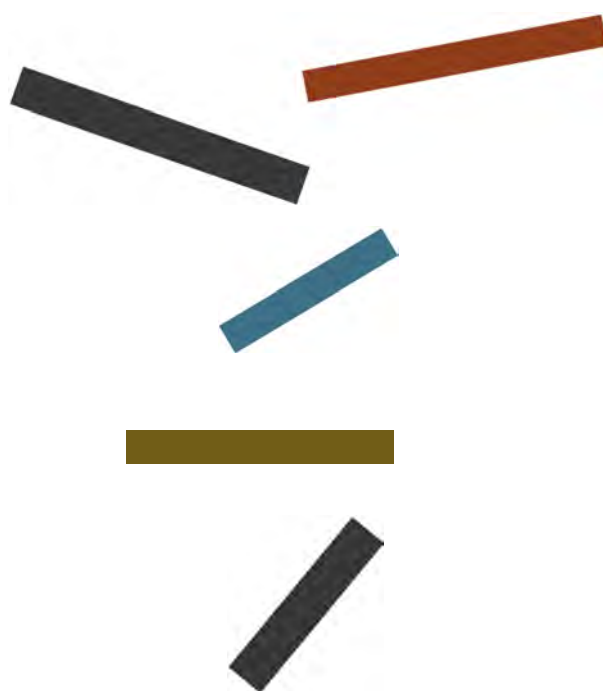




Osservatorio nazionale screening

# Rapporto sul 2019



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

## Sommario

|                                                    |    |
|----------------------------------------------------|----|
| Introduzione .....                                 | 3  |
| Screening mammografico.....                        | 5  |
| Screening coloretale .....                         | 6  |
| Screening cervicale .....                          | 7  |
| Lo screening mammografico .....                    | 9  |
| Lo screening della mammella visto da "Passi" ..... | 14 |
| Lo screening cervicale.....                        | 21 |
| Lo screening cervicale visto da "Passi" .....      | 27 |
| Lo screening coloretale .....                      | 33 |
| Lo screening coloretale visto da "Passi" .....     | 37 |

## Introduzione

Paola Mantellini - Osservatorio nazionale screening

*Quando un anno fa con Marco Zappa abbiamo scritto a quattro mani l'introduzione al Rapporto Breve 2019 eravamo ad inizio pandemia, incapaci di ipotizzare quello che sarebbe potuto accadere con l'andare del tempo. Ricordo bene che vivevamo una sensazione di spaesamento consapevoli che presentare i dati del 2018 sembrava poco adatto a quel contesto.*

*Ad un anno di distanza, la pandemia c'è ancora, anzi la recente apparizione della variante delta ha aumentato nuovamente i livelli di "apprensione", ma gli operatori di screening non si sono persi d'animo. Durante quest'anno siamo stati costretti a confrontarci duramente con noi stessi, con quello che avevamo fatto e che ci sembrava consolidato e con quanto di nuovo e di ignoto ci si presentava. I risultati conseguiti con pazienza e determinazione negli anni sembravano essersi rapidamente dissolti, un po' come la neve che si scioglie al sole.*

*Eppure, in questo caos dove la distanza con le persone, i cittadini a cui primariamente sono diretti i nostri pensieri e le nostre azioni sembrava amplificarsi a dismisura, i coordinamenti di screening regionali si sono raccolti e ritrovati più vicini. Tantissime sono state le iniziative e le decisioni condivise e, anche grazie all'impegno di tutti, gli screening oncologici sono diventati il paradigma degli effetti della pandemia. Si è stati capaci di dimostrare che questo intervento di sanità pubblica considerato spesso differibile, quando viene sacrificato può avere un impatto molto pesante sullo stato di salute della popolazione.*

*Produrre aggiornamenti puntuali sulla ripresa delle attività di screening ha comportato che si parlasse e si scrivesse nei talk show, sulla carta stampata e nelle riviste online, come mai prima d'ora.*

*E il lavoro non si è limitato a questo, è stato riattivato il gruppo comunicazione interscreening che tanto ha lavorato per definire strategie comunicative adeguate al momento e che tuttora sta lavorando portando avanti nuovi progetti.*

*E infatti, proiettarsi verso il futuro è quello che ancora, e come sempre, il mondo dello screening è chiamato a fare e due sfide mi pare che siano da cogliere con la massima priorità.*

*Innanzitutto la declinazione regionale del Piano Nazionale Prevenzione 2020-2025 con la elaborazione dei programmi liberi che recepiscono quanto previsto nella Linea di supporto centrale 10 in particolare il potenziamento dei coordinamenti multidisciplinari regionali di screening attraverso la definizione di specifici requisiti da una parte e la definizione di percorsi di screening del cervicocarcinoma dall'altra e su cui già si sta lavorando come gruppo comunicazione interscreening.*

*La seconda sfida è rappresentata dalla recente emanazione del Piano Europeo di Lotta contro il Cancro a cui il Ministero della Salute ha voluto dare continuità attraverso l'istituzione di un tavolo tecnico per la definizione di un Piano Nazionale di Prevenzione Oncologica.*

*A prescindere da queste imponenti azioni che si dispiegheranno su un arco temporale di medio e lungo periodo, l'Osservatorio Nazionale Screening e i coordinamenti regionali tutti non molleranno la presa: proprio adesso, oltre a lavorare per la produzione degli indicatori LEA 2020, si sta affrontando una nuova indagine su screening e Covid 19 per capire come sta procedendo il recupero dei ritardi nei primi mesi del 2021.*

## Lo stato degli screening nel 2019

I dati che presentiamo nel presente rapporto si riferiscono all'attività svolta dai programmi di screening nel 2019.

Questi sono i numeri assoluti considerando tutti gli screening e tutte le fasce di età: più di 13 milioni di inviti (13.467.733) e oltre 5 milioni e mezzo (5.779.084) di test eseguiti. Rispetto al 2018 la situazione è stazionaria per quanto riguarda il programma di screening cervicale e quello coloretale, mentre è in ulteriore miglioramento per lo screening mammografico. Si conferma il gradiente già osservato tra Nord, Centro e Sud, ma in particolare per lo screening mammografico e quello cervicale si osserva una riduzione anche sensibile delle differenze.

In sintesi nel 2019 fra l'80 e il 90% della popolazione italiana in età target per lo screening mammografico e per quello cervicale è stata regolarmente invitata, mentre il 75% lo è per lo screening coloretale.

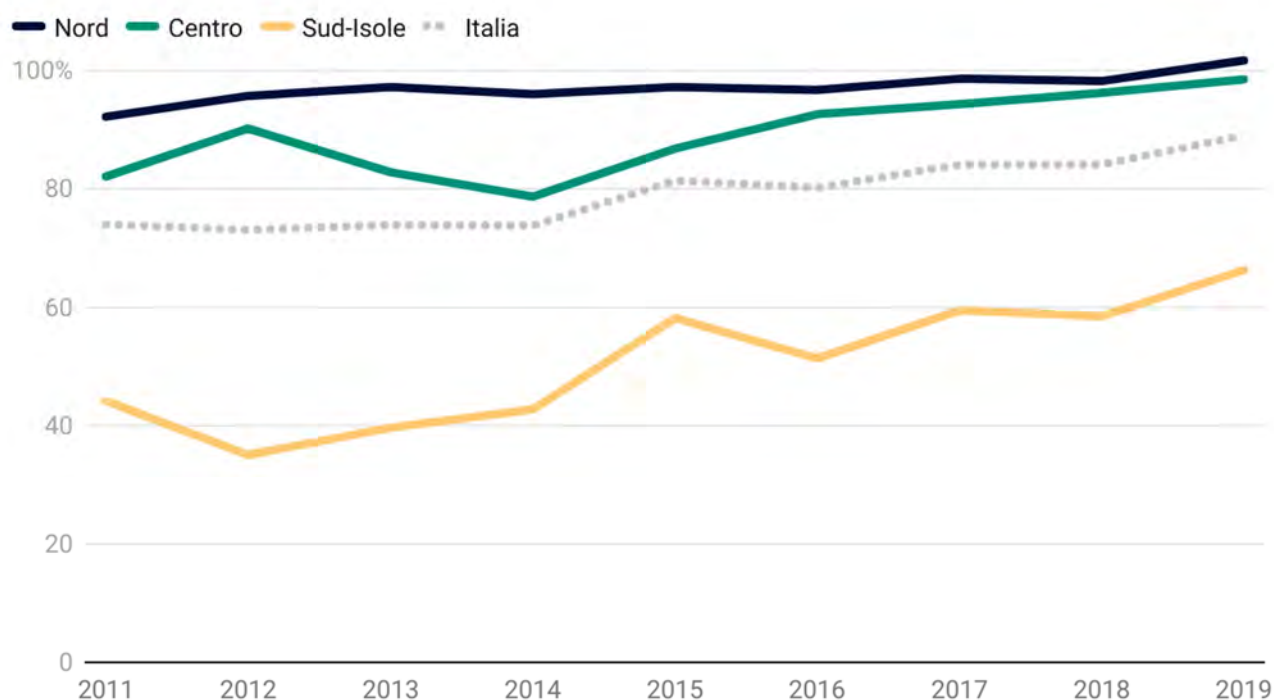
Queste osservazioni sono in sintonia con i dati Passi che completano, come sempre, questo rapporto. Le due fonti: survey universale Ons e intervista telefonica campionaria Passi sono metodi differenti di indagine, in linea generale la survey Ons tende a sottostimare la reale copertura dei programmi organizzati, mentre la survey Passi tende a sovrastimarla. La combinazione dei due approcci offre uno spaccato molto realistico dell'offerta di prevenzione oncologica nel Paese. Il valore aggiunto dell'indagine Passi è anche quello della lettura del dato in funzione di alcuni differenziali demografici e socioeconomici con la conferma della attenuazione delle disuguaglianze all'interno dei programmi di screening.

Di seguito i dati di dettaglio la copertura degli inviti fra il 2011 al 2019 sia complessivamente che suddivisa per macro aree. Per copertura degli inviti intendiamo la percentuale di persone della popolazione target annuale invitate nell'anno in questione.

## Screening mammografico

La figura 1 riporta i dati dell'estensione effettiva nella fascia di età 50-69 fra il 2011-2019 in Italia e nelle tre macro aree. Come si può vedere, nel 2019 il valore di copertura è aumentato di 5 punti percentuali rispetto al 2018 (89% versus 84%) con 3.658.235 inviti effettuati. Sia al Nord (101,7%) che al Centro (98,5%) la copertura è migliorata di circa 2-3 punti percentuali rispetto allo scorso anno, mentre l'aumento più vistoso si è registrato al Sud con un incremento di quasi sette punti percentuali (66,3% nel 2019 versus 59% nel 2018). Per quanto riguarda la classe 45-49, nel 2019 sono state invitate 368.761 donne (ben 87.000 in più rispetto all'anno precedente) e pari a circa il 15% della popolazione bersaglio. Per quanto riguarda le 70-74enni, nel 2019 ne sono state invitate 295.572 (circa 25.000 in più rispetto all'anno precedente), pari a circa il 34% della popolazione target.

**Figura 1.** Estensione effettiva dello screening mammografico per area geografica (% di donne di età 50-69 che ricevono la lettera di invito alla popolazione target dell'anno dal 2011 al 2019)

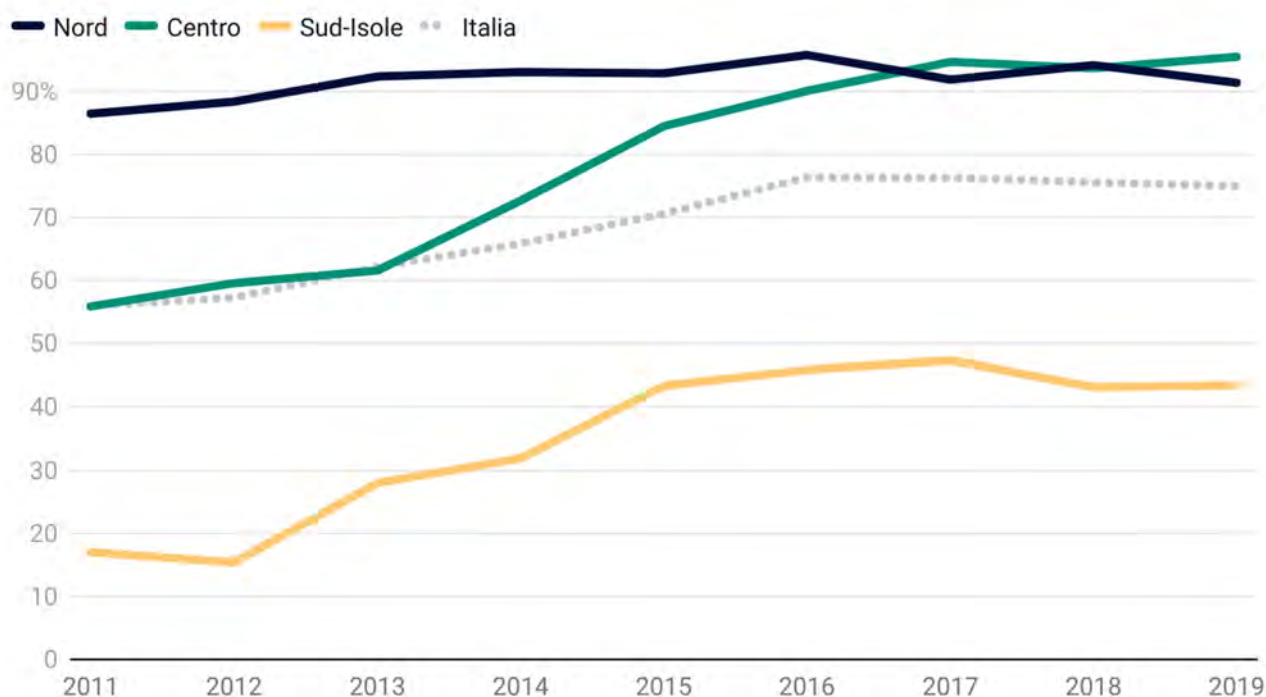


## Screening coloretale

Nel 2019 sono stati invitati quasi 6 milioni di cittadini (5.921.032) di età compresa tra i 50 e i 69 anni a eseguire il test di per la ricerca del sangue occulto (Sof) e 68.417 soggetti di 58 anni a eseguire la rettosigmoidoscopia come test di screening. Lo screening coloretale, infatti, prevede in quasi tutta l'Italia la ricerca del sangue occulto nelle feci, mentre il Piemonte vede la proposta della rettosigmoidoscopia una volta nella vita a 58 anni di età e la ricerca del sangue occulto per coloro che non accettano l'esame endoscopico. Alcune Regioni, ed in particolare Lazio ed Umbria estendono l'invito di screening fino a 74 anni e infatti le persone di età compresa tra i 70-74 anni complessivamente invitate sono state 430.748.

La figura 2 riporta l'andamento della copertura dal 2011 al 2019 complessivamente e per le tre macro aree. Come già anticipato, dopo un veloce incremento fino al 2015, la crescita è rallentata e il valore registrato nel 2019 è stabile rispetto a quello del 2018. La copertura della popolazione è stata del 91,4% e del 95,5% nelle regioni del Nord e del Centro, mentre al Sud si osserva un valore pari al 43,5%, stabile rispetto all'anno precedente.

