

Rapporto sui ritardi accumulati dai programmi di screening italiani in seguito alla pandemia da Covid-19.

Secondo Rapporto al 30 Settembre 2020

A cura del Gruppo di lavoro ONS

Paola Mantellini, Francesca Battisti, Priscilla Sassoli de Bianchi, Paola Armaroli, Jessica Battagello, Paolo Giorgi Rossi, Pamela Giubilato, Carlo Senore, Leonardo Ventura, Manuel Zorzi e Marco Zappa

Introduzione

L'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) si è proposto di monitorare l'andamento dei programmi di screening durante l'epidemia da Coronavirus. Uno degli strumenti allestiti allo scopo è stata la conduzione di una indagine per misurare quantitativamente (survey quantitativa) il ritardo accumulato e le capacità di recupero di ogni Regione. La prima survey quantitativa ha analizzato il periodo gennaio-maggio 2020 e lo ha confrontato con l'analogo periodo del 2019. È opportuno sottolineare quindi, che trattandosi di una comparazione tra lo stesso periodo di due anni consecutivi, non si è in alcun modo tenuto conto della situazione di contesto del 2019, relativa all'obiettivo di estensione e al suo reale raggiungimento. Di seguito presentiamo i risultati della seconda survey che si è estesa fino alla fine del settembre 2020. Si ricorda che la sospensione delle prestazioni di screening si è verificata nei mesi di marzo e aprile 2020, ancorché in modo non omogeneo su tutto il territorio nazionale. A partire da maggio i programmi di screening sono stati riattivati, anche in questo caso però con tempistiche, intensità e modalità diverse fra le varie Regioni e all'interno della stessa Regione.

La survey quantitativa

Anche la seconda survey quantitativa è stata condotta mediante invio di una scheda ad hoc a tutti i coordinamenti regionali dei programmi di screening oncologici alla fine del mese di ottobre. Essa sarà ripetuta nel gennaio 2021. Lo scopo della survey è confrontare il numero di inviti e di esami fatti nei primi nove mesi del 2020 con i medesimi numeri del 2019, negli stessi intervalli temporali. Inoltre, è stato stimato il ritardo accumulato in "mesi standard", ovvero il numero di mesi di attività che sarebbero necessari per recuperare il ritardo accumulato se il programma andasse alla stessa velocità dell'anno precedente, ossia esaminasse mediamente per mese lo stesso numero di persone osservato nel 2019. Tale parametro si ottiene moltiplicando la proporzione di test in meno effettuati nel 2020, in un certo intervallo di tempo, per il numero di mesi che compongono il periodo. Ad esempio, se nei primi 5 mesi si sono fatti il 40% di esami in meno il numero di mesi standard è uguale a 2. Questa misura fornisce anche il ritardo diagnostico medio delle lesioni che verranno diagnosticate allo screening da settembre in poi, assumendo che non vi siano salti nell'ordine del reinvio e che non subentrino ritardi ulteriori.

Infine, si è stimato il deficit di lesioni diagnosticate a fine settembre 2020 rispetto all'anno precedente. La stima è stata ottenuta applicando al numero di soggetti esaminati in meno nel 2020 i tassi di identificazione regione-specifici delle lesioni oggetto dei programmi di screening (carcinomi mammari, adenomi avanzati e carcinomi coloretali, lesioni cervicali CIN2 o più gravi). Sono stati utilizzati i dati delle survey nazionali dell'Osservatorio Nazionale Screening più recenti (2018 colon retto e mammella, 2017 cervice).

A differenza del precedente rapporto, oltre ai test di screening eseguiti sono stati presi in considerazione anche gli inviti o gli utenti contattati. Mentre nel 2019 il contatto è avvenuto solo tramite invito postale, nel 2020, specialmente nella prima fase post picco pandemico, il contatto è avvenuto anche o solo tramite chiamata telefonica o sms. È stato chiesto che i programmi segnalassero il numero delle persone contattate indipendentemente dalla modalità utilizzata, a condizione che i soggetti fossero conteggiati una sola volta

(es. se un utente aveva ricevuto una lettera di invito nel periodo di sospensione, e fosse poi stato contattato telefonicamente alla ripresa delle attività, questo veniva conteggiato come un unico contatto).

Per ogni tipo di programma di screening sono presentati:

- 1) il ritardo cumulato (in numeri assoluti e in %) nel numero di inviti/contatti nel periodo gennaio-maggio 2020, giugno-settembre e complessivamente gennaio-settembre rispetto allo stesso periodo del 2019 in ogni Regione, per ciascuno dei tre screening;
- 2) il ritardo cumulato (in numeri assoluti e in %) nel numero di esami nel periodo gennaio-maggio 2020, giugno-settembre e complessivamente gennaio-settembre rispetto allo stesso periodo del 2019 in ogni Regione per ciascuno dei tre screening;
- 3) il ritardo cumulato (in mesi standard) nel numero di esami nel periodo gennaio-maggio 2020, giugno-settembre e complessivamente gennaio-settembre rispetto allo stesso periodo del 2019 in ogni Regione per ciascuno dei tre screening;
- 4) la stima del numero di lesioni diagnosticate in meno rispetto al 2019.

Infine, è stata valutata la propensione degli utenti invitati a partecipare ai programmi di screening attraverso il rapporto fra la percentuale di diminuzione degli inviti e quella di esami effettuati. Infatti, se allo stesso numero di inviti corrispondesse la stessa partecipazione del 2019, il rapporto fra inviti del 2020 rispetto al 2019 corrisponderebbe al rapporto fra esami effettuati nel 2020 rispetto al 2019.

Risultati

Complessivamente hanno risposto alla survey 20 Regioni o Province Autonome su 21 (manca al momento solo la Basilicata). Mancano inoltre i risultati di 2 su 5 programmi della Calabria. Alcune Regioni hanno in parte aggiornato anche il primo periodo della survey, per cui è possibile non trovare una esatta corrispondenza con i dati presentati in precedenza.

Di seguito in dettaglio i risultati per ciascuno dei tre screening.

