

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

Quarto Rapporto al 31 Maggio 2021

A cura del Gruppo di lavoro ONS

Paola Mantellini, Patrizia Falini, Giuseppe Gorini, Francesca Battisti, Priscilla Sassoli de Bianchi, Paola Armaroli, Jessica Battagello, Paolo Giorgi Rossi, Pamela Giubilato, Carlo Senore, 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 specifiche indagini per misurare quantitativamente il ritardo accumulato e le capacità di recupero dei programmi in ogni Regione. Le 3 indagini quantitative finora condotte hanno monitorato l'andamento dei programmi di screening a livello regionale confrontando specifici periodi del 2020 con gli analoghi del 2019. La quarta indagine, presentata in questo rapporto, è un aggiornamento delle precedenti e analizza l'andamento dei ritardi dal 1° gennaio 2020 al 31 maggio 2021. 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 2020 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

Come le precedenti, anche la quarta survey è stata condotta mediante invio di una scheda ad hoc a tutti i coordinamenti regionali dei programmi di screening oncologici. Lo scopo della survey è stato quello di analizzare il numero di inviti e di esami fatti durante il periodo pandemico confrontandoli con un periodo pre-pandemico. Relativamente a questa quarta indagine, in seno all'ONS si è deciso di confrontare inviti e test di screening effettuati in un arco temporale di 17 mesi confrontando il periodo dal 1° gennaio 2020 al 31 maggio 2021 con un analogo periodo di riferimento stimato a partire dai dati 2019. In sostanza il periodo pre-pandemico è stato ottenuto aggiungendo agli inviti ed esami effettuati nei 12 mesi del 2019 quelli effettuati nei primi 5 mesi dell'anno stesso, conteggiandoli di fatto due volte. Tale periodo nel testo e nelle tabelle sarà riportato con la notazione "periodo standard di riferimento stimato relativo al 2019".

Anche questa rilevazione si riferisce alla popolazione target oggetto dell'intervento a meno che non precisato diversamente nel testo. Analogamente alle indagini precedenti, in questa survey 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 del periodo precedente. Tale parametro si ottiene moltiplicando la proporzione di test in meno effettuati nel 2020-2021, in un certo intervallo di tempo, per il numero di mesi che compongono il periodo. Questa misura fornisce anche il ritardo diagnostico medio delle lesioni che verranno diagnosticate allo screening, assumendo che non vi siano salti nell'ordine del reinvio e che non subentrino ritardi ulteriori.

Anche in questa indagine si è stimato il deficit di lesioni diagnosticate a fine maggio 2021 rispetto al periodo corrispondente per il 2019. La stima è stata ottenuta applicando al numero di soggetti esaminati in meno i tassi di identificazione regione-specifici (DRx1000 persone esaminate) 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'ONS più recenti: per lo screening mammografico e coloretale, in analogia ai report precedenti, sono stati utilizzati i DR medio 2016-2018 tranne che per alcune regioni in cui si è utilizzato il periodo precedente disponibile. Inoltre, relativamente

al colon retto, per il Molise è stato applicato il dato di macroarea sud-isole perché il dato regionale è estremamente fluttuante tra un anno e l'altro. Anche per la Puglia è stato applicato il dato di macroarea sud-isole. Per quanto attiene allo screening cervicale è stato applicato il valore di DR relativo al 2017. Relativamente al Molise, analogamente ai due programmi precedenti, si segnala l'estrema fluttuazione del dato.

È opportuno ricordare che le modalità di invito tra i due periodi esaminati sono state differenti: nel 2019 il contatto è avvenuto tramite lettera di invito postale con appuntamento prefissato, mentre nel 2020, specialmente nella prima fase post picco pandemico, il contatto è avvenuto anche o solo tramite chiamata telefonica o sms. Nei mesi successivi si è tentato di tornare alla normalità ripristinando l'invito postale con appuntamento prefissato, ma numerose sono le realtà che ancora oggi utilizzano un invito senza appuntamento prefissato. È stato quindi 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 2020-maggio 2021 rispetto all'atteso in base ai dati del 2019 in ogni Regione, per ciascuno dei tre screening;
2. il ritardo cumulato (in numeri assoluti e in %) nel periodo gennaio 2020-maggio 2021 rispetto al periodo di riferimento del 2019 in ogni Regione per ciascuno dei tre screening;
3. il ritardo cumulato (in mesi standard) nel numero di esami nel periodo gennaio 2020-maggio 2021 rispetto al periodo di riferimento del 2019 in ogni Regione per ciascuno dei tre screening;
4. la stima del numero di lesioni diagnosticate in meno nel periodo gennaio 2020-maggio 2021 rispetto al periodo standard di riferimento stimato relativo al 2019.