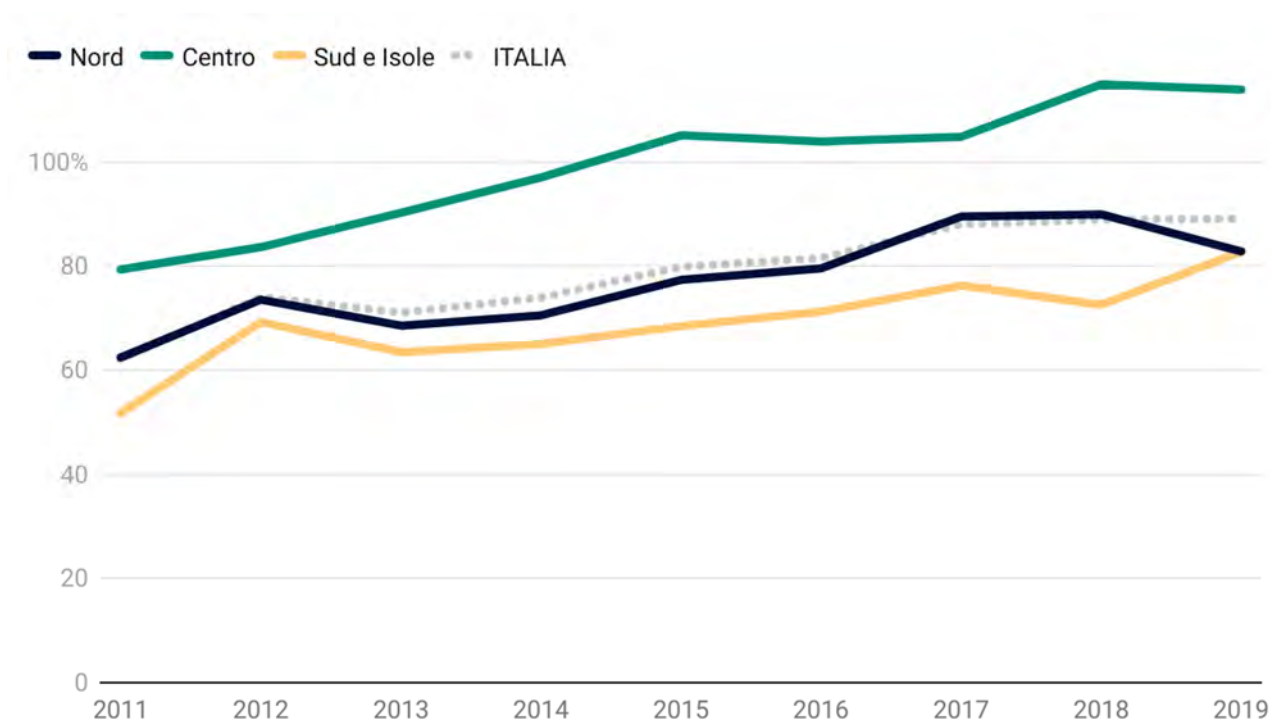
**Figura 2.** Estensione effettiva dello screening coloretale per area geografica (% di persone di età 50-69 che ricevono la lettera di invito alla popolazione target dell'anno- dal 2011 al 2019)



## Screening cervicale

La figura 3 riporta l'andamento della copertura degli inviti per lo screening cervicale. Nel 2019 sono state invitate allo screening cervicale 3.820.049 donne di età compresa tra i 25 ed i 64 anni, attestandosi quindi l'estensione degli inviti all'89%, stabile rispetto al 2018. Come nell'anno precedente si è tenuto conto del diverso intervallo previsto per il test HPV (5 anni) rispetto al Pap test (3 anni). Seppure il numero complessivo degli inviti sia diminuito rispetto all'anno precedente la copertura non si è ridotta per effetto dell'allungamento dell'intervallo di screening in seguito all'introduzione progressiva del test HPV come test primario di screening. Si conferma l'aumento dei programmi attivi con HPV a livello nazionale. Infatti, 1.623.126 donne, quasi 124.000 in più rispetto all'anno precedente, sono state chiamate a test HPV, mentre 2.196.923 sono state invitate a Pap test. Rispetto all'anno precedente si osservano fluttuazioni della copertura per macro area con un calo di circa 7 punti percentuali al Nord, una sostanziale stabilità al Centro e un aumento di 10 punti percentuali al Sud.

**Figura 3.** Estensione effettiva dello screening cervicale (% delle donne fra 25 e 64 anni di età che ricevono la lettera di invito alla popolazione target dell'anno, dal 2011 al 2019)



## **Ringraziamenti**

Questo rapporto è dovuto al lavoro di molte persone. Desideriamo ringraziare in particolare: il Cpo Piemonte (survey sullo screening cervicale, l'Azienda Zero del Veneto (survey sullo screening coloretale), l'Ispro Firenze (survey sullo screening mammografico), Giuliano Carozzi per i dati degli screening PASSI. Il coordinamento e la realizzazione grafica ed editoriale sono stati possibili grazie ai contributi delle Regioni che hanno adempiuto al finanziamento del 5% a favore dell'Osservatorio Nazionale Screening, in attuazione del Patto per la salute 2014-2016. Inoltre, il nostro ringraziamento va ai moltissimi operatori che si sono adoperati per raccogliere questi dati in maniera accurata e tempestiva.



## Lo screening mammografico

Dati di attività dal 2013 al 2019

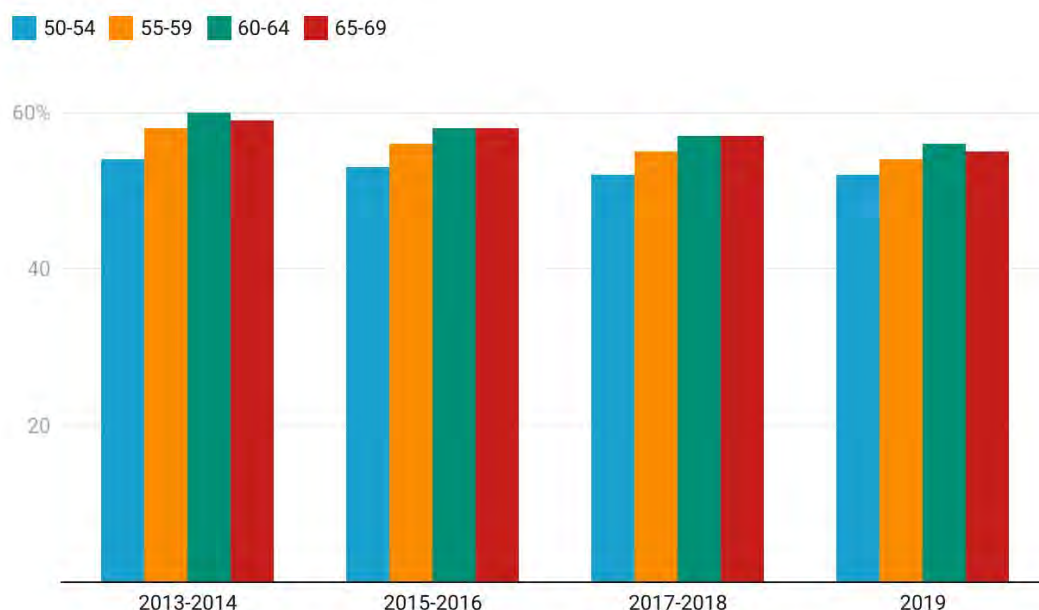
I dati in tabella 1 mostrano un incremento nel numero di donne italiane invitate a effettuare una mammografia nel biennio 2017-2018 rispetto al precedente: si passa da circa 6.300.000 donne a circa 6.700.000, pari a un aumento del 6.7%. Anche la percentuale di donne invitate nel 2019 rispetto alla media delle donne invitate per anno nel biennio 2017-2018 è aumentata del 6.9%.

Nel biennio 2017-2018, l'adesione grezza all'invito tende a calare lievemente dal 55.5% al 54.8% rispetto al biennio precedente. Nel 2019 il valore si abbassa ulteriormente al 53.7%, registrando rispetto all'ultimo biennio un calo del 2%. Questo calo potrebbe essere stato determinato dalla pandemia da Covid 19: è opportuno ricordare infatti che l'adesione è stata calcolata al 30 aprile e che il primo lockdown serrato si è verificato nei mesi di marzo e aprile 2020. In quei mesi si potrebbe essere quindi verificata una riduzione alla partecipazione per paura del contagio. Relativamente alla distribuzione per classi di età si osserva una maggiore partecipazione nelle donne  $\geq 55$  anni (Figura 1). L'adesione corretta, ovvero escludendodal denominatore gli inviti inesitati e le donne che si sono sottoposte a una mammografia negli ultimi 12 mesi, nel 2019 è pari al 60.7%, di poco più elevata rispetto al biennio 2017-2018 in cui il valore era del 60.1%. Ogni 100 donne esaminate, circa 6 vengono chiamate a effettuare un supplemento di indagine, solitamente una seconda mammografia, un'ecografia e una visita clinica. Il numero dicarcinomi diagnosticati allo screening supera le 16.000 unità nel biennio 2017-2018 (contro circa 2.100 lesioni benigne), con un tasso di identificazione intorno a 4.5 casi ogni 1.000 donne sottoposte a screening. Per l'anno 2019 il tasso è pari a 4.4 casi ogni 1.000 donne esaminate.

**Tabella 1.** Dati nazionali di attività di screening mammografico 2013-2019

|                                                                        | 2013-2014 | 2015-2016 | 2017-2018 | 2019      |
|------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Numero di donne invitate                                               | 5.475.139 | 6.284.314 | 6.705.386 | 3.582.635 |
| Numero di donne aderenti all'invito                                    | 3.123.339 | 3.487.504 | 3.671.422 | 1.923.151 |
| Media aderenti per anno                                                | 1.561.670 | 1.743.752 | 1.835.711 |           |
| Adesione grezza all'invito                                             | 57,0%     | 55,5%     | 54,8%     | 53,7%     |
| Adesione corretta all'invito                                           | 61,8%     | 59,7%     | 60,1%     | 60,7%     |
| Numero di donne esaminate                                              | 3.086.054 | 3.474.756 | 3.618.559 | 1.876.721 |
| Numero di donne richiamate per approfondimenti                         | 180.296   | 204.644   | 226.180   | 119.032   |
| Percentuale di donne richiamate per approfondimenti                    | 5,84%     | 5,89%     | 6,25%     | 6,34%     |
| Numero di biopsie benigne                                              | 1.724     | 1.936     | 2.063     | 952       |
| Numero di carcinomi diagnosticati allo screening                       | 14.537    | 16.358    | 16.302    | 8.300     |
| Tasso di identificazione (‰)                                           | 4,7‰      | 4,7‰      | 4,5‰      | 4,4‰      |
| Numero di carcinomi duttali in situ diagnosticati allo screening       | 1.937     | 2.107     | 2.130     | 1.133     |
| Numero di carcinomi invasivi $\leq 10$ mm diagnosticati allo screening | 4.281     | 4.877     | 5.095     | 2.443     |

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



La valutazione dei principali indicatori raccolti e il confronto con gli standard di riferimento derivanti dall'esperienza di programmi sia italiani sia europei, confermano il buon andamento complessivo dell'attività italiana di screening mammografico (tabella 2). L'adesione grezza all'invito supera il livello accettabile del 50%, il tasso di richiami per approfondimenti mostra un leggero aumento nel periodo 2017-2019 (6.2%-6.3%) rispetto ai bienni precedenti (5.8%-5.9%), il rapporto tra diagnosi istologiche benigne e maligne nelle donne sottoposte a biopsia chirurgica o intervento è pienamente al di sotto della soglia raccomandata e tende a rimanere stabile nel tempo.

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

Il trattamento chirurgico conservativo dei tumori con diametro inferiore ai 2 centimetri mostra invece una leggera flessione (84%) in tutto il periodo 2017-2019 rispetto al biennio precedente (2014- 2015), ai limiti della soglia di accettabilità (>85%).

**Tabella 2.** Indicatori e standard di riferimento

|                                                                               | 2013-2014 | 2015-2016 | 2017-2018 | 2019 | Standard                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|------|--------------------------------------------|
| Adesione grezza all'invito                                                    | 57%       | 55%       | 55%       | 54%  | ≥ 50%                                      |
| Percentuale di donne richiamate per approfondimenti                           | 5,8%      | 5,9%      | 6,2%      | 6,3% | Primo esame: < 7%<br>Esami succ.: < 5%     |
| Rapporto biopsie benigne/maligne                                              | 0,12      | 0,12      | 0,13      | 0,12 | Primo esame: ≤ 1:1<br>Esami succ.: ≤ 0.5:1 |
| Tasso di identificazione dei tumori (‰)                                       | 4,7‰      | 4,7‰      | 4,5‰      | 4,4‰ |                                            |
| Tasso di identificazione dei carcinomi invasivi ≤10 mm                        | 1,4‰      | 1,4‰      | 1,4‰      | 1,3‰ |                                            |
| Percentuale di trattamento chirurgico conservativo nei tumori invasivi ≤ 2 cm | 86%       | 84%       | 84%       | 84%  | > 85%                                      |

Il periodo di tempo che intercorre tra la mammografia e il momento in cui è possibile riferire il referto negativo o, per i casi con dubbio diagnostico, il momento in cui si effettua una seduta di approfondimento o l'intervento chirurgico, sono indicatori fondamentali della qualità di un programma di screening. Come mostra la tabella 3, un gran numero di programmi italiani continua 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, con i primi due indicatori che mostrano una tendenza al peggioramento. Invece l'intervento entro 60 giorni dall'esecuzione della mammografia mostra nel 2019 un aumento rispetto al 2017-2018.

**Tabella 3.** Tempi di attesa

|                                                                                        | 2013-2014 | 2015-2016 | 2017-2018 | 2019 | Standard accettabile GISMa |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|------|----------------------------|
| Invio dell'esito per i casi negativi entro 21 giorni dall'esecuzione della mammografia | 67%       | 64%       | 61%       | 58%  | 90%                        |
| Approfondimento entro 28 giorni dall'esecuzione della mammografia                      | 61%       | 57%       | 53%       | 51%  | 90%                        |
| Intervento entro 60 giorni dall'esecuzione della mammografia                           | 42%       | 36%       | 31%       | 37%  |                            |

La tabella 4 presenta i dati per macro-aree geografiche: Nord, Centro, Sud e Isole. Appare subito chiaro lo scollamento tra i risultati del Nord e Centro Italia e quelli delle zone meridionali e insulari. Il divario riguarda molti indicatori. Dato che nel Sud e Isole l'attivazione dei programmi di screening è stata molto più recente e incompleta rispetto al resto del Paese, il numero di inviti nel 2017-2018 supera di poco il 55% della popolazione target, anche se è stato registrato un notevole aumento del numero di inviti. Infatti il numero di donne invitate nel Sud e Isole dal 2013-2014 al 2017-2018 è aumentato del 52%. Al Centro e al Nord nel 2017-2018 è stata invitata oltre l'85% della popolazione femminile 50-69 anni. L'adesione grezza all'invito è un altro indicatore che mostra molte differenze tra Nord e Centro rispetto al Sud e Isole. Al Nord nel 2019 hanno aderito il 61% delle donne invitate, al Centro il 53%, mentre al Sud e Isole il 40%. Mentre al Nord e al Centro l'adesione sembra in lieve flessione a partire dal 2017, al Sud e Isole si nota, nel 2019, un leggero aumento. Il problema dei tassi di richiamo superiori del 7%, quindi al di sopra dello standard di riferimento, sembra riguardare le Regioni del Centro, del Sud e Isole. Nonostante che al Centro si registri un elevato tasso di richiamo per approfondimenti, il tasso di identificazione dei carcinomi si attesta come al Nord intorno 4%-5%, mentre al Sud e Isole è intorno al 3%. Nel 2019 la proporzione di donne con lesioni inferiori ai 2 cm sottoposte a trattamento chirurgico conservativo è del 91% al Centro, dell'84% al Nord e di circa il 68% al Sud e Isole, valore superiore di ben 11 punti percentuali rispetto a quello registrato nel biennio 2017-2018, ma comunque fortemente al di sotto dello standard accettabile.

**Tabella 4.** Indicatori per macro-aree: Nord, Centro e Sud Italia

|                                                                     | Nord      |           |           |           | Centro    |           |           |         | Sud       |           |           |         |
|---------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------|-----------|-----------|-----------|---------|
|                                                                     | 2013-2014 | 2015-2016 | 2017-2018 | 2019      | 2013-2014 | 2015-2016 | 2017-2018 | 2019    | 2013-2014 | 2015-2016 | 2017-2018 | 2019    |
| N. totale di donne invitate                                         | 3.172.896 | 3.368.320 | 3.506.204 | 1.870.402 | 1.223.582 | 1.434.478 | 1.560.592 | 805.430 | 1.078.661 | 1.481.517 | 1.638.590 | 906.803 |
| N. di donne aderenti all'invito                                     | 2.013.227 | 2.135.693 | 2.203.998 | 1.133.972 | 685.765   | 776.917   | 823.125   | 426.283 | 424.347   | 574.894   | 644.299   | 362.896 |
| Adesione grezza all'invito (%)                                      | 63%       | 64%       | 63%       | 61%       | 56%       | 54%       | 53%       | 53%     | 39%       | 39%       | 39%       | 40%     |
| N. di donne esaminate nel periodo                                   | 2.024.849 | 2.147.033 | 2.213.011 | 1.144.752 | 667.885   | 776.961   | 823.246   | 426.283 | 393.320   | 550.762   | 582.302   | 305.686 |
| % di donne richiamate per approfondimenti                           | 5,04%     | 5,15%     | 5,18%     | 5,01%     | 7,64%     | 7,36%     | 8,29%     | 8,48%   | 6,92%     | 6,7%      | 7,45%     | 8,33%   |
| Biopsie benigne                                                     | 1.094     | 1.269     | 1.199     | 532       | 462       | 434       | 534       | 288     | 168       | 233       | 330       | 132     |
| Tasso di identificazione dei carcinomi (‰)                          | 5,07‰     | 5,05‰     | 5‰        | 4,76‰     | 4,54‰     | 4,49‰     | 4,46‰     | 4,3‰    | 3,11‰     | 3,67‰     | 2,66‰     | 3,31‰   |
| Tasso di identificazione dei carcinomi invasivi ≤ 10 mm (‰)         | 1,49‰     | 1,51‰     | 1,52‰     | 1,4‰      | 1,5‰      | 1,47‰     | 1,5‰      | 1,34‰   | 0,67‰     | 0,88‰     | 0,84‰     | 0,88‰   |
| % di trattamento chirurgico conservativo nei tumori invasivi ≤ 2 cm | 87,07%    | 84,49%    | 86,63%    | 84,51%    | 88,66%    | 92,18%    | 89,13%    | 91,22%  | 69,31%    | 62,78%    | 57,57%    | 67,92%  |

## Inviti nelle fasce di età 45-49 e 70-74 anni nel 2019

Nel 2019 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 2019 sono state invitate 368.761 donne pari a circa il 15% della popolazione bersaglio. La maggior parte delle donne invitate in questa fascia di età continua a provenire da tre sole Regioni. Infatti l'Emilia-Romagna invita l'89% delle donne residenti nella fascia di età, il Piemonte circa il 34% e la Valle d'Aosta il 30%. Per quanto riguarda il resto del contesto nazionale, altre sei Regioni hanno invitato nel 2019 donne nella fascia di età 45-49 anni in maniera sistematica. In particolare la Toscana ne invita il 21%, mentre Lombardia e Basilicata intorno il 16%. Seguono Campania e Liguria con inviti rispettivamente al 14% e al 13% della popolazione bersaglio. Circa due terzi delle donne invitate accetta l'invito (238.382 donne).