Screening cervicale

Nel valutare i risultati di questo specifico programma bisogna considerare che è influenzato dal passaggio da Pap test (con cadenza triennale) ad HPV test (con cadenza quinquennale). E' possibile, infatti, che la popolazione da invitare nel 2020 sia inferiore a quella del 2019, poiché riflette il numero di persone invitate ancora a Pap test o già ad HPV test rispettivamente nei tre anni precedenti, facendo sì che le persone invitate in più ad HPV test nel 2017 rispetto al 2016, passando a 5 anni invece che 3, risultano come popolazione in meno da invitare nel 2020 rispetto al 2019. Alcune regioni hanno riportato la riduzione attesa di inviti e test di screening di primo livello che ne deriva (Trentino -35%, Veneto -20%, Piemonte -5%, Emilia Romagna -25%, Toscana -7%, Lazio -9%, Molise -20%). Quindi una parte della riduzione di attività registrata nel 2020 non è, in realtà, da recuperare.

La tabella 1 riporta il numero e la percentuale di persone invitate/contattate nel 2020 rispetto allo stesso periodo del 2019. I valori sono distinti per Regione e per 3 periodi temporali: gennaio-maggio, giugno-settembre, e il complessivo gennaio-settembre. Complessivamente, nei primi 9 mesi, si osserva una riduzione rispetto all'anno precedente di più di un milione di inviti (1.162.842) pari ad una riduzione percentuale del 40,5%. Si documenta una grande variabilità fra le Regioni, con diminuzioni che arrivano al 59%. Non emergono sostanziali differenze nei primi due periodi (-41,3% nei primi 5 mesi e -39,5% nel successivo periodo).

Le tabelle 2a e 2b riportano, per i primi 9 mesi del 2020 e lo stesso periodo del 2019, il numero e la percentuale di donne esaminate in meno e il numero di mesi standard di ritardo accumulati. Il numero di persone esaminate in meno rispetto al 2019 è complessivamente 540.705, pari ad una riduzione del 48,8%. Ci sono ampie oscillazioni fra le Regioni (PA di Bolzano -20,4%, Lombardia -68,5%). Prendendo in esame i due periodi temporali (gennaio-maggio e giugno-settembre) si può notare come vi sia nel secondo periodo un netto rallentamento nella diminuzione degli esami eseguiti: infatti si passa dal -55,1% del primo periodo al -39,3% del secondo periodo. In altre parole continua ad accumularsi ritardo, anche se a velocità minore. Questo fenomeno si vede bene considerando i mesi standard di ritardo: alla fine di settembre sono 4,4, perché ai 2,9 mesi del primo periodo si aggiungono ulteriori 1,5 mesi del secondo. Solo 4 Regioni (PA Bolzano, Molise, Calabria e Sardegna) nel secondo periodo hanno parzialmente recuperato il ritardo.

Il rapporto fra le percentuali di diminuzione delle invitate e degli esami fatti fra il 2020 e il 2019 ci dà una indicazione sulla propensione a partecipare avendo ricevuto un invito. Questo rapporto per lo screening della cervice uterina risulta pari a $40,8\%/48,8\% = 0,83$. Questo significa che, rispetto al 2019, nel 2020 la propensione alla partecipazione si è ridotta relativamente del 17%.

La tabella 3 riporta la stima delle mancate diagnosi di lesioni CIN2+ a causa del ritardo accumulato. Il numero di lesioni non diagnosticate è stimato vicino a 2.400 (2.383), mentre alla fine di maggio la stima era di 1.677. È opportuno ricordare che si tratta quasi completamente di CIN2 e CIN3, le lesioni target dello screening cervicale, che sono lesioni pre-cancerose con un basso potenziale di trasformazione e che mediamente il tempo necessario affinché una lesione CIN3 progredisca a cancro è di diversi anni. Inoltre, se da un lato esiste la possibilità che queste lesioni progrediscano, dall'altro è anche vero che una parte di queste, soprattutto CIN2, regrediscono spontaneamente, mentre si può assumere che la gran parte si presentino uguali ad un successivo o ritardato screening. Infine, il trattamento delle lesioni CIN3 rispetto a quelle CIN2 non implica una maggiore invasività del trattamento e non comporta alcun peggioramento nella prognosi e di fatto il ritardo diagnostico è clinicamente rilevante solo quando una lesione pre-cancerosa si trasforma in lesione invasiva.

Tabella 1. Screening cervicale. Confronto per periodo 2020-2019: differenza in numero assoluto delle **donne invitate/contattate** (fascia di età 24-64 anni)

Regione	Periodo		
	gennaio - maggio	giugno - settembre	gennaio - settembre
Abruzzo	-6984	-7803	-14787
Basilicata			
Bolzano	-2113	7104	4991
Campania	-76651	-108186	-184837
Calabria *	-6677	-534	-7211
Emilia Romagna	-73336	-24899	-98235
FVG	-16350	-13448	-29798
Lazio	-58095	-62392	-120487
Liguria	-18627	-36012	-54639
Lombardia	-45350	-59560	-104910
Marche	-29500	9587	-19913
Molise	-2208	931	-1277
Piemonte	-81406	-21677	-103083
Puglia	-47720	-73513	-121233
Sardegna	-8466	-22047	-30513
Sicilia	-91889	19089	-72800
Trentino	-7083	-6717	-13800
Toscana	-52349	-17865	-70214
Umbria	-9112	-588	-9700
Valle d'Aosta	-1926	1454	-472
Veneto	-61788	-48136	-109924
ITALIA	-697.630 (-41,3%)	-465212 (-39,5%)	-116284 (-40,5%)

*dati relativi a 3 Aziende USL su 5

Tabella 2a. Screening cervicale. Confronto per periodi 2020-2019: differenza in numero assoluto e in percentuale **di donne esaminate**

