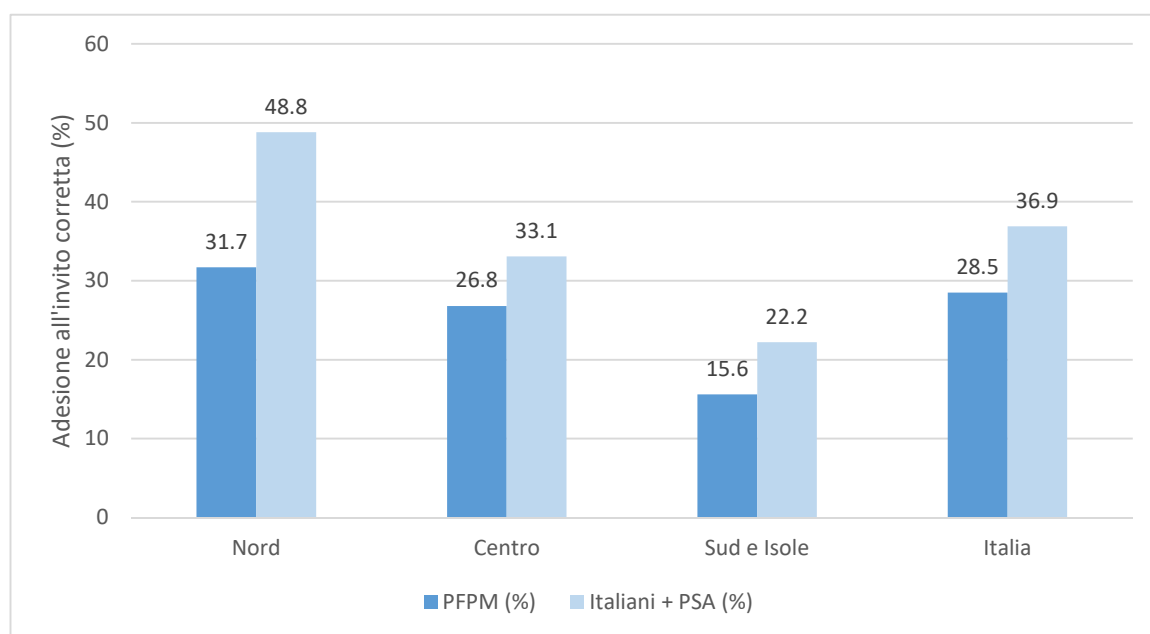
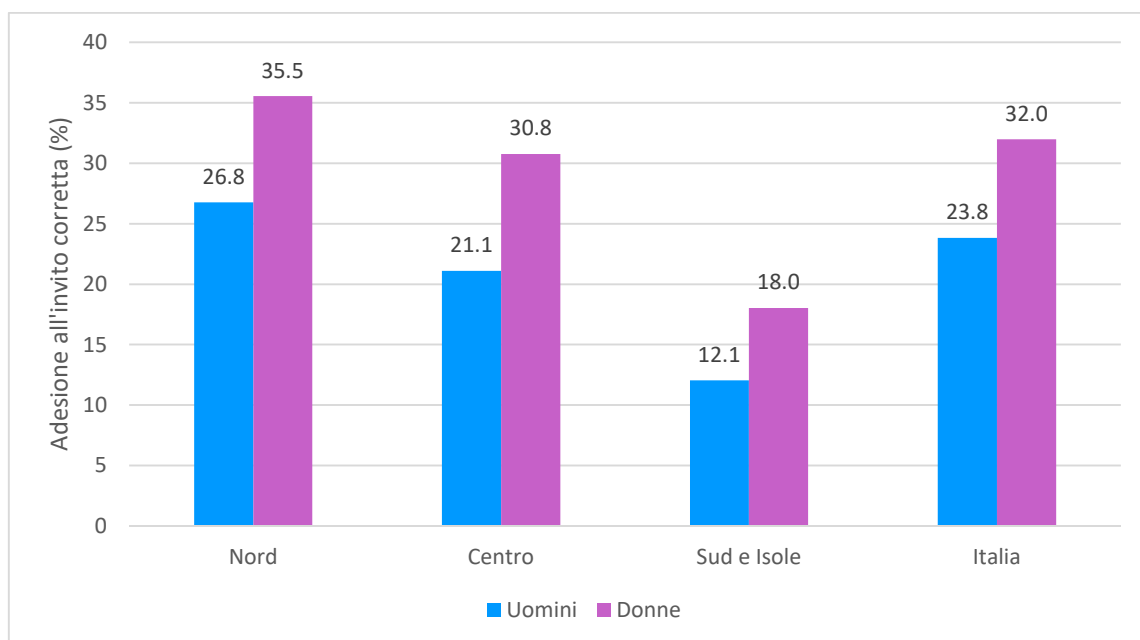