Per quanto riguarda le ultrasessantenni, nel 2019 sono state invitate 295.572 donne, pari a circa il 34% della popolazione target, e 197.279 hanno risposto all'invito con una partecipazione intorno al 67%. Delle donne invitate in questa fascia di età, le Regioni Emilia-Romagna, Lombardia e Umbria invitano rispettivamente il 97%, 86% e 83% delle donne residenti. La Basilicata e il Veneto invitano intorno a due terzi della popolazione bersaglio, mentre Toscana e Friuli Venezia Giulia intorno al 41%.

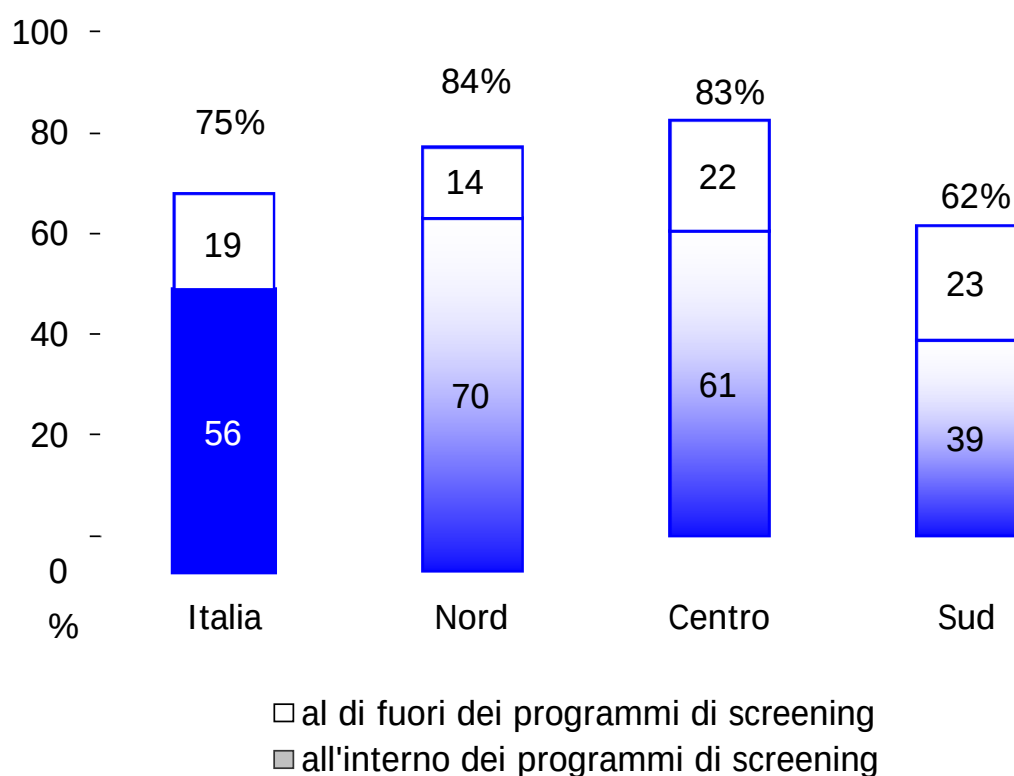
## Lo screening della mammella visto da "Passi"

Sulla base dei dati raccolti dal sistema di sorveglianza [Passi](#), si stima che in Italia nel 2017-2019 il 75% delle donne 50-69enni abbia eseguito una mammografia preventiva nel corso dei precedenti due anni. La copertura complessiva all'esame raggiunge valori più alti al Nord (84%) e al Centro (83%) ed è significativamente più bassa al Sud e nelle Isole (62%), con sensibili differenze a livello delle Regioni (range: 54% Campania - 89% Friuli Venezia Giulia) (Figure 1 e 2).

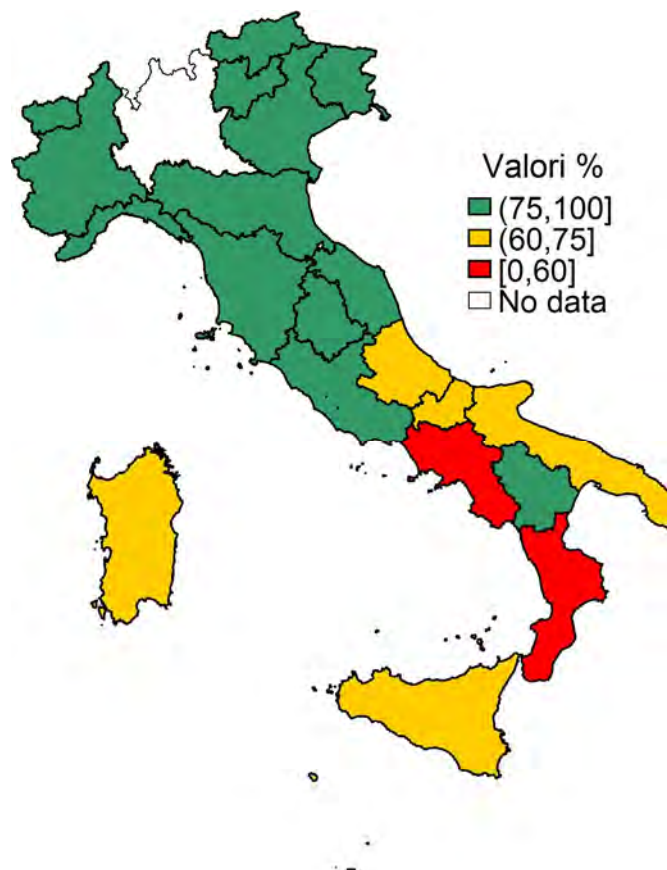
Il sistema Passi informa sulla copertura complessiva al test, comprensiva sia della quota di donne che ha eseguito l'esame all'interno dei programmi di screening organizzati o di altre offerte gratuite delle Asl, sia di quella che lo ha eseguito al di fuori (vedi nota).

La percentuale di mammografie eseguite al di fuori dei programmi di screening organizzati è rilevante, ma inferiore a quella presente nello screening cervicale: a livello nazionale si stima infatti che una donna su cinque (19%) abbia eseguito la mammografia come prevenzione individuale rispetto a una donna su tre dello screening cervicale (33%). Sono presenti significative differenze tra le Regioni (range: 4% Valle d'Aosta - 33% Puglia) (Figura 3).

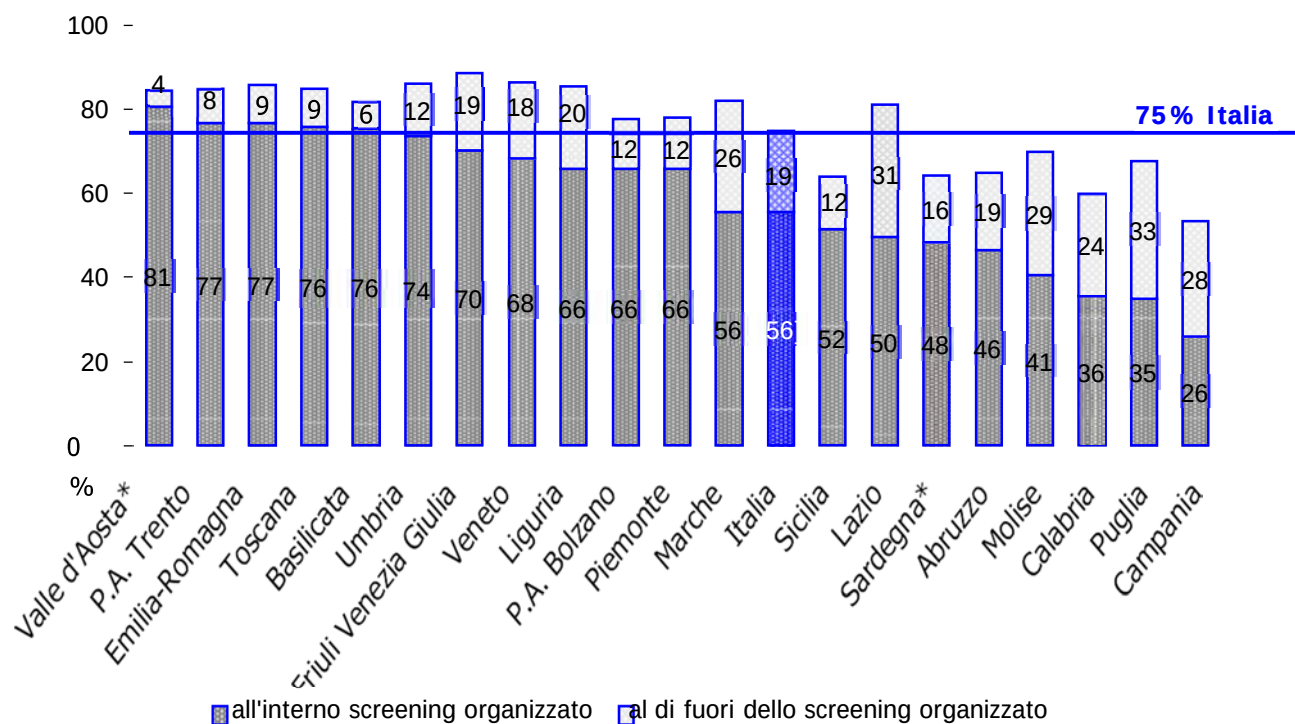
**Figura 1.** Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni (%). Donne 50-69enni Passi 2017-2019 (n.19.778)



**Figura 2.** Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni (%). Donne 50-69enni Passi 2017-2019 (n.19.778)



**Figura 3.** Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni (%). Donne 50-69enni Passi 2017-2019 (n.19.778)

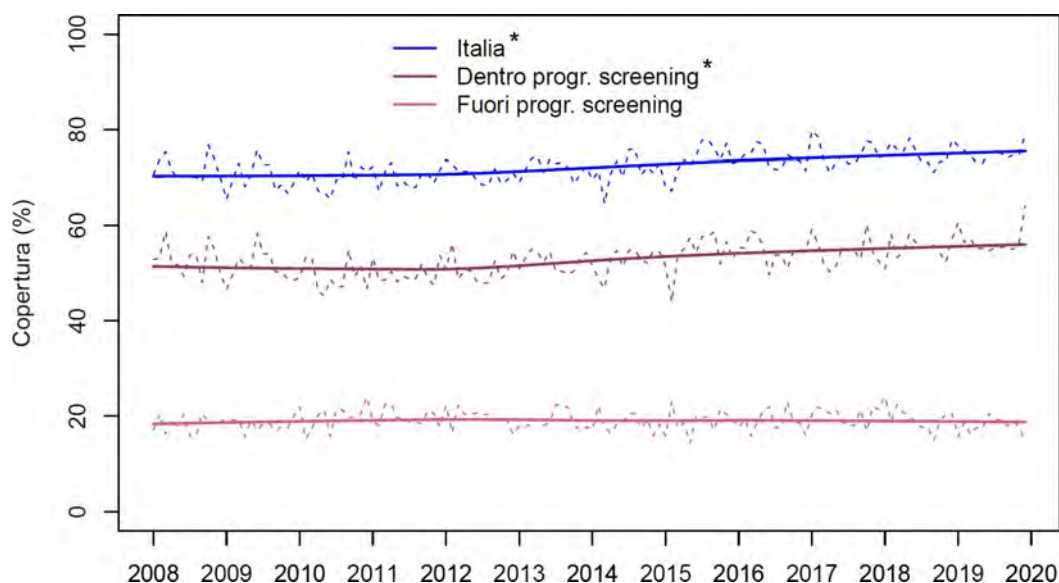


\* Regioni che non hanno aderito con un campione regionale

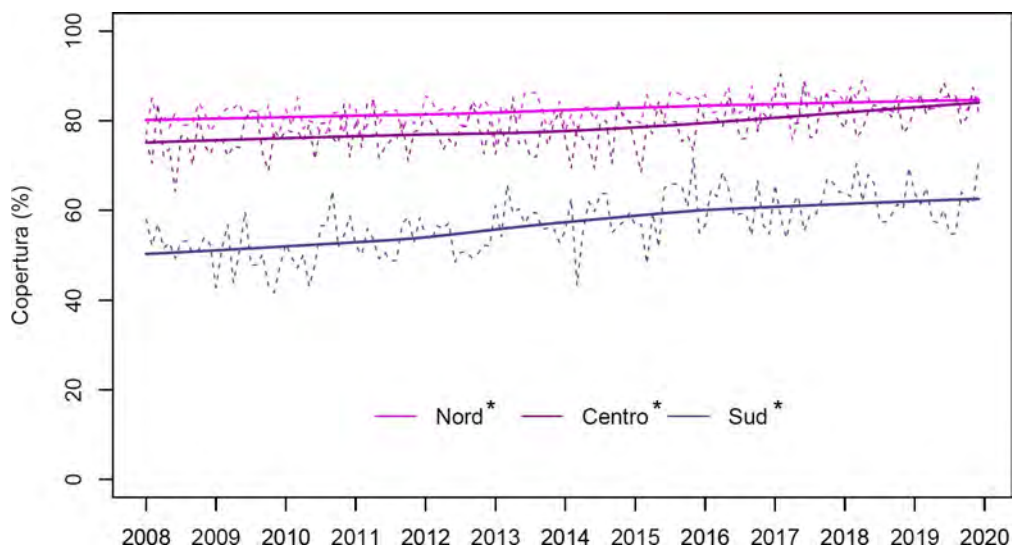
Nel periodo 2008-2019 la copertura della mammografia preventiva è in lieve aumento (Figura 4). Questa crescita è risultata statisticamente significativa in tutte le ripartizioni geografiche, in particolar modo nelle regioni del Centro che hanno raggiunto i livelli di quelle del Nord (Figura 5), mentre resta rilevante il differenziale rispetto al Sud.

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

**Figura 4.** Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni all'interno o al di fuori dei programmi organizzati (%). Donne 50-69enni. Passi 2008-2019. \*  $p\text{-value} < 0,05$



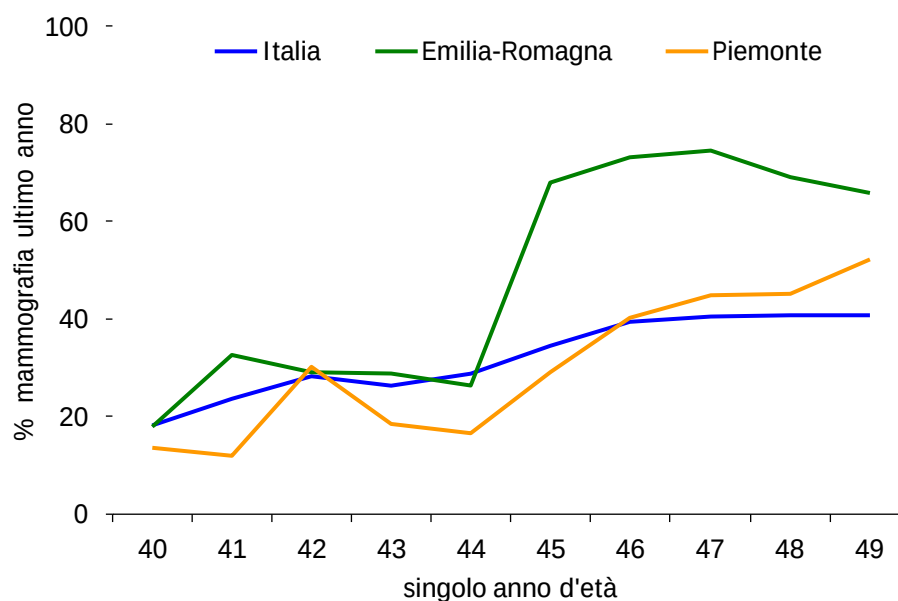
**Figura 5.** Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni per ripartizione geografica (%). Donne 50-69enni Passi 2008-2019. \*  $p\text{-value} < 0,05$





Nella fascia pre-screening il 64% delle donne con 40-49 anni ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva almeno una volta nella vita (51% nelle 40-44enni e 75% nelle 45-49enni). Il 33% ha dichiarato, invece, di averla eseguita nell'ultimo anno (25% nelle 40-44enni e 39% nelle 45-49enni). Analizzando il ricorso alla mammografia per singolo anno di età si nota che dai 45 anni la percentuale di chi ha riferito una mammografia nell'ultimo anno si alza in modo evidente in Piemonte soprattutto in Emilia-Romagna, Regioni che hanno esteso lo screening anche alla fascia 45-49 anni (Figura 6).