Regione	Periodo (numeri assoluti)		
	gennaio – maggio (%)	giugno – settembre (%)	gennaio – settembre (%)
Abruzzo	-4779 (-48,9%)	-5070 (-44,2%)	-9849 (-46,4%)
Basilicata			
Bolzano	-1188 (-72,4%)	144 (4,1%)	-1044 (-20,4%)
Campania	-26823 (-58,7%)	-7677 (-42,0%)	-34500 (-55,1%)
Calabria*	-3536 (-64,8%)	1901 (319,0%)	-1635 (-30,9%)
Emilia Romagna	-51854 (-62,9%)	-20658 (-33,5%)	-72512 (-50,3%)
FVG	-11419 (-42,5%)	-5650 (-35,0%)	-17069 (-39,7%)
Lazio	-30024 (-60,5%)	-12339 (-78,4%)	-42363 (-66,6%)
Liguria	-11232 (-62,5%)	-7568 (-72,8%)	-18800 (-68,5%)
Lombardia	-21276 (-55,0%)	-33597 (-25,2%)	-54873 (-42,6%)
Marche	-12700 (-55,0%)	-4133 (-25,2%)	-16833 (-42,6%)
Molise	-667 (-42,6%)	141 (17,6%)	-526 (-22,2%)
Piemonte	-38845 (-55,4%)	-26622 (-58,5%)	-65467 (-56,6%)
Puglia	-21680 (-50,6%)	-20179 (-62,4%)	-41859 (-55,7%)
Sardegna	-8502 (-45,1%)	2306 (17,1%)	-6196 (-19,2%)
Sicilia	-27883 (-63,1%)	-2806 (-11,3%)	-30689 (-44,5%)
Trentino	-5985 (-50,5%)	-1945 (-23,9%)	-7930 (-39,7%)
Toscana	-31309 (-45,0%)	-13129 (-26,6%)	-44438 (-37,4%)
Umbria	-8013 (-48,2%)	-387 (-3,5%)	-8400 (-30,2%)
Valle d'Aosta	-1551 (-54,9%)	570 (28,1%)	-981 (-20,2%)
Veneto	-42735 (-56,5%)	-22006 (-39,4%)	-64741 (-49,2%)
ITALIA	-362001 (-55,1%)	-178704 (-39,3%)	-540705 (-48,8%)

*dati relativi a 3 Aziende USL su 5

Tabella 2b. Screening cervicale. Confronto per periodi 2020-2019: differenza in mesi standard di ritardo (mesi necessari per recuperare il ritardo, rispetto alle persone esaminate, con le performance del 2019 di ciascuna Regione)

Regione	Mesi standard ritardo		
	gennaio - maggio	giugno - settembre	gennaio - settembre
Abruzzo	-2,0	-2,1	-4,2
Basilicata			
Bolzano	-2,1	0,3	-1,8
Campania	-3,9	-1,1	-5,0
Calabria*	-6,0	3,2	-2,8
Emilia Romagna	-3,2	-1,3	-4,5
FVG	-2,4	-1,2	-3,6
Lazio	-3,3	-1,4	-4,7
Liguria	-3,6	-2,4	-6,0
Lombardia	-2,4	-3,8	-6,2
Marche	-2,9	-0,9	-3,8
Molise	-2,5	0,5	-2,0
Piemonte	-3,0	-2,1	-5,1
Puglia	-2,6	-2,4	-5,0
Sardegna	-2,4	0,6	-1,7
Sicilia	-3,6	-0,4	-4,0
Trentino	-2,7	-0,9	-3,6
Toscana	-2,4	-1,0	-3,4
Umbria	-2,6	-0,1	-2,7
Valle d'Aosta	-2,9	1,1	-1,8
Veneto	-2,9	-1,5	-4,4
ITALIA	-2,9	-1,5	-4,4

*dati relativi a 3 Aziende USL su 5

Tabella 3. Screening cervicale. Confronto per periodi 2020-2019: ritardo diagnostico in termini di numero di casi diagnosticati (lesioni CIN2+) in meno sulla base degli esami effettuati e dei tassi di identificazione attesi relativi all'anno 2017

Regione	Numero esami in meno gennaio -settembre	Tassi attesi CIN 2+ x 1000 esaminate	Lesioni CIN2+ diagnosticate in meno (stima in numero assoluto)**
Abruzzo	-9849	5,7	-56
Basilicata		1,8	
Bolzano	-1044	ND	
Campania	-34500	2,0	-69
Calabria*	-1635	10,0	-16
Emilia Romagna	-72512	5,2	-380
FVG	-17069	4,9	-84
Lazio	-42363	4,4	-185
Liguria	-18800	5,4	-101
Lombardia	-54873	3,8	-209
Marche	-16833	2,8	-48
Molise	-526	ND	
Piemonte	-65467	6,4	-419
Puglia	-41859	0,4	-16
Sardegna	-6196	5,1	-32
Sicilia	-30689	1,8	-56
Trentino	-7930	5,2	-41
Toscana	-44438	6,4	-284
Umbria	-8400	12,3	-103
Valle d'Aosta	-981	3,0	-3
Veneto	-64741	4,3	-281
ITALIA	-540705	4,5	-2383

*dati relativi a 3 Aziende USL su 5 ** il totale per l'Italia è pari alla somma dei casi di ogni Regione

Screening mammografico

La tabella 4 riporta il numero e la percentuale delle donne invitate nel 2020 rispetto allo stesso periodo del 2019. I valori sono distinti per Regione e per 3 periodi temporali: gennaio-maggio, giugno-settembre e il complessivo gennaio-settembre. Complessivamente, nei primi 9 mesi, si registra una riduzione rispetto all'anno precedente di più di 900.000 inviti (-947.322) pari al -34,5%. Anche per lo screening mammografico si osserva una grande variabilità fra le Regioni, con valori di ritardo che arrivano a -60%. Emerge una forte differenza nei due periodi presi in considerazione (-41,6% nei primi 5 mesi e -19,6% nel successivo periodo) dimostrando un tentativo, ancorché parziale, di recupero.