Figura 3. Adesione (%) allo screening coloretale nella popolazione Pfpn e Psa stratificata per genere e macroarea. Anno 2024



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

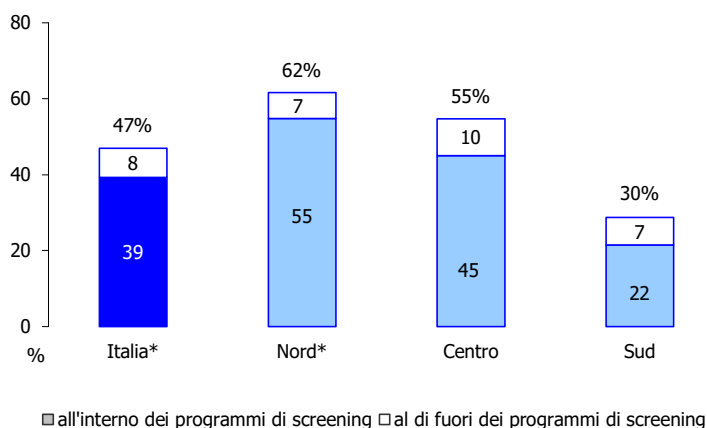
Secondo i dati della sorveglianza [Passi](#), in Italia nel biennio 2023-2024 il 47% delle persone 50-69enni intervistate ha dichiarato di aver eseguito un esame a scopo preventivo per la diagnosi precoce dei tumori del colon-retto (sangue occulto negli ultimi 2 anni e/o colonscopia negli ultimi 5 anni) (Figura 1).

La copertura complessiva per la diagnosi precoce dei tumori colorettali raggiunge valori più elevati al Nord (62%) e al Centro (55%), mentre è più bassa al Sud (30%) (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 macro-area.

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).

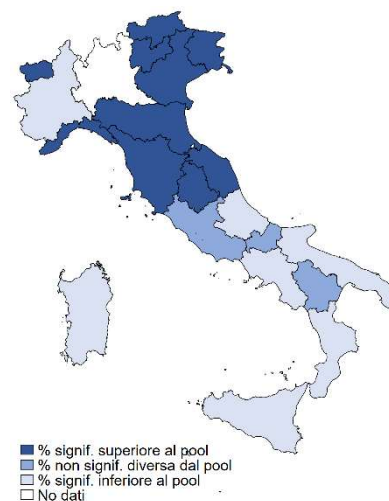
A livello nazionale il 39% delle persone di 50-69 anni ha riferito di aver eseguito gratuitamente un esame preventivo entro i tempi raccomandati all'interno dei programmi di screening, mentre l'8% lo ha effettuato al di fuori, pagando il ticket o l'intero costo.

Figura 1. Esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati* (%)
Persone 50-69enni
Passi 2023-2024 (n. 31.670)



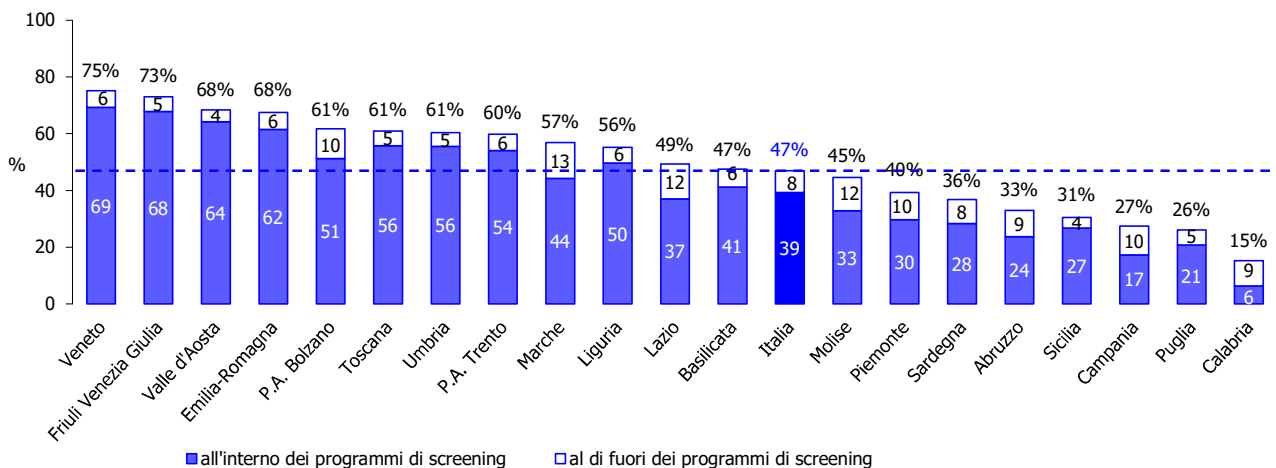
■ all'interno dei programmi di screening □ al di fuori dei programmi di screening