**Figura 6.** Mammografia eseguita nell'ultimo anno (%) Donne 40-49enni Passi 2017-2019

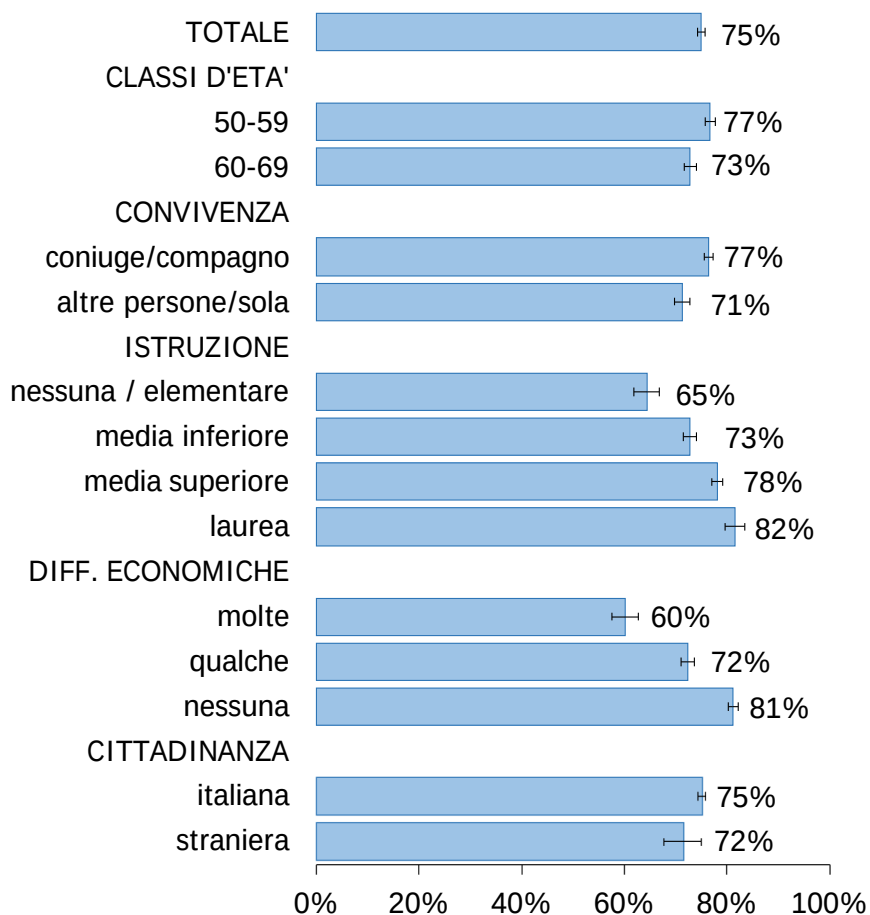


La copertura alla mammografia preventiva mostra alcuni differenziali demografici e socio-economici (Figura 7), che sono tutti significativi anche all'analisi multivariata che corregge l'effetto delle singole variabili.

In particolare la copertura è significativamente maggiore nelle donne 50-69enni, in quelle coniugate o conviventi, in quelle con un livello d'istruzione più elevato e in quelle senza difficoltà economiche riferite.

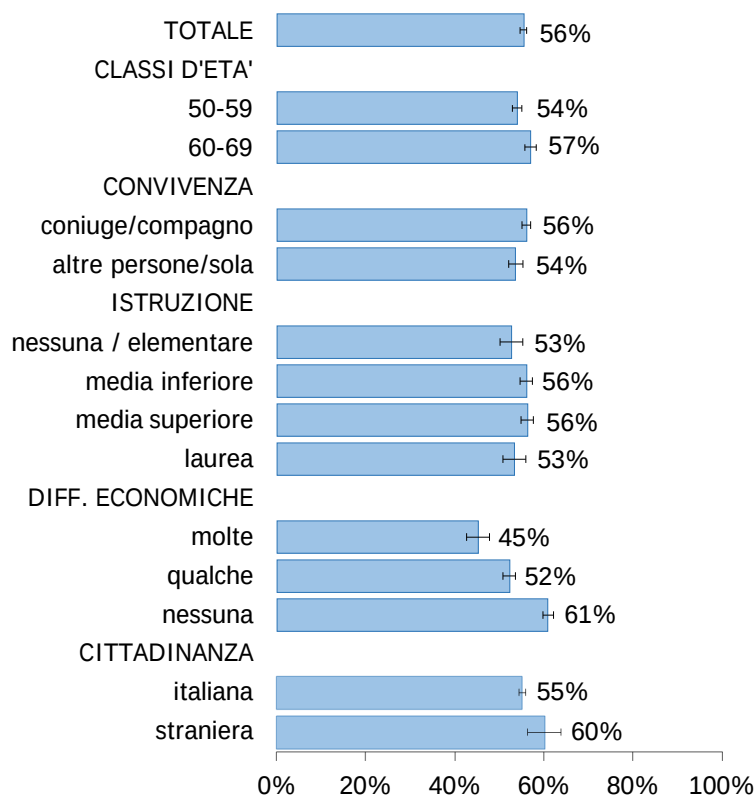
La copertura è inoltre più alta tra le donne italiane o provenienti da altri Paesi a sviluppo avanzato (Psa) rispetto alle straniere provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (Pfpm).

**Figura 7.** Copertura alla mammografia preventiva entro i tempi raccomandati per caratteristiche socio-demografiche  
- Donne 50-69enni (%) Passi 2017-2019

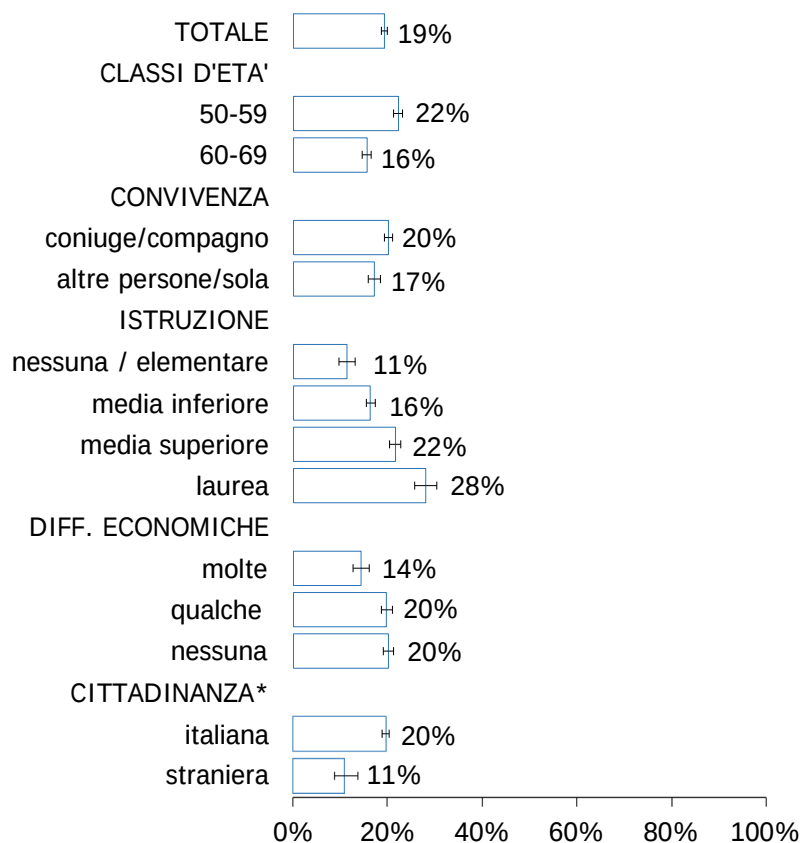


Se analizziamo separatamente questi differenziali demografici e socio-economici nella copertura agli esami per le donne che hanno eseguito la mammografia nei programmi di screening organizzati, o di altre offerte gratuite delle Asl (Figura 8), da quelli osservabili nelle donne che l'hanno eseguita al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

**Figura 8.** Copertura alla mammografia preventiva entro i tempi raccomandati eseguita all'interno dei programmi di screening organizzati per caratteristiche socio-demografiche. Donne 50-69enni (%). Passi 2017-2019

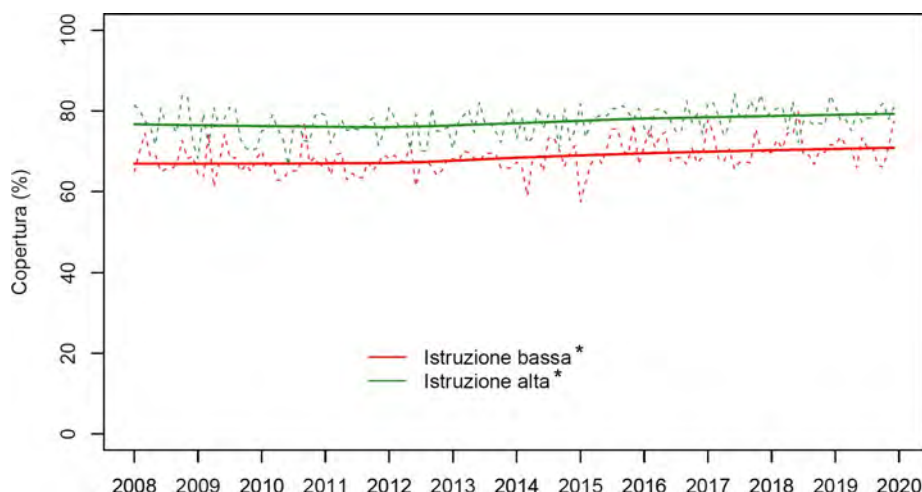


**Figura 9.** Copertura alla mammografia preventiva eseguita entro i tempi raccomandati fuori dagli screening organizzati, per caratteristiche socio-demografiche. Donne 50-69enni (%). Passi 2017-2019

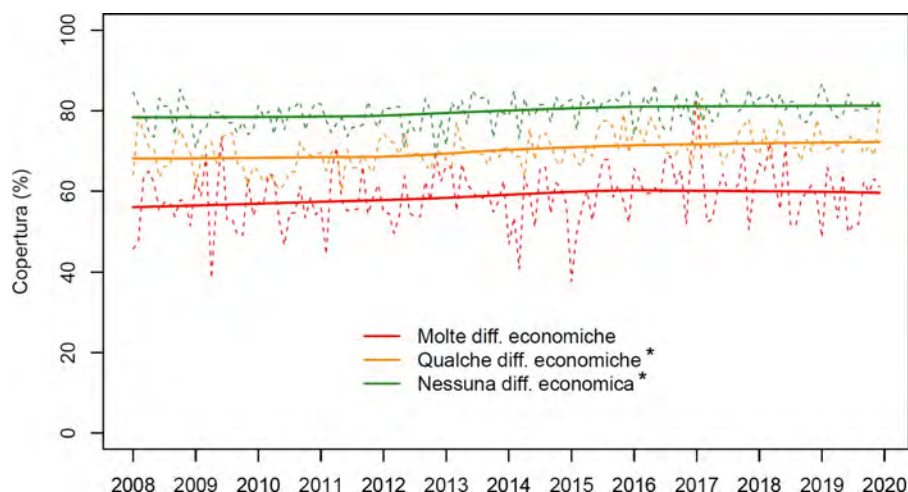


L'analisi dei trend temporali 2008-2019 non mostra riduzioni nei differenziali di copertura per livello di istruzione, mentre sembra evidenziare un leggero peggioramento in quella delle donne che riferiscono molte difficoltà economiche (Figure 10 e 11).

**Figura 10.** Copertura al test preventivo per livello di istruzione (%) Donne 50-69enni. Passi 2008-2019. \*  $p\text{-value} < 0,05$



**Figura 11.** Copertura al test preventivo per difficoltà economiche (%) Donne 50-69enni. Passi 2008-2019. \*  $p\text{-value} < 0,05$



### Nota

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

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

## Lo screening cervicale

Dati di attività dal 2013 al 2019

Nei trienni 2013-2015 e 2016-2018 si è osservato complessivamente un aumento del numero di donne che nell'età 25-64 anni hanno eseguito un esame di screening con Pap-test o test Hpv. Nel 2019 circa 1,5 milioni di donne ha fatto un esame di screening cervicale. Il numero degli inviti e delle donne che hanno fatto il test è in leggera riduzione rispetto agli anni precedenti, probabilmente in relazione all'allungamento dell'intervallo di screening in seguito all'introduzione progressiva del test Hpv. Si osserva anche una diminuzione dell'adesione allo screening in seguito all'invito.

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

| Anno attività                                      | 2013-2015  | 2016-2018  | 2019      |
|----------------------------------------------------|------------|------------|-----------|
| Numero di donne invitate                           | 11.607.450 | 11.916.979 | 3.820.049 |
| Proporzione di donne che hanno aderito all'invito* | 40,6%      | 40,1%      | 38,5%     |
| Numero di donne che hanno fatto screening          | 4.537.647  | 5.023.021  | 1.496.872 |

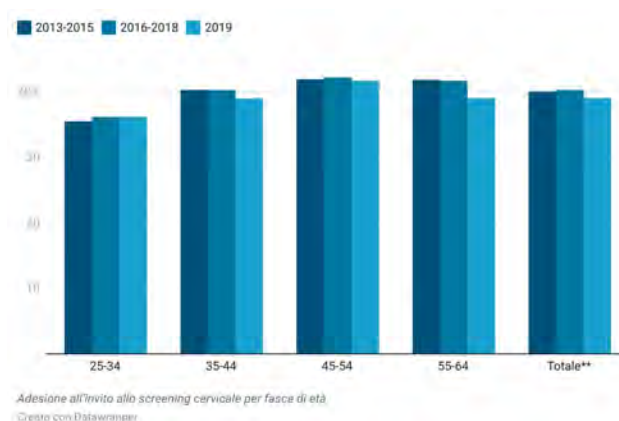
\* sono incluse tutte le donne (incluse le donne <25 e >64 anni) che hanno partecipato allo screening

La riduzione dell'adesione, osservata nel 2019, si distribuisce su tutte le fasce di età, ad eccezione di quella delle 25-34enni dove il valore è stabile rispetto al triennio 2016-2018 (Tabella 2). Come per lo screening mammografico, la riduzione della partecipazione potrebbe essere in parte spiegata dall'emergenza pandemica con la rinuncia ad effettuare il test di screening durante il periodo di marzo aprile 2020.

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

| Fasce d'età | 25-34 | 35-44 | 45-54 | 55-64 | Totale** |
|-------------|-------|-------|-------|-------|----------|
| 2013-2015   | 35,5% | 40,3% | 42,0% | 41,9% | 40,1%    |
| 2016-2018   | 36,2% | 40,3% | 42,3% | 41,7% | 40,3%    |
| 2019        | 36,2% | 39,0% | 41,7% | 39,1% | 39,1%    |

\*\*Sono incluse solo le donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni



In Italia, nel triennio 2016-2018, si osserva una riduzione, rispetto al triennio precedente, del numero delle donne invitate allo screening con Pap-test come test primario, in relazione all'introduzione progressiva del test Hpv. Nel 2019 si conferma questa riduzione, insieme con una riduzione delle donne che hanno aderito all'invito (Tabella 3). Si riduce, di conseguenza, il numero delle donne che hanno fatto un Pap-test come test primario di screening. Gli indicatori sono in maggioranza stabili a un buon livello, nei due trienni. Nel 2019 si è mantenuto al 3% il numero di prelievi inadeguati. In aumento al 4%, la proporzione di donne inviate in colposcopia. La probabilità per una donna inviata in colposcopia di avere effettivamente una lesione che richiede un trattamento (lesioni con istologia CIN2 o più grave, CIN2+) si è ridotta intorno al 15%, 2 punti percentuali in meno rispetto ai trienni precedenti. L'adesione alla colposcopia osservata nel 2019 è aumentata al 90% (livello desiderabile) per le donne inviate per qualunque alterazione citologica (colposcopia per ASCUS+) ed è del 93% nelle donne che presentavano le alterazioni più gravi (colposcopia per HSIL+). Rispetto al periodo 2013-2015, sia nel triennio 2016-2018 (4,3‰) che nel 2019 (5‰) si conferma il progressivo aumento della identificazione diagnostica di lesioni CIN2 o più grave.