Le tabelle 5a e 5b riportano, per i periodi esaminati, il numero e la percentuale di donne esaminate in meno nel 2020 rispetto al 2019 e il numero di mesi standard di ritardo accumulati fino al 30 settembre. Nei primi 9 mesi del 2020 sono oltre 600.000 in meno le donne che hanno eseguito la mammografia in screening rispetto allo stesso periodo del 2019, pari ad una riduzione del 43,5 %. Ci sono ampie oscillazioni fra le Regioni (PA di Bolzano -26,3% Sardegna -68,7%). Prendendo in esame i primi due periodi temporali si può notare come nel secondo periodo vi sia un netto rallentamento nella diminuzione proporzionale degli esami eseguiti: infatti si passa dal -53,6% del primo periodo al -28,1% del secondo periodo. In altre parole, continua ad accumularsi ritardo, anche se a velocità minore. Questo fenomeno si vede bene considerando il ritardo in mesi standard: alla fine di settembre i mesi standard di ritardo erano 3,9, essendosi aggiunto ai 2,9 mesi del primo periodo un ulteriore mese del secondo. Nel secondo periodo sei Regioni (PA Bolzano, Campania, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Valle D'Aosta) hanno recuperato parte del ritardo, mentre altre 2 hanno contenuto il ritardo aggiuntivo a meno di mezzo mese (Toscana e Veneto).

Il rapporto fra le percentuali di diminuzione delle invitate e degli esami fatti fra il 2020 e il 2019 ci dà una indicazione sulla propensione a partecipare avendo ricevuto un invito. Questo rapporto per lo screening mammografico risulta pari a $34,5\%/43,5\% = 0,79$. Questo significa che, rispetto al 2019, nel 2020 la propensione alla partecipazione si è ridotta relativamente del 21%. La tabella 6 riporta la stima delle mancate diagnosi di tumore della mammella a causa del ritardo accumulato. Il numero di carcinomi non diagnosticati è stimato essere pari a 2.793. Alla fine di maggio la stima era di 2.099 casi.

Tabella 4. Screening mammografico. Confronto per periodo 2020-2019: differenza in numero assoluto delle **donne invitate/contattate** (fascia 50-69 anni)

Regione	Periodo		
	gennaio - maggio	giugno - settembre	gennaio - settembre
Abruzzo	-2727	-16352	-19079
Basilicata			
Bolzano	-10924	-955	-11879
Campania	-75635	-35071	-110706
Calabria*	-7882	-2903	-10785
Emilia Romagna	-70445	12842	-57603
FVG	-25756	21698	-4058
Lazio	-77572	-22125	-99697
Liguria	-25570	-14735	-40305
Lombardia	-159111	-59783	-218894
Marche	-22900	776	-22124
Molise	-150	-1051	-1201
Piemonte	-68732	-36218	-104950
Puglia	-13224	-48492	-61716
Sardegna	5191	-19263	-14072
Sicilia	-32526	7310	-25216
Trentino	-7577	-7913	-15490
Toscana	-25128	-24671	-49799
Umbria	-12515	2315	-10200
Valle d'Aosta	-3155	559	-2596
Veneto	-50160	-16792	-66952
ITALIA	-686.498 (-41,6%)	-260.824 (-23,8%)	-947.322 (-34,5%)

*dati relativi a 3 Aziende USL su 5

Tabella 5a. Screening mammografico. Confronto per periodi 2020-2019: differenza in numero assoluto e in percentuale di donne esaminate

Regione	Periodo		
	gennaio - maggio	giugno - settembre	gennaio - settembre
Abruzzo	-6030 (-52,9%)	-7066 (-57,2%)	-13096 (-55,2%)
Basilicata			
Bolzano	-4832 (-53,6%)	1417 (-35,7%)	-3415 (-26,3%)
Campania	-23311 (-60,8%)	2681 (21,2%)	-20630 (-40,5%)
Calabria*	-3670 (-71,2%)	-597 (42,5%)	-4267 (-65,1%)
Emilia Romagna	-49527 (-49,1%)	6364 (12,1%)	-43163 (-28,2%)
FVG	-15144 (-53,6%)	7103 (51,4%)	-8041 (-19,1%)
Lazio	-48910 (-65,8%)	-8103 (-20,9%)	-57013 (-50,5%)
Liguria	-16531 (-58,9%)	-6586 (-54,9%)	-24950 (-57,5%)
Lombardia	-93399 (-61,5%)	-59195 (-47,0%)	-152594 (-54,9%)
Marche	-10900 (-51,9%)	-7192 (-40,4%)	-18092 (-46,6%)
Molise	-1420 (-50,1%)	-375 (-21,5%)	-1795 (-39,2%)
Piemonte	-40160 (-52,9%)	-21774 (-41,0%)	-61934 (-48,0%)
Puglia	-18906 (-50,6%)	-16829 (-59,4%)	-35735 (-54,4%)
Sardegna	-5754 (-45,3%)	-16678 (-83,5%)	-22432 (-68,7%)
Sicilia	-22921 (-55,7%)	-10681 (-35,9%)	-33602 (-47,4%)
Trentino	-5979 (-50,8%)	-6071 (-72,1%)	-12050 (-59,7%)
Toscana	-31996 (-40,3%)	-5951 (-12,0)	-37947 (-29,4%)
Umbria	-12053 (-53,4%)	1253 (17,8%)	-10800 (-36,5%)
Valle d'Aosta	-2001 (-48,9%)	147 (229,7)	-1854 (-44,7%)
Veneto	-41181 (-44,7%)	-6212 (-9,8%)	-47393 (-30,5%)
ITALIA	-454.625 (-53,6%)	-156178 (-28,1%)	-610803 (-43,5%)

Tabella 5b. Screening mammografico. Confronto per periodi 2020-2019: differenza in mesi standard di ritardo (mesi necessari per recuperare il ritardo, rispetto alle persone esaminate, con le performance del 2019 di ciascuna Regione)