Figura 2. Esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati* (%)
Persone 50-69enni
Passi 2023-2024 (n. 31.670)



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 2023-2024



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, nel 2020 si è interrotto il progressivo aumento registrato nel periodo 2008-2019 (Fig. 4 e 5). A subire questo arresto è stata in particolare la quota di esami eseguiti all'interno dei programmi di screening (Fig. 4). Dopo lo stop registrato nel 2020 a causa della pandemia è iniziata una lenta ripresa. Nel 2024, infatti, si osservano valori di poco superiori a quelli registrati nel triennio 2017-2019: la copertura complessiva è pari al 49,3% rispetto al 48,0%, mentre la percentuale di esami effettuati dentro i programmi di screening è del 41,7% 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 2010-2024

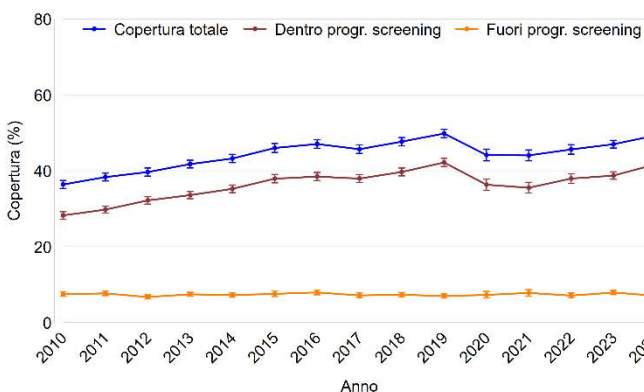
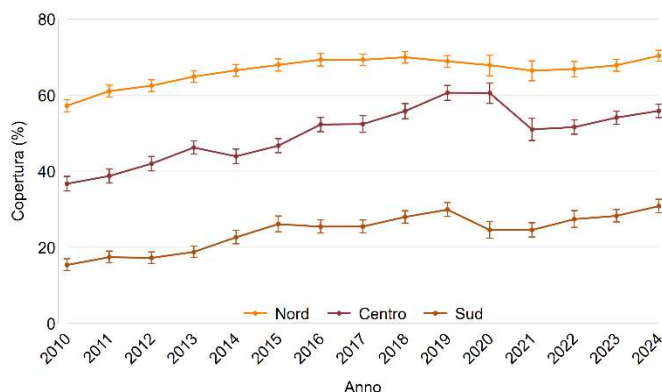


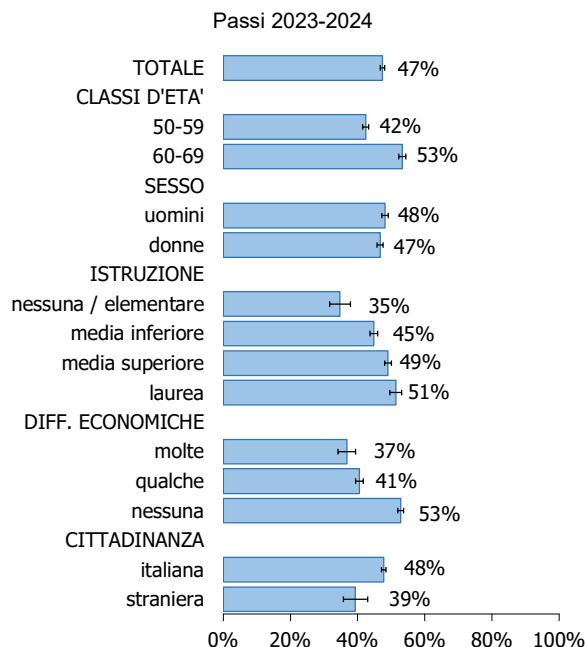
Figura 5. Esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati* per ripartizione geografica (%)
Persone 50-69enni
Passi 2010-2024



*Il dato nazionale è stato calcolato escludendo il Piemonte per le diverse modalità di organizzazione dello screening antecedenti al 2023

Nel 2023-2024 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 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)* (Figura 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 (Pfp)

Nella quota di esami eseguiti all'interno dei programmi di screening si riducono le differenze per 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