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

| Anno attività                                                                                                                                  | 2013-2015  | 2016- 2018 | 2019*     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|-----------|
| Donne Invitate                                                                                                                                 | 10.019.317 | 8.311.248  | 2.196.923 |
| Proporzione di donne che hanno aderito all'invito                                                                                              | 39,6%      | 36,0%      | 33,4%     |
| Donne screenate                                                                                                                                | 4.090.127  | 2.996.283  | 661.503   |
| Proporzione di Pap test inadeguati, Standard di qualità Gisci: desiderabile: < 5% accettabile: < 7%                                            | 2,7%       | 3,1%       | 3,1%      |
| Proporzione di donne inviate in colposcopia per qualsiasi causa                                                                                | 2,7%       | 3,2%       | 4,0%      |
| Proporzione di donne che hanno aderito alla colposcopia per citologia ASCUS+ Standard di qualità Gisci: desiderabile: ≥ 90% accettabile: ≥ 80% | 87,8%      | 85,5%      | 89,9%     |
| Proporzione di donne che hanno aderito alla colposcopia per citologia HSIL+ Standard di qualità Gisci: desiderabile: ≥ 95% accettabile: ≥ 90%  | 91,5%      | 90,9%      | 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+      | 16,6%      | 16,7%      | 14,7%     |
| Numero di colposcopie necessarie per individuare la presenza di istologia CIN2+                                                                | 6          | 6          | 7         |
| Lesioni con istologia CIN2+ individuate con Pap test                                                                                           | 14.303     | 11.548     | 2.902     |
| Lesioni con istologia CIN2+ individuate ogni 1000 donne che hanno fatto lo screening**                                                         | 3,6‰       | 4,3‰       | 5‰        |

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

\*\* il denominatore della DR è inferiore rispetto al numero di screenate presenti in questa tabella perché hanno fornito i dati per questo indicatore un numero inferiore di programmi rispetto a quelli che hanno fornito i valori di screenate

Quando consideriamo la suddivisione per area geografica (Tabella 4), l'adesione all'invito è in riduzione nel Nord e nel Centro, e stabilmente più bassa al Sud. Al Nord si osserva un aumento progressivo dell'invio in colposcopia, e del tasso di identificazione di lesioni con istologia CIN2 o più grave. Anche al Centro si osserva un aumento degli invii in colposcopia, non accompagnato da un aumento delle lesioni identificate. Si osservano quindi una riduzione del Valore Predittivo Positivo e un aumento del numero di colposcopie necessarie per identificare una lesione. Al Sud la proporzione di donne inviate in colposcopia si mantiene costante, così come si mantiene inferiore il tasso di identificazione di lesioni con istologia CIN2 o più grave. Anche la probabilità che una donna inviata in colposcopia abbia effettivamente una lesione che richiede un trattamento si mantiene inferiore, ed è ancora necessario eseguire un maggior numero di colposcopie per identificare una di queste lesioni.

**Tabella 4.** Principali indicatori per area geografica

|                                                                                                                                                      | Nord        |             |       | Centro      |             |       | Sud e Isole |             |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------|-------------|-------------|-------|-------------|-------------|-------|
|                                                                                                                                                      | 2013 - 2015 | 2016 - 2018 | 2019  | 2013 - 2015 | 2016 - 2018 | 2019  | 2013 - 2015 | 2016 - 2018 | 2019  |
| Proporzione di donne che hanno aderito all'invito                                                                                                    | 50,0%       | 48,1%       | 43,4% | 36,7%       | 35,2%       | 35,0% | 27,2%       | 27,4%       | 27,4% |
| Proporzione di Pap test inadeguati                                                                                                                   | 2,6%        | 3,1%        | 3,3%  | 2,1%        | 2,0%        | 2,5%  | 3,5%        | 4,0%        | 3,1%  |
| Proporzione di donne inviate in colposcopia per qualsiasi causa                                                                                      | 2,6%        | 3,6%        | 4,9%  | 2,5%        | 3,0%        | 3,7%  | 3,1%        | 2,8%        | 3,0%  |
| 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 | 17,3%       | 17,3%       | 15,2% | 18,7%       | 17,1%       | 14,4% | 12,0%       | 10,0%       | 13,9% |
| Numero di colposcopie necessarie per individuare la presenza di una lesione con istologia CIN2+                                                      | 5,8         | 5,8         | 6,5   | 5,1         | 5,9         | 7     | 8,4         | 7,2         | 7,2   |
| Lesioni con istologia CIN2+ individuate ogni 1000 donne che hanno fatto lo screening                                                                 | 3,9‰        | 5,1‰        | 6‰    | 5,3‰        | 4,4‰        | 4,9‰  | 2,3‰        | 2,3‰        | 3,5‰  |

## Screening con Hpv test come test primario

Nel 2019, 73 programmi di screening hanno utilizzato la ricerca del Dna di tipi “ad alto rischio” di PapillomaVirus Umano (Hpv) come test primario di screening. Tutti i programmi aziendali di 13 Regioni hanno utilizzato il test Hpv.

La progressiva conversione da Pap-test a test Hpv è stata raccomandata nel 2013 dal Ministero della Salute e nel Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2019 era previsto che tutte le Regioni dovessero implementare lo screening con test Hpv primario entro la fine del 2019. A tal fine si sono rese necessarie una fase di riorganizzazione a livello regionale e il passaggio diluito su 3-4 anni al fine di evitare modifiche importanti dei volumi di attività dovuti al cambio di intervallo tra due test (da 3 a 5 anni). Come atteso, si osserva (Tabella 5) un aumento modesto nei primissimi anni e più marcato successivamente: nel triennio 2013-2015 la proporzione di donne invitate allo screening con test Hpv era del 14% ed è salita al 30,3% nel triennio 2016-2018. Nel 2019 a livello italiano il 42% delle donne viene invitato ad effettuare un Hpv test come test primario di screening, rispetto al 38% dell'anno precedente.

Si mantengono tuttavia importanti disparità sostanziali tra aree geografiche (Figura 1). In alcune regioni del Nord c'è stato un avvio tempestivo della conversione. Nel 2019 il 58% delle donne del Nord è stato invitato a screening con Hpv. Al contrario, al Sud, la proporzione di invitate al test Hpv rimane sostanzialmente inferiore nei trienni 2013-2015 e 2016-2018 confermando che in buona parte delle Regioni non c'è stato l'avvio di una conversione al di fuori di alcuni programmi pilota (anche regionali) già esistenti. Nel 2019 la proporzione sale al 18%. Al Centro, la proporzione di invitate all'Hpv è aumentata dal 13% nel triennio 2013-2015, al 34% nel triennio successivo, e al 54% nel 2019, come risultato di una media tra alcune regioni che hanno avviato tempestivamente la conversione e altre che la stanno progressivamente realizzando.

L'adesione nel 2019 mostra una lieve riduzione (46%), superiore comunque a quella generale all'invito allo screening. Questo dato deriva comunque anche dal fatto che la conversione non è avvenuta in Regioni dove l'adesione era più bassa. La riduzione è più accentuata nelle regioni del Centro. La proporzione di donne positive al test è in aumento al Nord, si mantiene più elevata al Centro e al Sud, con una media italiana del 8.2%.

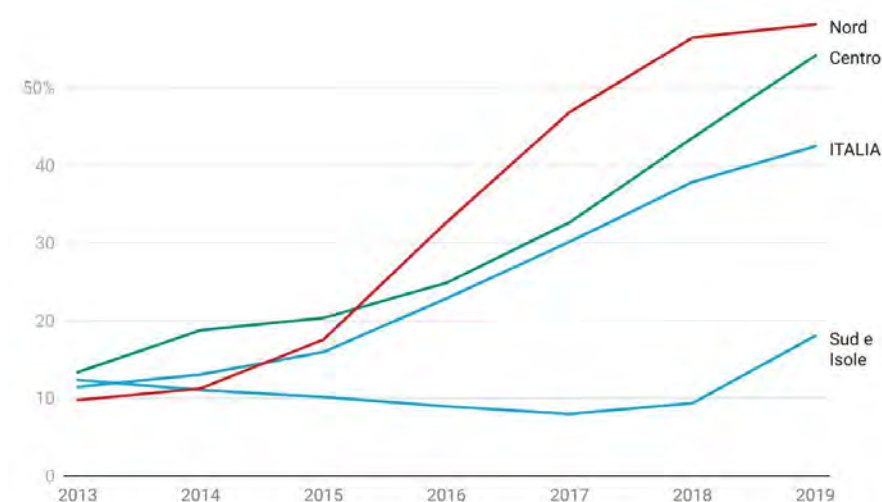


**Tabella 5.** Introduzione del test per la ricerca del Dna del papilloma virus umano (Hpv) come test di screening

|           |               | N di donne invitate a screening con ricerca Hpv come test primario | % di donne invitate a screening con ricerca Hpv come test primario <sup>§</sup> | N. aderenti | Adesione al test Hpv | % Hpv+ |
|-----------|---------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------|--------|
| 2013-2015 | <b>ITALIA</b> | 1.588.133                                                          | 13,7%                                                                           | 754.304     | 47,5%                | 6,9%   |
|           | Nord          | 671.684                                                            | 13,2%                                                                           | 346.190     | 51,5%                | 6,5%   |
|           | Centro        | 518.349                                                            | 17,7%                                                                           | 242.136     | 46,7%                | 5,2%   |
|           | Sud e Isole   | 398.100                                                            | 11,1%                                                                           | 165.978     | 41,7%                | 8,4%   |
| 2016-2018 | <b>ITALIA</b> | 3.605.731                                                          | 30,3%                                                                           | 1.789.253   | 49,6%                | 7,4%   |
|           | Nord          | 2.268.508                                                          | 45,5%                                                                           | 1.229.764   | 54,2%                | 6,8%   |
|           | Centro        | 999.008                                                            | 33,7%                                                                           | 401.732     | 40,2%                | 8,1%   |
|           | Sud e Isole   | 338.215                                                            | 8,5%                                                                            | 157.757     | 46,6%                | 10,1%  |
| 2019      | <b>ITALIA</b> | 1.623.126                                                          | 42,5%                                                                           | 737.584     | 45,4%                | 8,2%   |
|           | Nord          | 866.041                                                            | 58,2%                                                                           | 444.244     | 54,1%                | 8,3%   |
|           | Centro        | 503.828                                                            | 54,2%                                                                           | 208.659     | 41,4%                | 8,3%   |
|           | Sud e Isole   | 253.257                                                            | 18,1%                                                                           | 84.681      | 33,4%                | 7,5%   |

§ tra tutte le invitate a screening cervicale.

% di donne invitate a screening con ricerca Hpv come test primario



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

Nel 2018, in Italia 65 programmi hanno invitato complessivamente 1.480.776 donne; il 48,5% ha aderito all'invito, in leggera riduzione. La positività del test Hpv è di circa l'8%, in leggero aumento. Le donne con test Hpv positivo ma con citologia negativa, invitate a ripetere un test Hpv dopo un anno, hanno aderito all'invito alla ripetizione nell'81% dei casi. Il tasso di invio in colposcopia (invio immediato + invio dopo ripetizione) è del 5% circa nell'intero periodo, con livelli di adesione intorno al 90%. Il numero delle lesioni con istologia CIN2+ individuate ogni 1000 donne che hanno fatto lo screening si attesta intorno al 6%.

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

|                                                                                                | 2013    | 2014    | 2015    | 2016    | 2017      | 2018      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|---------|---------|-----------|-----------|
| <b>Numeri di programmi attivi con Hpv</b>                                                      | 21      | 29      | 49      | 59      | 58        | 65        |
| <b>Donne invitate</b>                                                                          | 423.992 | 510.473 | 653.668 | 889.243 | 1.235.712 | 1.480.776 |
| <b>Donne aderenti</b>                                                                          | 42,3%   | 48,4%   | 50,2%   | 52,1%   | 49,2%     | 48,5%     |
| <b>Numero di donne che hanno effettuato test Hpv</b>                                           | 179.390 | 236.376 | 324.201 | 458.413 | 614.978   | 718.533   |
| <b>Donne con test Hpv+</b>                                                                     | 6,9%    | 7,1%    | 6,7%    | 7,0%    | 7,2%      | 7,8%      |
| <b>Donne invitate a ripetere il test a 1 anno</b>                                              | 4.663   | 9.948   | 10.658  | 21.319  | 29.392    | 36.617    |
| <b>Adesione alla ripetizione</b>                                                               | 74,6%   | 75,5%   | 79,2%   | 82,3%   | 81,4%     | 81,4%     |
| <b>Tasso di invio in colposcopia</b>                                                           | 3,7%    | 4,0%    | 3,6%    | 4,2%    | 4,2%      | 4,8%      |
| <b>Tasso di adesione all'invio in colposcopia</b>                                              | 86,0%   | 88,3%   | 88,4%   | 91,7%   | 90,8%     | 90,2%     |
| <b>Numero di lesioni individuate con test</b>                                                  | 801     | 1.139   | 1.490   | 2.176   | 2.982     | 3.997     |
| <b>Lesioni con istologia CIN2+ individuate ogni 1000 donne che hanno fatto lo screening **</b> | 8,6‰    | 6,2‰    | 10,5‰   | 4,8‰    | 4,9‰      | 5,6‰      |
| <b>Valore Predittivo Positivo</b>                                                              | 14,0%   | 14,5%   | 14,7%   | 13,1%   | 12,9%     | 13,5%     |

\*\* 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 che hanno fornito i dati sui test effettuati.

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

**Tabella 7.** Donne screenate con test HPV per fasce di età

| Fasce d'età | 2013-2015 | 2016-2018 | 2019  |
|-------------|-----------|-----------|-------|
| <25-34      | 8,6%      | 6,2%      | 10,5% |
| 35-44       | 25,7%     | 22,9%     | 28,7% |
| 45-54       | 33,9%     | 39,3%     | 35,0% |
| 55->65      | 31,8%     | 31,6%     | 25,9% |

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

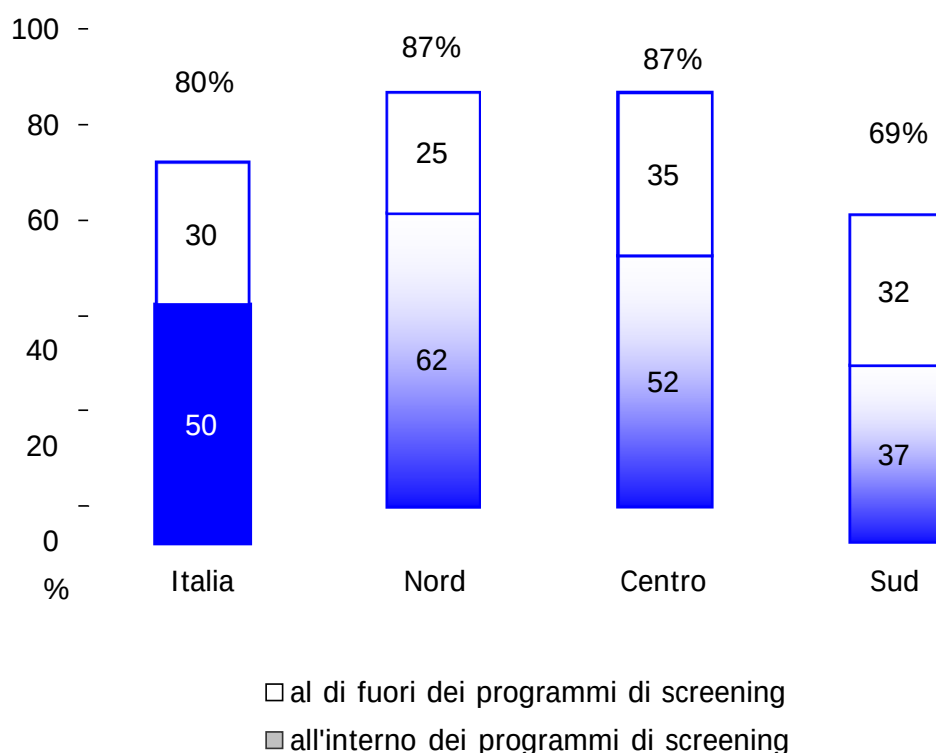
## Lo screening cervicale visto da “Passi”

Sulla base dei dati raccolti dal sistema di sorveglianza [Passi](#), si stima che in Italia nel 2017-2019 quattro donne 25-64enni su cinque (80%) abbiano eseguito un Pap test o un test dell'Hpv preventivo entro i tempi raccomandati.