Mesi standard ritardo			
Regione	gennaio - maggio	giugno - settembre	gennaio - settembre
Abruzzo	-2,3	-2,7	-5,0
Basilicata			
Bolzano	-3,4	1,0	-2,4
Campania	-4,1	0,5	-3,6
Calabria*	-5,0	-0,8	-5,9
Emilia Romagna	-2,9	0,4	-2,5
FVG	-3,2	1,5	-1,7
Lazio	-3,9	-0,6	-4,5
Liguria	-3,4	-1,7	-5,2
Lombardia	-3,0	-1,9	-4,9
Marche	-2,5	-1,7	-4,2
Molise	-2,8	-0,7	-3,5
Piemonte	-2,8	-1,5	-4,3
Puglia	-2,6	-2,3	-4,9
Sardegna	-1,6	-4,6	-6,2
Sicilia	-2,9	-1,4	-4,3
Trentino	-2,7	-2,7	-5,4
Toscana	-2,2	-0,4	-2,6
Umbria	-3,7	0,4	-3,3
Valle d'Aosta	-4,3	0,3	-4,0
Veneto	-2,4	-0,4	-2,7
ITALIA	-2,9	-1,0	-3,9

Tabella 6. Screening mammografico. Confronto per periodi 2020-2019: ritardo diagnostico in termini di **numero di casi diagnosticati (cancro) in meno** sulla base degli esami effettuati e dei tassi attesi relativi all'anno 2018

Regione	Numero esami in meno gennaio - settembre	Tassi attesi cancro x 1000 esaminate	Carcinomi diagnosticati in meno (stima in numero assoluto)**
Abruzzo	-13096	4,5	-59
Basilicata			
Bolzano	-3415	4,8	-16
Campania	-20630	4	-83
Calabria*	-4267	2,9	-12
Emilia Romagna	-43163	5,5	-237
FVG	-8041	5,7	-46
Lazio	-57013	4,2	-239
Liguria	-24950	3,1	-77
Lombardia	-152594	4,4	-671
Marche	-18092	4	-72
Molise	-1795	3,5	-6
Piemonte	-61934	5,5	-341
Puglia	-35735	4,3	-154
Sardegna	-22432	6	-135
Sicilia	-33602	3,3	-111
Trentino	-12050	3	-36
Toscana	-37947	5,2	-197
Umbria	-10800	3,4	-37
Valle d'Aosta	-1854	4,5	-8
Veneto	-47393	5,4	-256
ITALIA	-610.803	4,7	-2.793

*dati relativi a 3 Aziende USL su 5

** il totale per l'Italia è pari alla somma dei casi di ogni Regione

Screening coloretta

La tabella 7 riporta il numero e la percentuale delle persone invitate nel 2020 rispetto allo stesso periodo del 2019. I valori sono distinti per Regione e per 3 periodi temporali: gennaio-maggio, giugno-settembre e gennaio - settembre. Complessivamente, nei primi 9 mesi, osserviamo una riduzione di quasi 2.000.000 di inviti (1.907.789) rispetto all'anno precedente, pari al 42,0%. Anche in questo caso, la variabilità fra le Regioni è ampia, con ritardi che arrivano al 70%. Emerge una differenza nei due periodi presi in considerazione (- 47,3% nei primi 5 mesi e -34,2% nel periodo successivo), dimostrando che il tentativo di recupero è stato molto parziale. Da segnalare come la PA di Bolzano aumenti considerevolmente il numero di inviti nel 2020 (+30%). Una situazione particolare è rappresentata dalla Puglia, che di fatto ha iniziato il programma di screening coloretta negli ultimi mesi del 2019 e lo ha portato avanti nei primi mesi del 2020. Per questa ragione si riporta solo il dato complessivo del 2020.

Le tabelle 8a e 8b riportano, per i periodi considerati, il numero e la percentuale di persone esaminate in meno e il numero di mesi standard di ritardo accumulati fino al 30 settembre. Sono quasi un milione in meno (967.465), le persone che hanno eseguito il test di screening (FIT o Sigmoidoscopia) nei primi 9 mesi del 2020 rispetto allo stesso periodo del 2019, con una riduzione del 52,7%. Ci sono ampie oscillazioni fra le Regioni (Abruzzo -18,6%, Calabria -93,3%). Prendendo in esame i due diversi periodi temporali, si può notare come nel secondo periodo la diminuzione proporzionale degli esami eseguiti sia rallentata: infatti si è passati dal -57,8% del primo periodo al -46,1% del secondo. In altre parole, come per gli altri due programmi, continua ad accumularsi ritardo, anche se a velocità minore. Analizzando i mesi standard di ritardo, si può osservare che alla fine di settembre si è giunti a 4,7 mesi standard, perché ai 3,0 mesi del primo periodo si aggiungono altri 1,8 mesi del secondo. Nel secondo periodo, tre Regioni (Emilia-Romagna, Marche, Trentino) hanno recuperato parte del ritardo precedente, mentre il Veneto non ha aumentato ulteriormente il ritardo.

Il rapporto fra le percentuali di diminuzione degli invitati e degli esami effettuati fra il 2020 e il 2019 ci dà una indicazione sulla propensione a partecipare avendo ricevuto un invito. Questo rapporto per lo screening coloretta risulta pari a $33,8\%/43,3\% = 0,80$. Questo significa che, rispetto al 2019, nel 2020 la propensione alla partecipazione si è ridotta relativamente del 20%.

La tabella 9 riporta la stima dei carcinomi coloretta e degli adenomi avanzati non ancora diagnosticati a causa del ritardo accumulato. Si tratta di 1.168 carcinomi e di 6.667 adenomi avanzati. Alla fine di maggio la stima era di 611 e 3.953 rispettivamente. Anche per gli adenomi avanzati valgono alcune delle considerazioni fatte per le lesioni precancerose della cervice uterina, cioè il ritardo diagnostico accumulato finora non causa verosimilmente un peggioramento della prognosi o comunque una maggiore morbilità se non tramite un passaggio da lesione pre-invasiva a lesione invasiva.