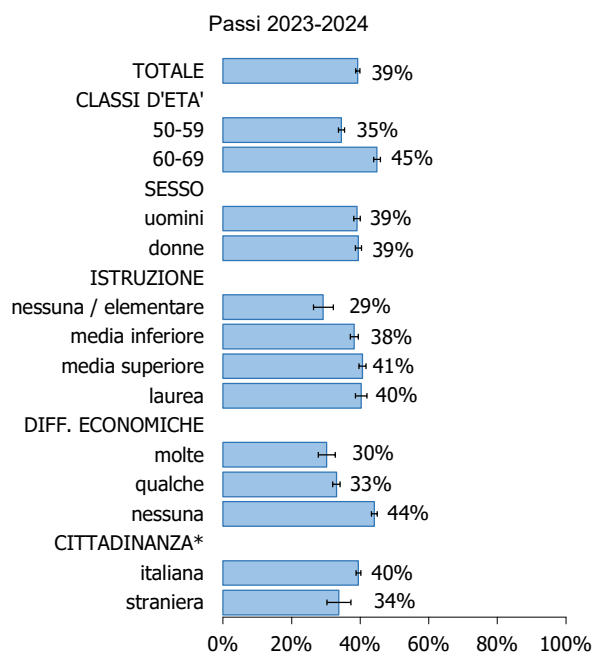
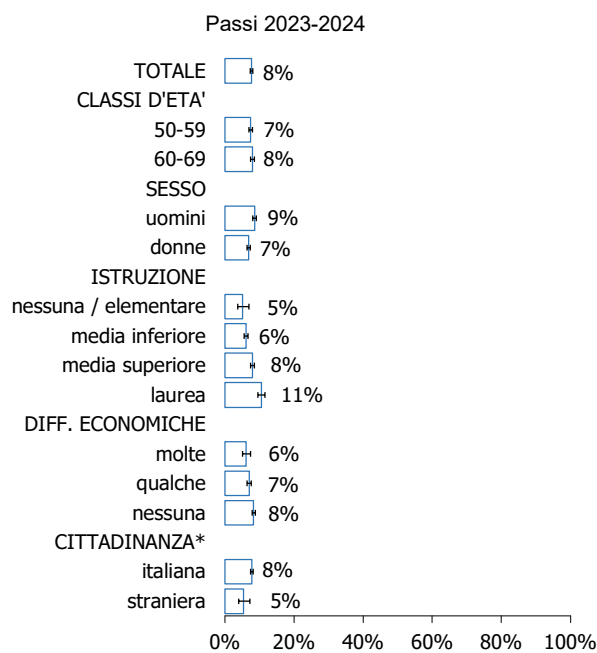


Figura 8. Copertura agli esami per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati al di fuori dei programmi di screening organizzati (%) per caratteristiche socio-demografiche Persone 50-69enni



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

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, il "penso di non averne bisogno", la pigrizia e la mancata ricezione della convocazione, mentre in quelle del Centro sono la mancata convocazione, il "penso di non averne bisogno", il poco tempo, la pigrizia e l'assenza di consiglio; al Sud sono stati riferiti in percentuale maggiore il "penso di non averne bisogno", l'assenza di consiglio, la mancata convocazione e la pigrizia (Figura 10).

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

Passi 2023-2024

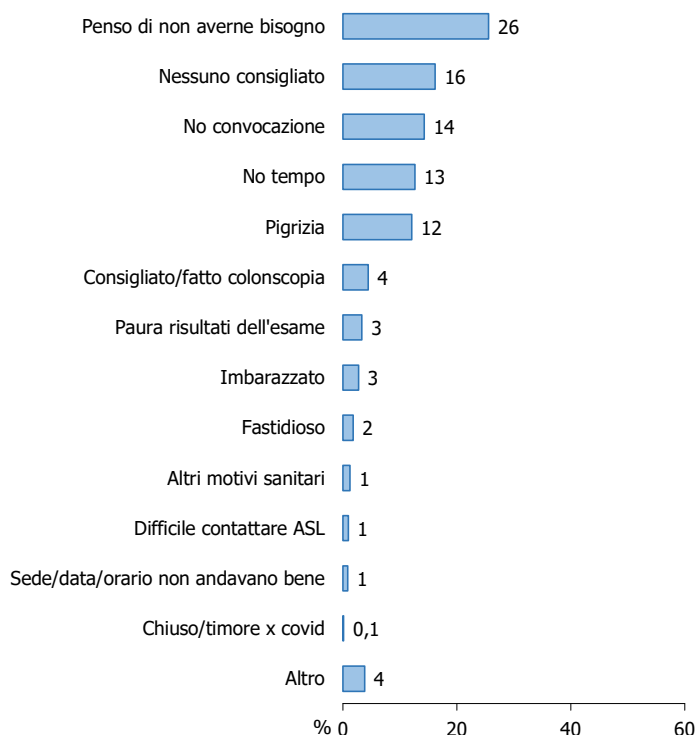


Figura 10. Motivi di non esecuzione di una ricerca del sangue occulto preventiva entro gli ultimi due anni (%)
Persone 50-69enni

Passi 2023-2024