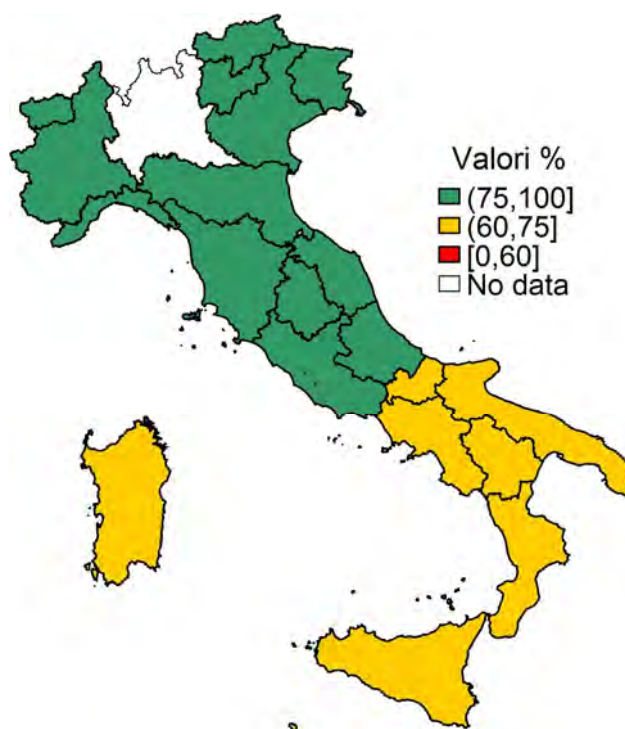
La copertura complessiva al test preventivo raggiunge valori elevati al Nord (87%) e al Centro (87%), mentre è più bassa al Sud (69%) (Figure 1 e 2). Tra le Regioni partecipanti al Passi sono presenti significative differenze (range: 60% Calabria - 90% P.A. Bolzano) (Figura 3).

Il sistema Passi informa sulla copertura al test complessiva, comprensiva sia della quota di donne che ha eseguito l'esame all'interno dei programmi di screening organizzati o di altre offerte gratuite delle Asl (vedi nota) sia di quella che lo ha eseguito al di fuori. Nello screening cervicale la quota al di fuori dei programmi di screening organizzati è rilevante e a livello nazionale è più della metà rispetto a quella all'interno degli screening organizzati (rispettivamente 30% e 50%). Sono presenti differenze significative tra le Regioni (range: 3% la Valle d'Aosta - 49% Lazio).

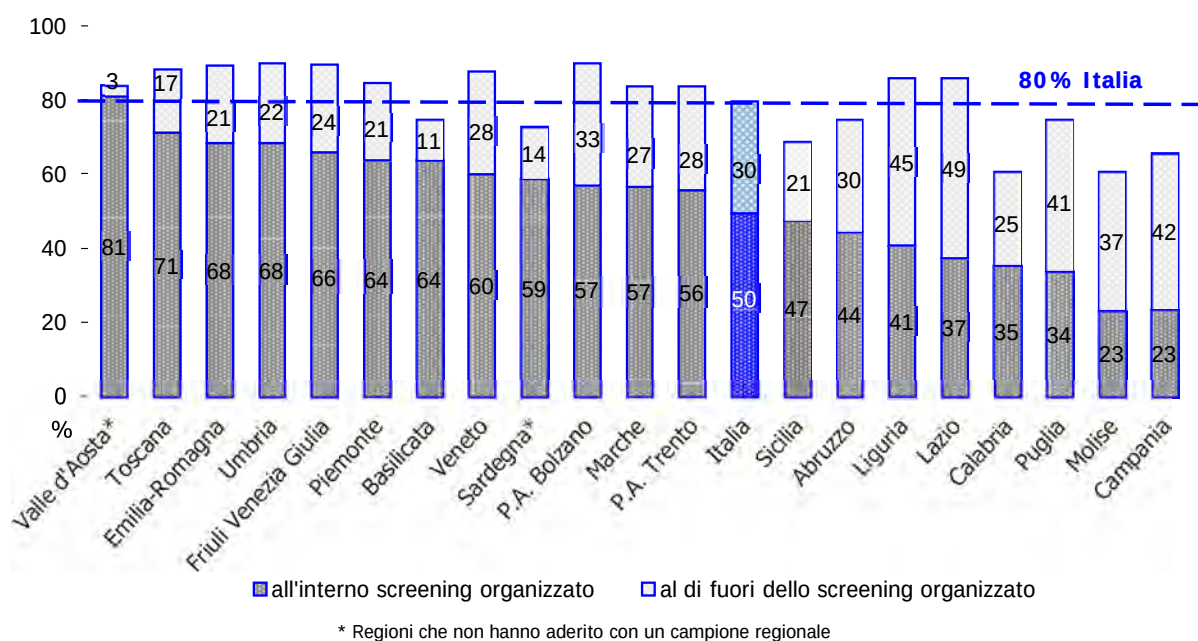
**Figura 1.** Copertura al test preventivo entro i tempi raccomandati. Donne 25-64enni (%). Passi 2017-2019 (n.38.150)



**Figura 2.** Copertura al test preventivo entro i tempi raccomandati. Donne 25-64enni (%). Passi 2017-2019 (n.38.150)



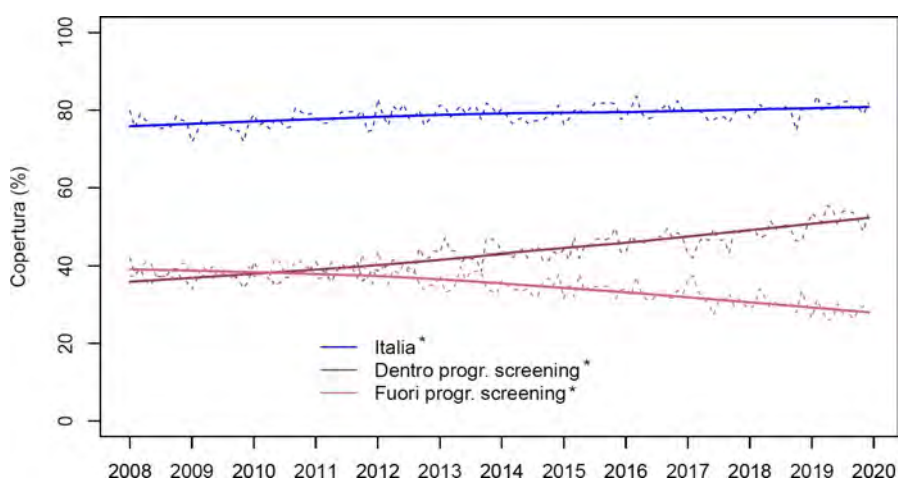
**Figura 3.** Copertura al test preventivo entro i tempi raccomandati. Donne 25-64enni (%). Passi 2017-2019 (n.38.150)



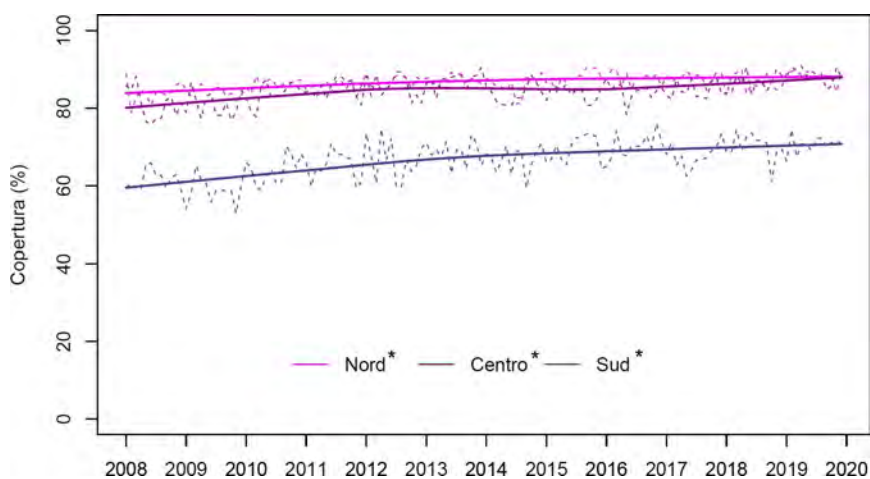
Nel periodo 2008-2019 la copertura è complessivamente in crescita. Questa tendenza si manifesta in tutte e tre le macro-aree del Paese, ed è più evidente nelle regioni del Sud. Tuttavia, pur mantenendosi un forte differenziale tra quest'ultime e quelle delle altre due ripartizioni, si assiste a una leggera riduzione della forbice.

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

**Figura 4.** Copertura al test preventivo all'interno o al di fuori dei programmi organizzati (%) Donne 25-64enni. Passi 2008-2019. \*  $p\text{-value} < 0,05$



**Figura 5.** Copertura al test preventivo all'interno o al di fuori dei programmi organizzati (%). Donne 25- 64enni. Passi 2008-2019. \*  $p\text{-value} < 0,05$

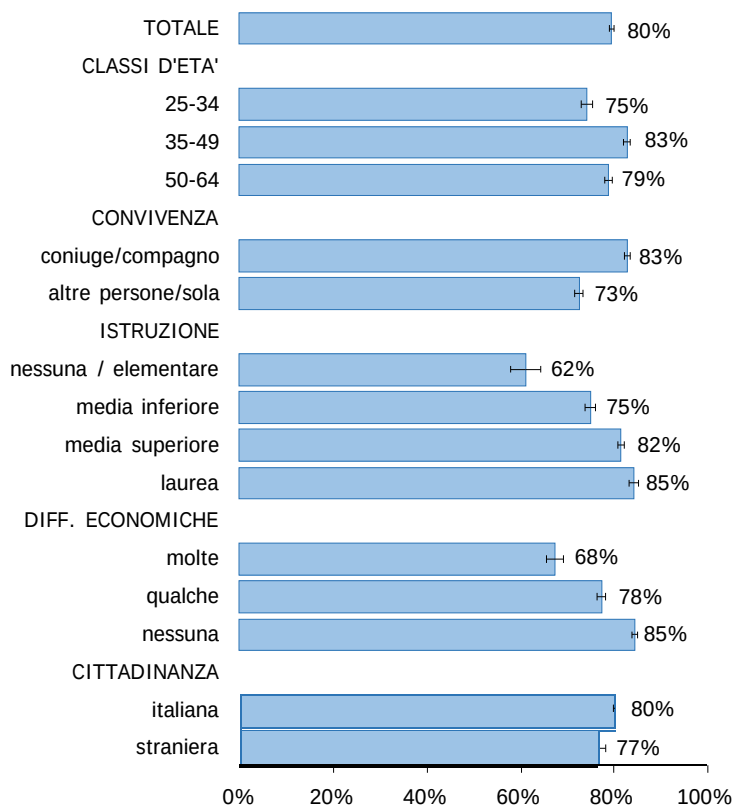


Più in dettaglio, la copertura è significativamente maggiore nelle donne 35-49enni, in quelle coniugate o conviventi, in quelle con un livello d'istruzione più elevato e in quelle senza difficoltà economiche riferite.

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

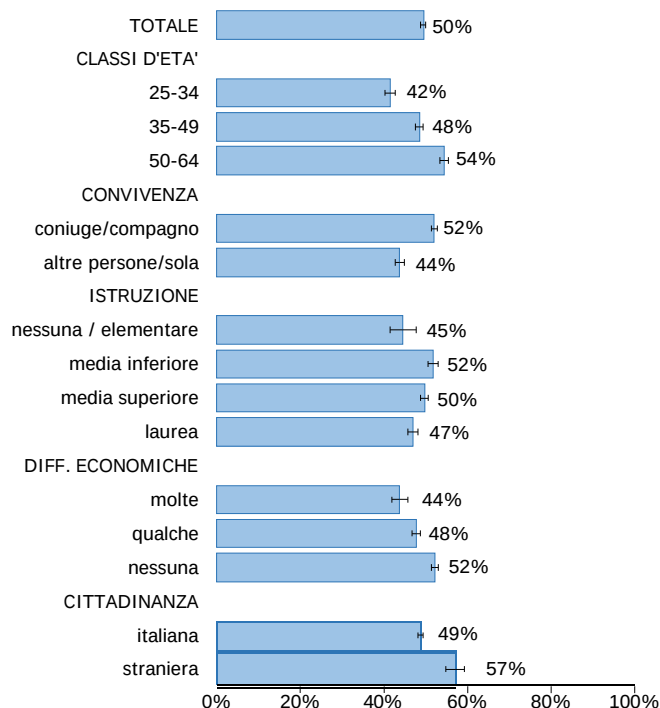
La copertura al test preventivo mostra diversi differenziali demografici e socio-economici (Figura 6), che sono tutti significativi anche all'analisi multivariata che corregge l'effetto delle singole variabili.

**Figura 6.** Copertura al test preventivo entro i tempi raccomandati per caratteristiche socio-demografiche. Donne 25-64enni (%). Passi 2017-2019

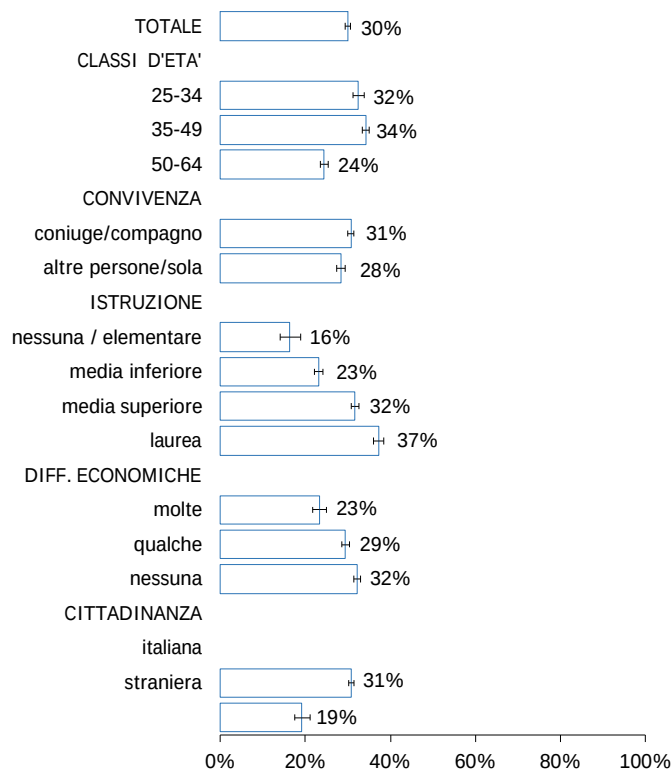


Se analizziamo separatamente questi differenziali demografici e socio-economici nella copertura agli esami per le donne che li hanno eseguiti nei programmi di screening organizzati, o di altre offerte gratuite delle Asl (Figura 7), da quelli osservabili nelle donne che li hanno eseguiti al di fuori (screening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

**Figura 7.** Copertura al test preventivo eseguito all'interno dei programmi di screening organizzati entro i tempi raccomandati, per caratteristiche socio-demografiche. Donne 25-64enni (%). Passi 2017-2019

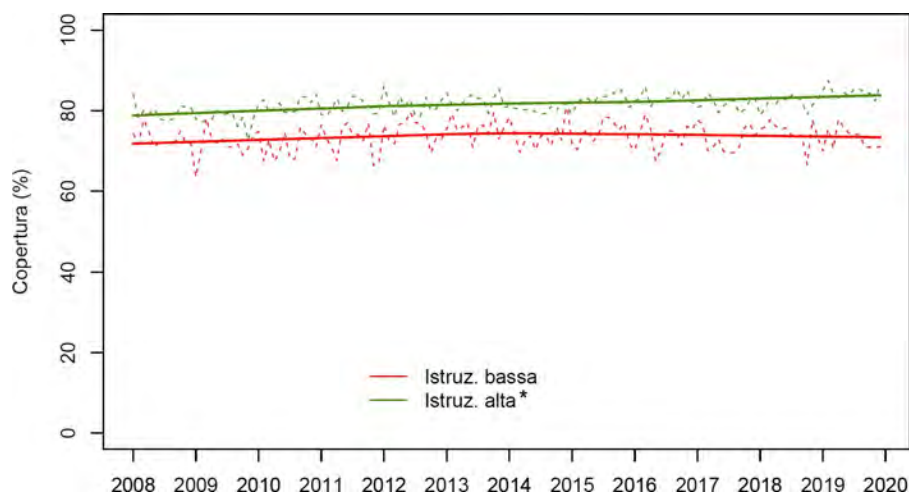


**Figura 8.** Copertura al test preventivo entro i tempi raccomandati eseguito fuori dei programmi di screening organizzati, per caratteristiche socio-demografiche. Donne 25-64enni (%). Passi 2017-2019

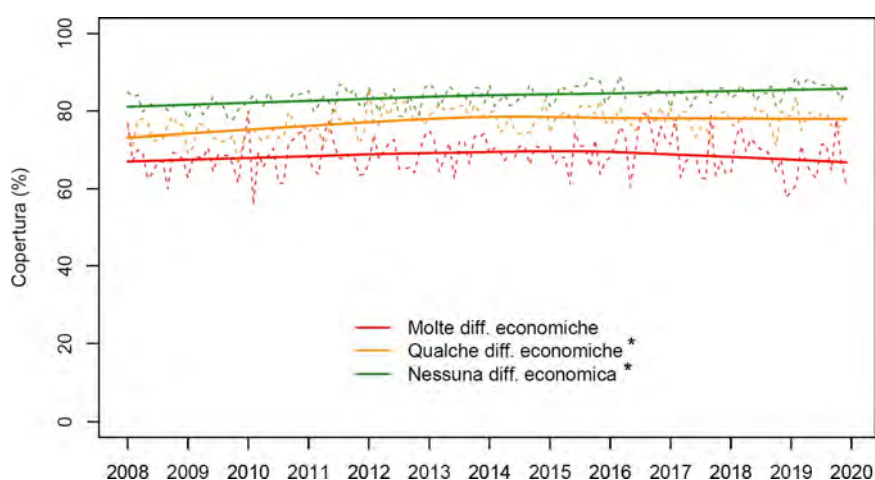


L'analisi dei trend temporali 2008-2019 mostra un leggero aumento nei differenziali di copertura per livello di istruzione (Figura 9) e in quello per difficoltà economica tra chi ha dichiarato molte difficoltà, anche se in maniera non significativa (Figura 10).