Tabella 7. Screening coloretale. Confronto per periodo 2020-2019: differenza in numero assoluto degli utenti **invitati/contattati** (fascia 50-70 anni)

Regione	Periodo		
	gennaio - maggio	giugno - settembre	gennaio - settembre
Abruzzo	-11630	-6241	-17871
Basilicata			
Bolzano	-5462	15769	10307
Campania	-71619	-69431	-141050
Calabria*	-9252	-358	-9610
Emilia Romagna	-119548	51981	-67567
FVG	-33553	-8315	-41868
Lazio	-161500	-100638	-262138
Liguria	-52582	-54098	-106680
Lombardia	-378491	-364673	-743164
Marche	-45500	23350	-22150
Molise	-16361	-13551	-29912
Piemonte FIT	-24377	-3839	-28216
Piemonte FS	-23608	-17648	-41256
Puglia**	50132	-3610	46522
Sardegna	-17608	-21168	-38776
Sicilia	-137787	10732	-127055
Trentino	-12201	-346	-12547
Toscana	-92522	-45664	-138186
Umbria	-16867	4467	-12400
Valle d'Aosta	-3698	-2174	-5872
Veneto	-89851	-28449	-118300
ITALIA	-1.273,885 (-47,3%)	-633.904 (-34,2%)	-1.907.789 (-42,0%)

*dati relativi a 3 Aziende USL su 5

** La regione Puglia ha iniziato lo screening coloretale solamente negli ultimi mesi del 2019

Tabella 8a. Screening colorettaile. Confronto per periodi 2020-2019: differenza in numero assoluto e percentuale di persone esaminate

Regione	Periodo		
	gennaio – maggio	giugno - settembre	gennaio - settembre
Abruzzo	-5264 (-39,6%)	-251 (-1,5%)	-5515 (-18,6%)
Basilicata			
Bolzano	-2761 (-53,5%)	-2954 (-23,3%)	-5715 (-32,0%)
Campania	-15622 (-54,1%)	-22202 (-90,6%)	-37824 (-70,8%)
Calabria *	-1224 (-88,8%)	-1156 (-99,9%)	-2380 (-93,9%)
Emilia Romagna	-71363 (-53,1%)	12308 (16,7%)	-59055 (-28,4%)
FVG	-15584 (-38,6%)	-7282 (-24,0%)	-22866 (-32,3%)
Lazio	-64367 (-72,0%)	-46914 (-62,4%)	-111281 (-67,6%)
Liguria	-18995 (-61,6%)	-20157 (-84,2%)	-39152 (-71,2%)
Lombardia	-181441 (-68,6%)	-190358 (-91,3%)	-371799 (-78,6%)
Marche	-16200 (-55,5%)	4285 (22,7%)	-11915 (-24,8%)
Molise	-2089 (-100,0%)	-3310 (-41,1%)	-5399 (-53,3%)
Piemonte FIT	-15954 (-53,7%)	-13566 (-57,4%)	-29520 (-55,3%)
Piemonte FS	-4624 (-60,8%)	-4646 (-77,9%)	-9270 (-68,3%)
Puglia**	7700 (nv)	-188 (-19,1%)	7512 (763,4%)
Sardegna	-7308 (-56,0%)	-22183 (-73,2%)	-29491 (-68,0%)
Sicilia	-6982 (-43,3%)	-20342 (-52,1%)	-27324 (-49,5%)
Trentino	-6716 (-45,7%)	1277 (24,9%)	-5439 (-27,5%)
Toscana	-64121 (-56,3%)	-21300 (-34,1%)	-85421 (-48,4%)
Umbria	-6689 (-32,6%)	-2211 (-14,4%)	-8900 (-24,8%)
Valle d'Aosta	-2240 (-43,4%)	-3617 (-100,0%)	-5857 (-66,7%)
Veneto	-100018 (-55,1%)	-836 (-0,7%)	-100854 (-34,2%)
ITALIA	-601.862 (-57,8%)	-365.603 (-46,1%)	-967.465 (-52,7%)

*dati relativi a 3 Aziende USL su 5

** La regione Puglia ha iniziato lo screening colorettaile solamente negli ultimi mesi del 2019

nv: non valutabile

Tabella 8b. Screening coloretale. Confronto per periodi 2020-2019: differenza in **mesi standard** di ritardo (mesi necessari per recuperare il ritardo, rispetto alle persone esaminate, con le performance del 2019 di ciascuna Regione)

Regione	Mesi standard ritardo		
	gennaio - maggio	giugno - settembre	gennaio - settembre
Abruzzo	-1,6	-0,1	-1,7
Basilicata			
Bolzano	-2,4	1,3	-1,1
Campania	-2,6	-3,7	-6,4
Calabria *	-4,3	-4,1	-8,4
Emilia Romagna	-3,1	0,5	-2,6
FVG	-2,0	-0,9	-2,9
Lazio	-3,5	-2,6	-6,1
Liguria	-3,1	-3,3	-6,4
Lombardia	-3,5	-3,6	-7,1
Marche	-3,0	0,8	-2,2
Molise	-1,9	-2,9	-4,8
Piemonte FIT	-2,7	-2,3	-5,0
Piemonte FS	-3,1	-3,1	-6,2
Puglia**	NV	NV	NV
Sardegna	-1,5	-4,6	-6,1
Sicilia	-1,1	-3,3	-4,5
Trentino	-3,1	0,6	-2,5
Toscana	-3,3	-1,1	-4,4
Umbria	-1,7	-0,6	-2,2
Valle d'Aosta	-2,3	-3,7	-6,0
Veneto	-3,1	0,0	-3,1
ITALIA	-3,0	-1,8	-4,7

*dati relativi a 3 Azienda USL su 5

** La regione Puglia ha iniziato lo screening coloretale solamente negli ultimi mesi del 2019.

nv: non valutabile

Tabella 9. Screening coloretale. Confronto per periodi 2020-2019: ritardo diagnostico in termini di **numero di casi diagnosticati (cancri e adenomi avanzati) in meno** sulla base degli esami effettuati e dei tassi attesi relativi all'anno 2018