**Figura 9.** Copertura al test preventivo per livello di istruzione (%). Donne 25-64enni. Passi 2008-2019. \*  $p\text{-value}<0,05$



**Figura 10.** Copertura al test preventivo per difficoltà economiche (%). Donne 25-64enni. Passi 2008-2019. \*  $p\text{-value}<0,05$



#### Nota

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

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



## Lo screening coloretale

Dati di attività dal 2013 al 2019

Il numero di persone invitate dai programmi di screening coloretale nel 2019 è stato di circa 5 milioni e 920 mila persone, un valore sovrapponibile a quello registrato nel 2018. L'adesione all'invito è risultata di poco superiore al 40% (tabella 1). Questo dato, che rappresenta il valore medio nazionale, si compone di valori estremamente differenti che caratterizzano le macro-aree geografiche. Come riporta la tabella 2, infatti, l'adesione all'invito è maggiore al Nord (49%), intermedia al Centro (35%) e inferiore al Sud (26%).

Come illustra la tabella 1, le persone che effettivamente si sono sottoposte allo screening nei diversi bienni sono progressivamente aumentate e nel solo 2019 hanno raggiunto circa due milioni e 390 mila unità. Più del 20% delle persone positive al test per la ricerca del sangue occulto fecale non ha aderito alla successiva colonscopia di approfondimento. Poiché con un test positivo il rischio di carcinoma o adenoma avanzato (che possiede una più elevata probabilità di evoluzione verso la malignità) è molto alto (dal 25 al 30%) è essenziale sviluppare strategie efficaci di comunicazione del rischio, per garantire livelli elevati di adesione all'approfondimento.

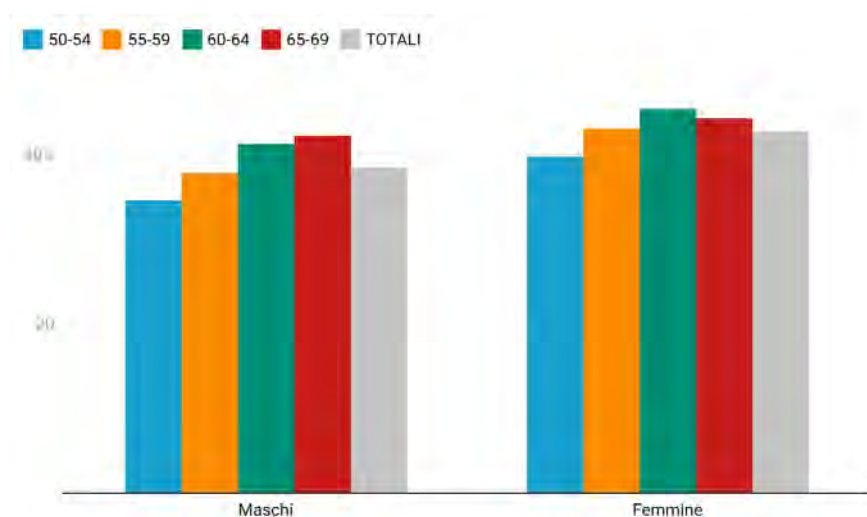
La resezione endoscopica è stata risolutiva per una quota importante di carcinomi, con un evidente impatto sulla qualità di vita delle persone interessate.

**Tabella 1.** Programmi con ricerca del sangue occulto fecale. Risultati principali 2013-2019

|                                                                                | 2013-14   | 2015-16    | 2017-18    | 2019      |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|------------|-----------|
| Numero di persone invitate                                                     | 9,213,413 | 10,957,047 | 12,188,310 | 5,921,032 |
| Adesione corretta all'invito                                                   | 45.5%     | 41.8%      | 42.1%      | 40.5%     |
| Numero di persone sottoposte a screening                                       | 4,195,715 | 4,579,040  | 4,923,646  | 2,388,525 |
| Proporzione di persone con test positivo                                       | 4.9%      | 4.9%       | 4.9%       | 5.2%      |
| Numero di persone con test positivo richiamate a colonscopia                   | 206,575   | 226,331    | 254,677    | 137,481   |
| Proporzione di aderenti all'approfondimento                                    | 78.1%     | 77.6%      | 76.5%      | 78.5%     |
| Numero di colonscopie totali                                                   | 161,301   | 175,737    | 194,777    | 105,592   |
| Proporzione di colonscopie complete                                            | 94.5%     | 97.3%      | 94.5%      | 96.8%     |
| Numero di carcinomi individuati                                                | 5,625     | 6,017      | 5,479      | 2,877     |
| Tasso di identificazione dei carcinomi (x 1000 sottoposti a screening)         | 1.3‰      | 1.3‰       | 1.1‰       | 1.1‰      |
| Numero di adenomi avanzati individuati                                         | 32,197    | 34,785     | 32,248     | 17,356    |
| Tasso di identificazione degli adenomi avanzati (x1000 sottoposti a screening) | 7.7‰      | 7.6‰       | 6.6‰       | 6.6‰      |
| Proporzione di tumori trattati con resezione endoscopica                       | 13.9%     | 14.5%      | 16.7%      | 14.6%     |

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

**Figura 1.** Programmi con ricerca del sangue occulto fecale. Adesione per età e sesso nel 2019



La tabella 2 mostra i principali indicatori di performance nelle tre macro-aree geografiche del Nord, Centro e Sud-Isole dal 2013 al 2019. È da sottolineare il ritardo al Sud-Isole per quanto riguarda la diffusione dei programmi e l'adesione da parte della popolazione. La quota di soggetti invitati allo screening è in progressiva, seppur graduale, crescita. I tassi di identificazione dei carcinomi e degli adenomi avanzati si stanno progressivamente riducendo sia nell'Italia settentrionale che nelle Regioni del Centro. Questo è dovuto al fatto che è via via maggiore la proporzione degli esaminati che in passato avevano già aderito allo screening (nel 2019, il 79% del totale al Nord, il 71% al Centro), una popolazione con una prevalenza di lesioni inferiore rispetto ai soggetti al primo episodio di screening. Nel 2019 questo andamento non ha trovato invece conferma nei programmi del Sud e Isole, dove vi sono realtà di nuova o recente attivazione. Inoltre, nelle aree con una bassa adesione all'invito, possono aver luogo fenomeni di auto-selezione degli aderenti, con una partecipazione maggiore da parte di persone con un rischio più elevato di patologia, per la presenza di una storia familiare o di altri fattori di rischio.

**Tabella 2.** Risultati dei programmi con ricerca del sangue occulto fecale per macro-area 2013-2019. Età 50-69 anni

| Area        | Periodo | Numero di persone screenate | Adesione all'invito | Proporzion ed i persone con test positivo | Tasso di identificazione dei carcinomi | Tasso di identificazione degli adenomi avanzati |
|-------------|---------|-----------------------------|---------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Nord        | 2013-14 | 2,942,544                   | 52.5%               | 4.6%                                      | 1.2‰                                   | 7.6‰                                            |
|             | 2015-16 | 2,957,396                   | 51.6%               | 4.6%                                      | 1.1‰                                   | 7.2‰                                            |
|             | 2017-18 | 3,306,845                   | 51.0%               | 4.5%                                      | 1.0‰                                   | 6.7‰                                            |
|             | 2019    | 1,501,285                   | 49.4%               | 4.9%                                      | 1.0‰                                   | 6.6‰                                            |
| Centro      | 2013-14 | 806,716                     | 38.3%               | 5.2%                                      | 1.6‰                                   | 8.4‰                                            |
|             | 2015-16 | 957,639                     | 35.6%               | 5.1%                                      | 1.9‰                                   | 9.9‰                                            |
|             | 2017-18 | 1,182,173                   | 35.5%               | 5.0%                                      | 1.3‰                                   | 7.7‰                                            |
|             | 2019    | 532,908                     | 34.8%               | 5.1%                                      | 1.1‰                                   | 6.8‰                                            |
| Sud - Isole | 2013-14 | 446,455                     | 27.8%               | 6.5%                                      | 2.1‰                                   | 7.1‰                                            |
|             | 2015-16 | 535,610                     | 23.9%               | 6.2%                                      | 1.9‰                                   | 7.4‰                                            |
|             | 2017-18 | 608,494                     | 27.3%               | 6.5%                                      | 1.8‰                                   | 5.2‰                                            |
|             | 2019    | 311,532                     | 25.7%               | 7.9%                                      | 2.1‰                                   | 6.9‰                                            |

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 2019 si è osservato un leggero ulteriore peggioramento della performance relativa al tempo di attesa per l'esecuzione della colonscopia (tabella 3). Il dato medio nazionale, che si pone su un livello molto lontano dallo standard di riferimento del GISCoR, sottende una situazione problematica in quasi tutte le Regioni.

**Tabella 3.** Tempo di attesa per la colonscopia dei programmi con ricerca del sangue occulto fecale 2013-2019

|                                                                                         | 2013-14 | 2015-16 | 2017-18 | 2019 | Standard accettabile GISCoR |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|---------|------|-----------------------------|
| Percentuale di persone che eseguono l'approfondimento entro 30 giorni dal test positivo | 44%     | 45%     | 43%     | 42%  | >90%                        |

## Rettosigmoidoscopia: la prevenzione a intervalli lunghi

I nove programmi di screening coloretale del Piemonte utilizzano come test di screening la rettosigmoidoscopia e complessivamente nel 2019 hanno esaminato poco meno di 17,000 persone (tabella 4).

L'adesione media all'invito è stata del 23%. In caso di mancata adesione alla rettosigmoidoscopia, è previsto un invito a sottoporsi al test per la ricerca del sangue occulto fecale. Nel 2019 questa proposta ha portato a un incremento modesto di adesione da parte della popolazione target, con un valore cumulativo (28.5%) nettamente inferiore rispetto agli anni precedenti.

La quota di inviti ad approfondimento si pone stabilmente su livelli superiori allo standard di riferimento. Nel 2019, solo in metà dei casi il richiamo era dovuto alla presenza di adenomi avanzati, che costituiscono la categoria diagnostica per cui è documentato un aumento sostanziale del rischio di lesioni avanzate nel colon prossimale.

Gli altri indicatori sono in linea con gli standard; in particolare va evidenziato il tasso di identificazione degli adenomi, che è circa sei volte maggiore rispetto ai programmi con sangue occulto, a indicare l'elevato potenziale di prevenzione di questa strategia di screening.

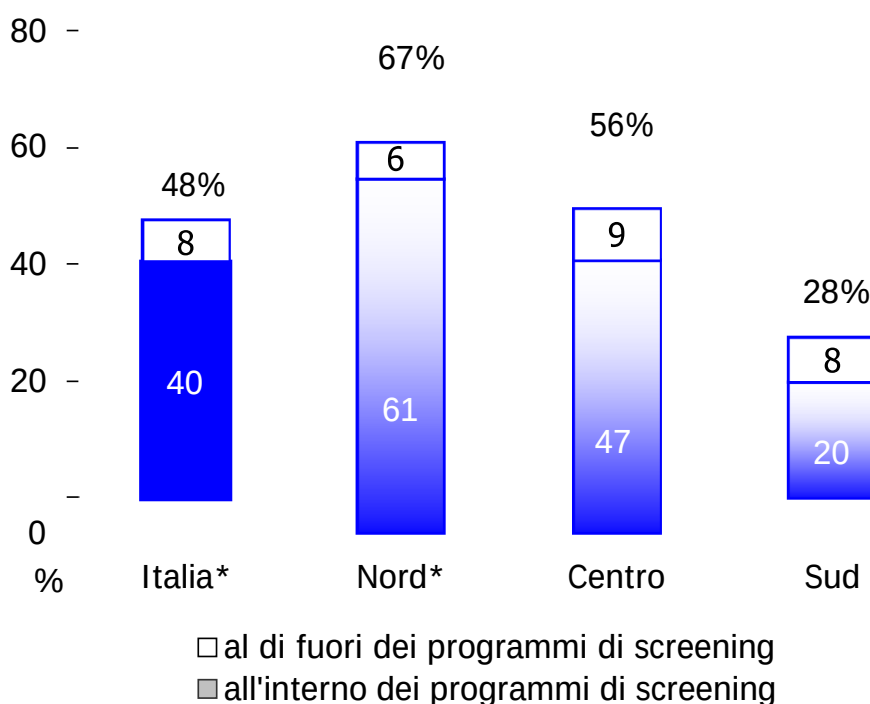
**Tabella 4.** Programmi con rettosigmoidoscopia. Risultati principali dal 2015 al 2019

|                                                                                    | 2015   | 2016   | 2017   | 2018   | 2019   | Standard accettabile GISCoR |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------------------------|
| Numero di persone invitate                                                         | 49,641 | 59,190 | 60,110 | 68,893 | 68,417 |                             |
| Adesione corretta all'invito                                                       | 24.0%  | 24.1%  | 24.5%  | 23.3%  | 23.0%  | >45%                        |
| Adesione a rettosigmoidoscopia o al test per la ricerca del sangue occulto fecale  | 36.3%  | 38.0%  | 34.7%  | 39.8%  | 28.5%  |                             |
| Numero di persone sottoposte a screening                                           | 11,988 | 14,538 | 15,637 | 15,696 | 16,848 |                             |
| Proporzione di persone con test positivo                                           | 10.6%  | 11.2%  | 11.2%  | 11.8%  | 11.6%  | <8%                         |
| Numero di persone richiamate a colonscopia                                         | 1,268  | 1,629  | 1,751  | 1,856  | 1,941  |                             |
| Proporzione di aderenti all'approfondimento                                        | 87.9%  | 86.4%  | 83.8%  | 86.3%  | 77.6%  | >90%                        |
| Numero di carcinomi individuati                                                    | 43     | 47     | 35     | 48     | 39     |                             |
| Tasso di identificazione dei carcinomi<br>(x 1000 sottoposti a screening)          | 3.6‰   | 3.2‰   | 2.2‰   | 2.9‰   | 2.3‰   | >3‰                         |
| Numero di adenomi avanzati individuati                                             | 558    | 686    | 714    | 759    | 699    |                             |
| Tasso di identificazione degli adenomi avanzati<br>(x 1000 sottoposti a screening) | 46.5‰  | 47.2‰  | 45.7‰  | 48.4‰  | 41.5‰  | >35‰                        |
| Proporzione di tumori trattati con resezione endoscopica                           | n.d.   | 58,3%  | 31,4%  | 31,6%  | n.d.   | non definito                |

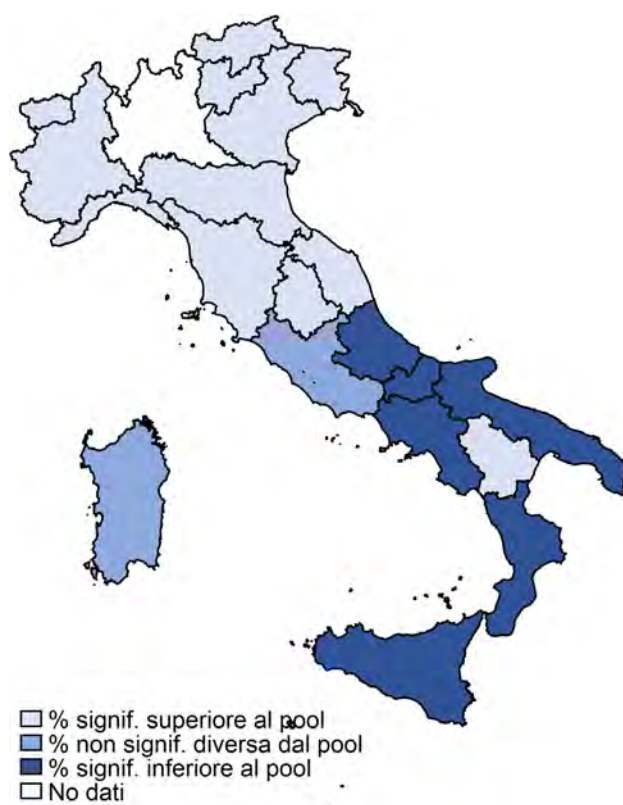
## Lo screening coloretale visto da “Passi”

Sulla base dei dati raccolti dal sistema di sorveglianza [Passi](#), si stima che in Italia nel triennio 2017- 2019 il 48% delle persone intervistate nella fascia di età 50-69 anni abbia eseguito un esame a scopo preventivo per la diagnosi precoce dei tumori del colon retto: sangue occulto negli ultimi 2 anni o colonscopia negli ultimi 5 anni. (Il dato relativo al Piemonte viene calcolato con un algoritmo apposito che tiene conto delle diverse modalità di organizzazione dello screening: rettosigmoidoscopia a 58 anni o in alternativa ricerca del sangue occulto ogni due anni nella fascia 59-69 anni). La copertura per la diagnosi precoce dei tumori colorettali mostra un marcato gradiente geografico: 67% al Nord, 56% al Centro e 28% al Sud (Figure 1 e 2), con significative differenze regionali (range: 11% Puglia - 76% Veneto).