Regione	Numero esami in meno gennaio - settembre	Tassi attesi cancro x 1000 esaminati	Carcinomi diagnosticati in meno (stima in numero assoluto)***	Tassi attesi di adenoma avanzato x 1000	Adenomi avanzati diagnosticati in meno ***
Abruzzo	-5515	3	-17	11,8	-65
Basilicata			0		
Bolzano	-5715	1,1	-6	1,2	-7
Campania	-37824	3,1	-117	3,4	-129
Calabria*	-2380	1,6	-4	4,5	-11
Emilia Romagna	-59055	0,9	-53	7,6	-449
FVG	-22866	1	-23	4,2	-96
Lazio	-111281	1,9	-211	10,4	-1157
Liguria	-39152	0,8	-31	4,4	-172
Lombardia	-371799	0,9	-335	4,9	-1822
Marche	-11915	1,1	-13	6,8	-81
Molise	-5399	1,7	-9	5,6	-30
Piemonte FIT	-29520	1,7	-50	12,2	-360
Piemonte RS	-9270	3,1	-29	50,9	-472
Puglia**	7512	1,1	8		50
Sardegna	-29491	2,1	-29	6	-218
Sicilia	-27324	1,1	-57	5,7	-164
Trentino	-5439	0,9	-6	5,6	-31
Toscana	-85421	1	-77	7,4	-478
Umbria	-8900	0,6	-5	5,8	-52
Valle d'Aosta	-5857	0,5	-3	6	-35
Veneto	-100854	1	-101	8,8	-888
ITALIA	-967.465	1,1	-1.168	6,7	-6.667

*dati relativi a 3 Azienda USL su 5

**La regione Puglia ha iniziato lo screening coloretale solamente negli ultimi mesi del 2019.

*** il totale per l'Italia è pari alla somma dei casi di ogni Regione

Considerazioni finali

I dati presentati forniscono un aggiornamento della stima quantitativa dei ritardi che si stanno accumulando nei programmi di screening oncologico in seguito all'epidemia di Covid-19. Nella prima survey il periodo gennaio - maggio comprendeva momenti molto diversi: gennaio e parte di febbraio erano mesi antecedenti l'emergenza epidemica, marzo ed aprile quelli del lockdown, maggio il primo mese di parziale ripresa. I mesi aggiuntivi considerati nella presente survey (da giugno a settembre) rappresentano un periodo di potenziale ripresa e di recupero.

Nel valutare i risultati presentati bisogna considerare diversi elementi.

Per avere un confronto stringente sono stati presi come riferimento gli stessi mesi del 2019. Così facendo, da un lato si può andare incontro a oscillazioni casuali, dall'altro si deve tenere conto che nel 2019 la copertura dei programmi di screening non era adeguata in tutte le Regioni. In ogni caso, la differenza fra il 2020 e il 2019 rende conto della differenza rispetto alla "normalità" precedente.

La riduzione del numero di persone esaminate dipende non solo dalla riduzione del numero degli inviti, ma anche dalla tendenziale minore partecipazione nella fase immediatamente precedente il lockdown e successivamente alla riapertura. Tale riduzione è dovuta, almeno in parte, alla elevata percezione del rischio infettivo da parte degli utenti, che può scoraggiarli dal recarsi in strutture di tipo sanitario. Dalle valutazioni riportate è emersa una riduzione della propensione alla partecipazione che è meno accentuata per lo screening cervicale (-17%), mentre è più elevata per lo screening coloretale (-20%) e per lo screening mammografico (-21%).

Per quanto riguarda lo screening cervicale bisogna considerare inoltre che, a causa del passaggio al test HPV primario, in alcune Regioni gli inviti e gli esami attesi per il 2020 erano minori.

L'evidenza principale che emerge da questa seconda survey è che non vi è stato un recupero rispetto al ritardo accumulato precedentemente, ma anzi il ritardo si è accentuato. Fra i tre screening, quello che ha reagito meglio è quello mammografico, ma anche in questo caso si registra un aumento dei ritardi. Se analizziamo il dato in termini di persone esaminate in meno, il ritardo che si sta accumulando è imponente: complessivamente si osserva una riduzione di oltre due milioni di esami di screening (precisamente 2.118.973).

Questi esami in meno portano a stime di lesioni tumorali non individuate pari a 2.793 carcinomi mammari, 2.383 lesioni della cervice CIN2+, 1.168 carcinomi coloretali e oltre 6.600 adenomi avanzati del colon retto. Dal punto di vista clinico (considerati anche gli intervalli di screening dei singoli programmi) le conseguenze cliniche maggiori sono potenzialmente a carico dello screening mammografico e di quello coloretale. Per conseguenze cliniche si intende il possibile avanzamento dello stadio alla diagnosi per parte dei carcinomi mammari e coloretali e la presentazione di qualche caso di carcinoma della cervice invece delle lesioni CIN 2-3 o carcinoma del colon retto rispetto all'adenoma avanzato.

In sintesi, il ritardo diagnostico medio accumulato è ancora abbastanza limitato, ma si sta allungando ed è pari a 4,7 mesi standard per le lesioni coloretali, a 3,9 mesi standard per i tumori della mammella e a 4,4 per le lesioni della cervice uterina. Questo ritardo, e le relative lesioni non diagnosticate, dipendono sia dal minore numero di persone invitate, che dalla minore adesione da parte della popolazione. Se nel periodo gennaio-maggio il ritardo era dovuto per lo più alla sospensione degli inviti in marzo-aprile e alla graduale ripartenza in maggio, nel periodo successivo giugno-settembre, l'ulteriore ritardo aggiuntivo, a prescindere dal fatto che lo screening sia erogato in presidi ospedalieri o in distretti sul territorio, è legato soprattutto alla messa in sicurezza dei percorsi di screening, con l'adozione di tutte le misure necessarie alla riduzione del rischio di contagio. L'utilizzo dei dispositivi di protezione, l'intensificazione delle procedure di sanificazione, la necessità di mantenere il distanziamento fisico anche nelle sale di attesa, hanno inevitabilmente dilatato il tempo necessario tra un esame di screening e l'altro, con conseguente riduzione del numero di sedute disponibili. A questo si aggiunge che purtroppo finora non è stato sempre possibile garantire una maggiore disponibilità di spazi fisici o di tecnologie (si pensi al maggior carico di lavoro dei laboratori che sono stati in parte o del tutto riconvertiti a supporto delle diagnosi dell'infezione da

Coronavirus) e anche la disponibilità del personale in alcuni casi è stata fortemente limitata. A questo proposito è bene ricordare che, in diversi contesti, già in epoca pre-Covid il personale allocato all'attività di screening era appena sufficiente a svolgere l'attività di base: non a caso in molte realtà, laddove si manifestavano urgenze, vi era automaticamente una riduzione delle attività di screening e una riconversione del personale ad altre mansioni. Questa tendenza è tuttora esistente e molti programmi segnalano che il personale dello screening, che durante la prima ondata epidemica era stato riconvertito a supporto dell'emergenza, non è stato ancora completamente riallocato allo screening, di fatto minando la capacità di ripresa dei programmi.