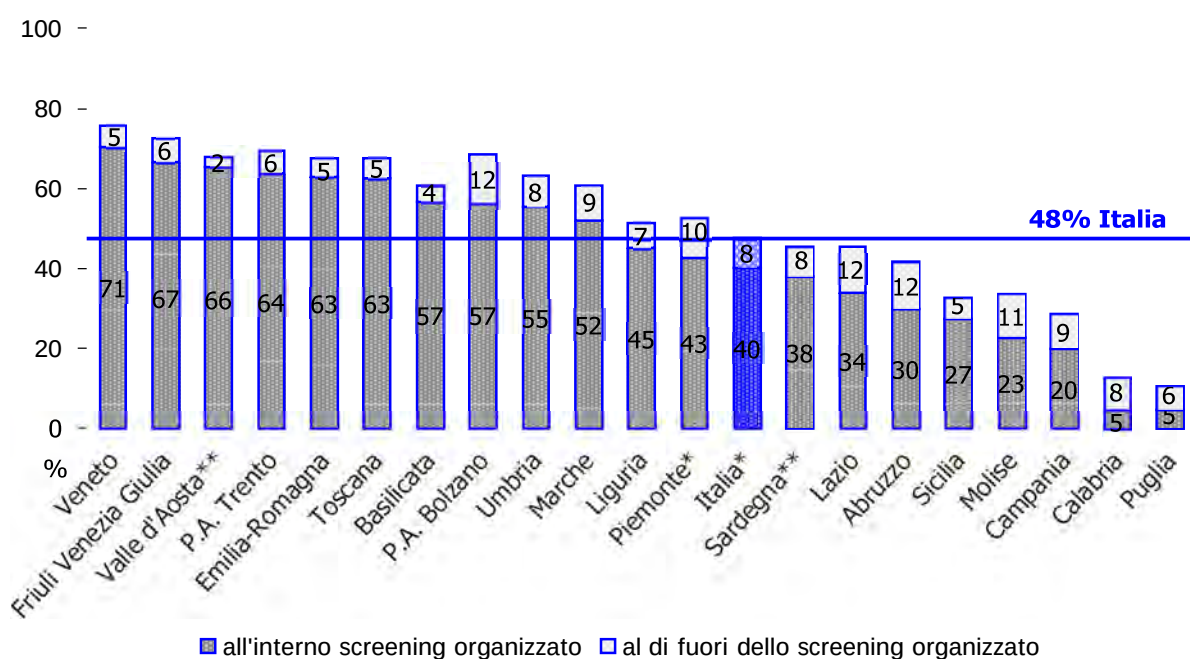
**Figura 1.** Esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati (%). Persone 50-69enni. Passi 2017-2019 (n. 36.368)



**Figura 2.** Esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati (%). Persone 50-69enni. Passi 2017-2019 (n. 36.368)



**Figura 3.** Esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati (%). Persone 50-69enni Passi 2017-2019, (n.36.368)



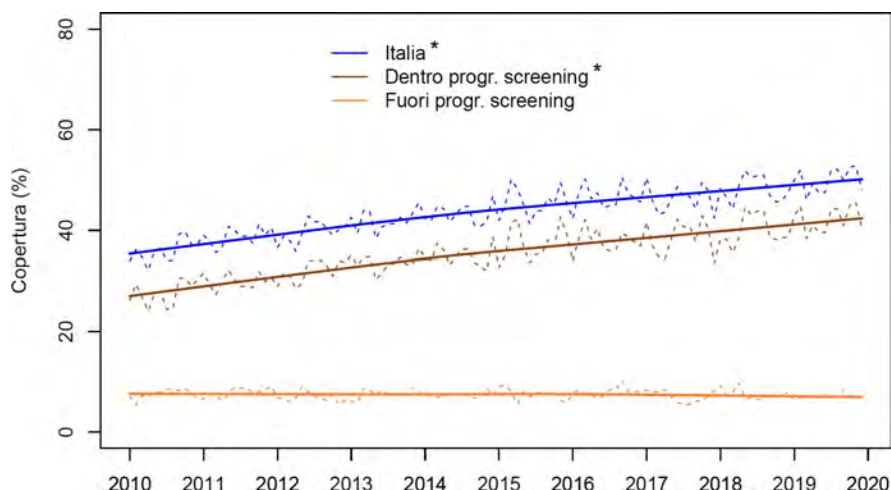
\* Il dato relativo al Piemonte viene calcolato con un algoritmo apposito che tiene conto delle diverse modalità di organizzazione dello screening (rettosigmoidoscopia a 58 anni o in alternativa ricerca del sangue occulto ogni due anni nella fascia 59-69 anni)

\*\* Regioni che non hanno aderito con un campione regionale.

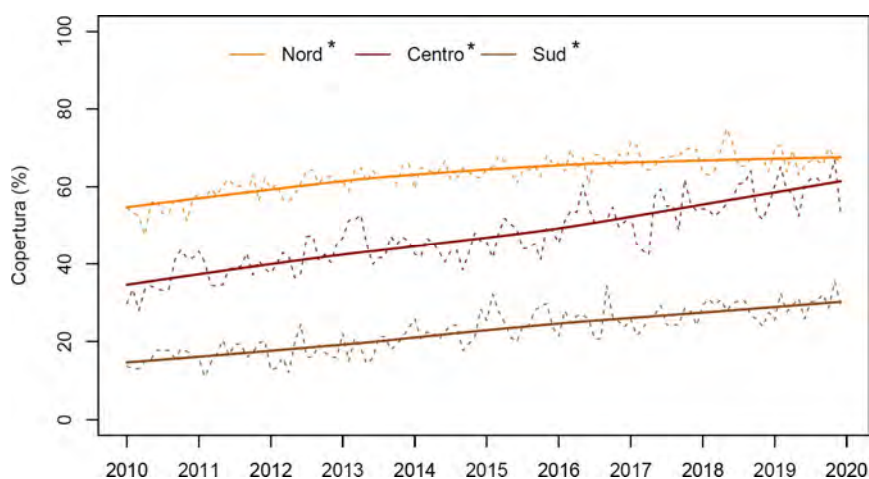
Nel corso degli anni 2010-2019 la percentuale di persone che hanno riferito un esame per la prevenzione dei tumori colorettali appare complessivamente in aumento (andamento statisticamente significativo). Una crescita che risulta più evidente nelle regioni del Centro, con una conseguente riduzione del differenziale con quelle del Nord, il cui andamento sembrerebbe essersi stabilizzato negli ultimi due anni. Al Sud la crescita risulta più forte dal 2016 (Figura 5).

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

**Figura 4.** Esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati\*\* all'interno o al di fuori dei programmi di screening organizzati (%). Persone 50-69enni. Passi 2010-2019. \*  $p\text{-value} < 0,05$ .



**Figura 5.** Esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati\*\* per ripartizione geografica (%) Persone 50-69enni Passi 2010-2019\*  $p\text{-value} < 0,05$

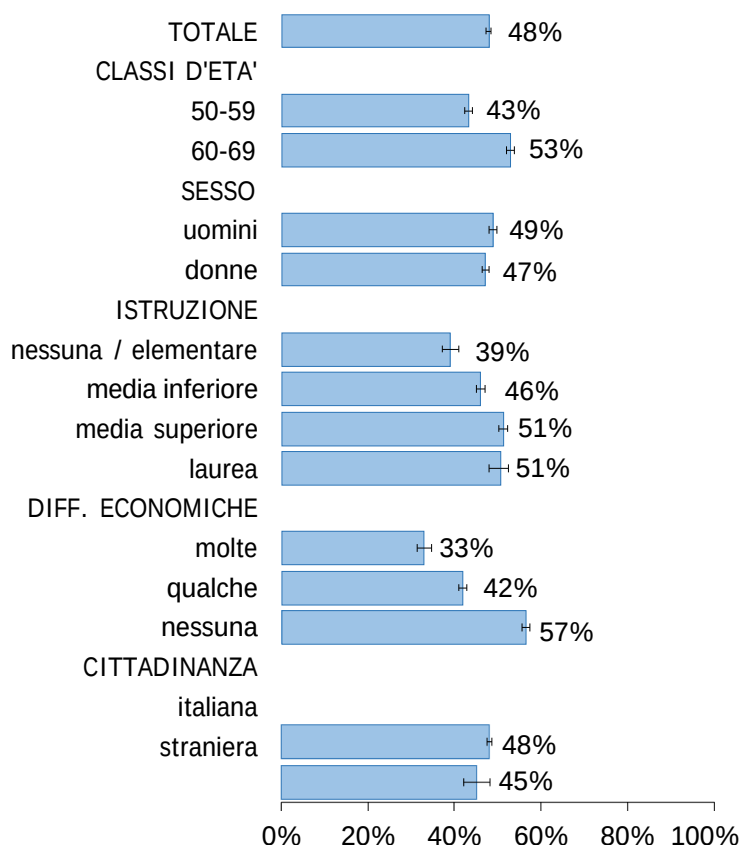


\*\* Il dato relativo al Piemonte viene calcolato con un algoritmo apposito che tiene conto delle diverse modalità di organizzazione dello screening (rettosigmoidoscopia a 58 anni o in alternativa ricerca del sangue occulto ogni due anni nella fascia 59-69 anni)

La copertura al test preventivo mostra diversi differenziali demografici e socio-economici (Figura 6), più in dettaglio: la copertura è significativamente maggiore nelle persone 60-69enni, in quelle con un livello d'istruzione più elevato e in quelle senza difficoltà economiche riferite, differenze che risultano essere significative anche sul piano statistico.

La copertura è inoltre leggermente più elevata tra gli uomini e risulta più alta tra i cittadini italiani o provenienti da altri Paesi a sviluppo avanzato (Psa) rispetto agli stranieri provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (Pfpm). Differenze che non risultano essere significative dall'analisi multivariata.

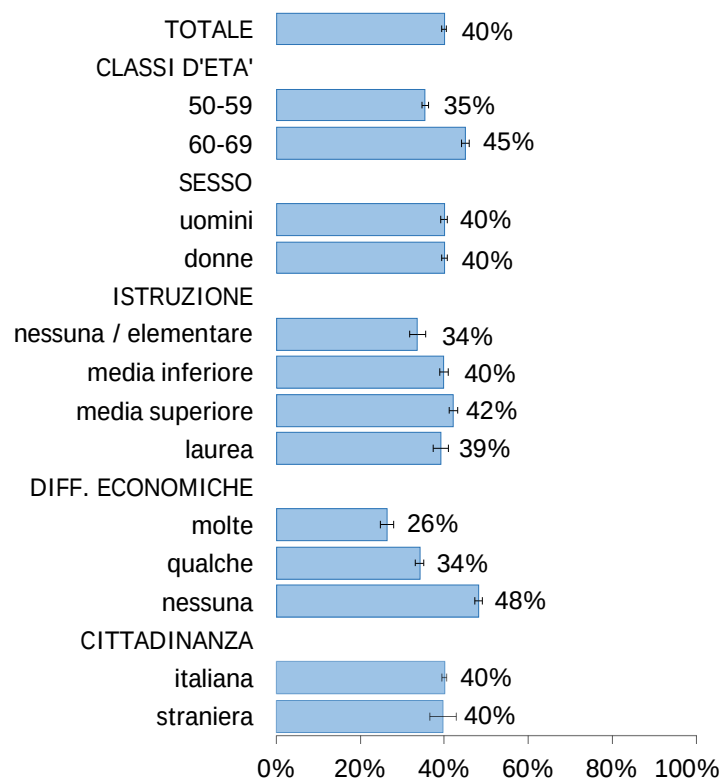
**Figura 6.** Copertura agli esami per la prevenzione dei tumori colorettali entro i tempi raccomandati per caratteristiche socio-demografiche Persone 50-69enni (%). Passi 2017-2019



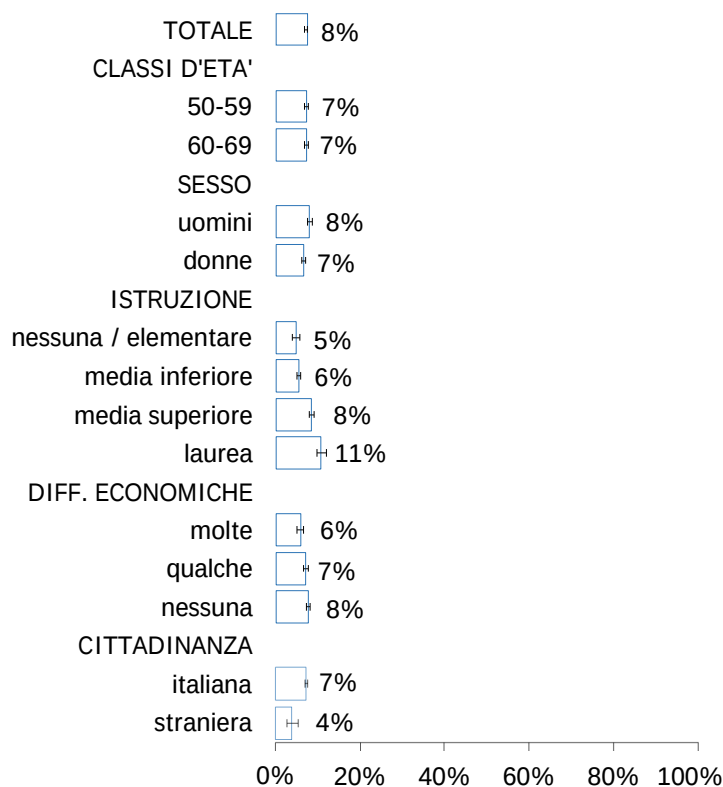
Se analizziamo separatamente questi differenziali demografici e socio-economici nella copertura agli esami per le persone che li hanno eseguiti nei programmi di screening organizzati, o di altre offerte gratuite delle Asl (Figura 7), da quelli osservabili nelle persone che li hanno eseguiti al di fuori (screening spontaneo) (Figura 8), registriamo forti disparità in questo secondo gruppo per cittadinanza e per livello d'istruzione mentre nel primo risultano evidenti le differenze per classe d'età e differenze economiche riferite.



**Figura 7.** Copertura agli esami per la prevenzione dei tumori colo rettali nei tempi raccomandati all'interno dei programmi di screening organizzati (%) Persone 50-69enni. Passi 2017-2019

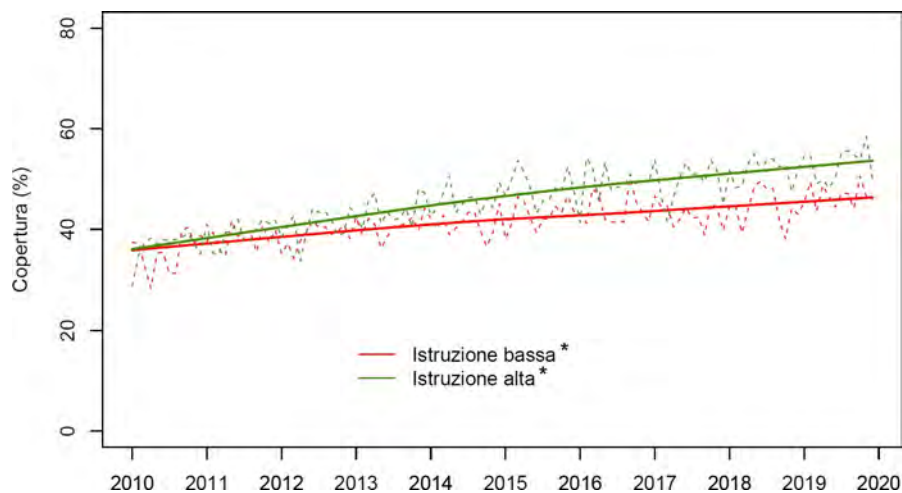


**Figura 8.** Copertura agli esami per la prevenzione dei tumori colo rettali nei tempi raccomandati\* fuori dai programmi di screening organizzati (%) Persone 50-69enni. Passi 2017-2019



L'analisi dei trend temporali 2010-2019 mostra un aumento nel differenziale di copertura per livello di istruzione e un leggero peggioramento tra chi riferisce molte difficoltà economiche (Figure 9 e 10).

Figura 9. Copertura agli esami per la prevenzione dei tumori colo rettali per livello di istruzione (%) Persone 50-69enni. Passi 2010-2019. \*  $p\text{-value} < 0,05$



**Figura 10.** Copertura agli esami per la prevenzione dei tumori colo rettali per difficoltà economiche (%) Persone 50-69enni. Passi 2010-2019. \*  $p\text{-value} < 0,05$