I dati presentati mostrano come riduzioni del volume di attività, mantenute nel tempo, possano rapidamente determinare ritardi che potrebbero ridurre l'effetto protettivo dello screening e come sia quindi necessario riavviare al più presto i programmi su tutto il territorio nazionale.

Già nel primo rapporto era stato sottolineato come la risposta a questa situazione critica da parte dei decisori a diversi livelli istituzionali (Ministero, Regioni/PA, Direzioni Aziendali) non potesse e non dovesse limitarsi a una generica raccomandazione a effettuare i test di screening, ma dovesse consolidarsi in adeguate azioni mirate a ripristinare il livello di attività necessario per la copertura della popolazione bersaglio e ad assicurare il recupero del ritardo accumulato. Dai risultati di questa seconda survey sembra emergere come non sia più nemmeno adeguato parlare di piani di rientro, ma sia necessario che il sistema screening vada fortemente ripensato nel suo complesso e con logiche di importante ristrutturazione, ovvero di corretta, efficiente e stabile allocazione delle risorse (comprese quelle infrastrutturali come i sistemi informativi e le relative integrazioni con le nuove tecnologie), davvero commisurata alle necessità.

L'altro elemento cruciale che emerge è quello della partecipazione della popolazione, che in tutti e tre i programmi di screening sembra essersi ridotta in maniera sensibile. Se le persone che non hanno aderito all'invito lo faranno in ritardo, il rischio di perdere il vantaggio di una diagnosi precoce sarà ancora limitato; se tuttavia non verrà recuperato il test di screening, passando all'invito successivo, il danno delle lesioni non diagnosticate potrebbe diventare clinicamente importante. Prevedere all'attenuarsi della curva epidemica un potenziamento della capacità di erogazione dei programmi, incluso l'invio di solleciti attualmente sospeso in molti programmi, potrebbe essere di grande aiuto. E' chiaro che, anche in questo caso, sarà necessario adottare un approccio sistematico e strutturato di comunicazione efficace che nasca da una forte sinergia tra programmi di screening, istituzioni locali e regionali, società scientifiche di settore, i media e le associazioni dei cittadini e dei malati. Se da un lato i programmi di screening e le istituzioni dovranno essere in grado di garantire l'erogazione dei servizi in piena sicurezza, è altresì necessario capire più in profondità le motivazioni dei cittadini. E' verosimile che l'analisi di queste motivazioni induca i servizi sanitari ad adottare modalità organizzative differenti e più in linea con i fabbisogni della popolazione, ma già fin d'ora è necessario adoperarsi per colmare il divario esistente relativo all'innovazione digitale: anche se la modalità di contatto postale rimarrà senz'altro una modalità di contatto valida, è evidente che sistemi di comunicazione differenti, più veloci e più capillari potranno aiutare i cittadini ad essere più confidenti rispetto a questi interventi di sanità pubblica.

Vi sono evidenze consolidate che lo screening sia un ri-equilibratore sociale e la situazione attuale rischia di indebolire questa particolare specificità: è infatti possibile che, stante la difficoltà a recuperare il ritardo accumulato, le fasce di popolazione più abbienti e con livelli di istruzione più elevati decidano di ricorrere ad offerte di prevenzione individuale di tipo privatistico. Di conseguenza, le persone che potrebbero risentire maggiormente dell'impatto negativo del ritardo sarebbero quelle appartenenti alle fasce di popolazione più fragile. Anche per questo motivo è quanto mai necessario che la pianificazione dei recuperi sia tempestiva e consistente e che, al contrario di quanto osservato, non si generino differenze tra i 3 programmi di screening e ci sia il massimo impegno nel dare risposte adeguate ai fabbisogni anche per lo screening cervicale e colorettales.

L'Osservatorio Nazionale Screening ha programmato di monitorare l'evoluzione delle attività dei programmi di screening con la conduzione di una successiva survey quantitativa comprensiva dell'aggiornamento della situazione all'ultimo trimestre del 2020 nel prossimo mese di Gennaio 2021.

Un particolare ringraziamento va a coloro che hanno fornito e organizzato i dati dei singoli programmi permettendo la realizzazione della Survey

Manuela di Giacomo (Abruzzo)
Teresa Landro, Anna Giorno, Annalisa Spinelli (Calabria)
Angelo D'Argenzio (Campania)
Priscilla Sassoli de' Bianchi (Emilia Romagna)
Giulio Menegazzi (Friuli Venezia Giulia)
Diego Baiocchi (Lazio)
Luigina Ada Bonelli (Liguria)
Liliana Coppola, Maria Rosa Schivardi, Silvia Deandrea (Lombardia)
Giuseppe Feliciangeli (Marche)
Angelo Marcheggiani (Molise)
Carlo Senore (Piemonte)
Fabio Vittadello (Provincia Autonoma di Bolzano)
William Mantovani (Provincia Autonoma di Trento)
Nehlundoff Albano (Puglia)
Pierina Tanchis (Sardegna)
Gabriella Dardanoni (Sicilia)
Paola Mantellini (Toscana)
Stefania Prandini (Umbria)
Maurizio Castelli (Valle D'Aosta)
Elena Narne (Veneto)
Martina Rossi (Osservatorio nazionale screening)