Inoltre, anche al fine di tenere conto dell'andamento dei programmi regionali nel 2019, per ogni programma di screening e per ogni Regione è riportato, in grafico, il confronto 2019-2020 dell'indicatore Livello Essenziale di Assistenza (LEA) di copertura ovvero la proporzione di persone che hanno effettuato il test di screening sulla popolazione target dello specifico periodo di rilevazione. Si ricorda che la modalità di calcolo del LEA è leggermente diversa da quella adottata per la survey COVID in quanto il numeratore dell'indicatore LEA si basa sugli esami effettuati in seguito a inviti avvenuti nell'anno indice, mentre la survey COVID si basa sugli esami eseguiti nell'anno in esame a prescindere dall'anno di invito. Infine, come per le survey precedenti, 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. Quest'ultimo dato è riportato solo come complessivo per l'Italia con specifiche segnalazioni per alcune Regioni.

Risultati

Hanno contribuito a questa quarta survey tutte le 21 Regioni o Province Autonome. In alcune specifiche situazioni i dati fanno riferimento solo a una parte delle Aziende USL coinvolte. 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). È 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 a 3, risultano come popolazione in meno da invitare nel 2020 rispetto al 2019. Così come richiesto nella scheda di rilevazione alcune Regioni/PA hanno riportato la riduzione attesa di inviti e di test di screening di primo livello che ne deriva (PA Trento -35%, Veneto -20%, Piemonte -5%, Emilia Romagna -25%, Toscana -7%, Lazio -9%, Molise -20%). Quindi una parte della riduzione di attività registrata nel corso dei 17 mesi esaminati non è, in realtà, da recuperare; lo stesso effetto, infatti, si può avere anche per la popolazione da invitare nel 2021. Inoltre, è bene tenere presente che in alcune Regioni (o in alcuni programmi) nel 2019 il numero di inviti è stato più alto della popolazione bersaglio annuale: ciò è dovuto al fatto che le utenti che non avevano risposto al precedente e primo round HPV primario sono stati reinvitate dopo 3 anni.

La **tabella 1** riporta il numero e la percentuale di donne in fascia di età 25-64 anni invitate/contattate nel periodo gennaio 2020-maggio 2021 rispetto al periodo standard di riferimento stimato relativo al 2019. I valori sono complessivi per l'Italia e per Regione. Complessivamente, nel periodo in esame, si osserva una riduzione rispetto all'anno precedente di oltre un milione e mezzo di inviti (1.575.164) pari a una riduzione percentuale del 28,4% (range dal +22,7% dell'Umbria al -72,2% della Basilicata, il valore del +116,6% del Molise non può essere confrontato con quello delle altre Regioni date le specificità organizzative di questa Regione).

La **tabella 2** riporta il numero e la percentuale di donne esaminate in meno, il numero di lesioni CIN2+ diagnosticate in meno e il numero di mesi standard di ritardo accumulati. Il numero di persone esaminate in meno rispetto al periodo standard di riferimento è complessivamente 784.760, pari a una riduzione del 35,6%. Ci sono ampie oscillazioni fra le Regioni (da +44,1% della PA Bolzano al -74,7% della Basilicata). Relativamente alla PA Bolzano, si segnala che nel periodo gennaio-maggio 2021 si è registrato un numero di adesioni fortemente superiore all'analogo periodo standard di riferimento stimato relativo al 2019 a fronte di un numero di inviti del tutto simile tra i due periodi. Se si esprime il dato in mesi standard di ritardo il valore complessivo italiano è di 6 mesi con un'ampia variabilità tra le Regioni di cui alcune in evidente sofferenza (Basilicata e Lombardia registrano 12 mesi standard di ritardo).

Sempre relativamente al valore complessivo italiano, confrontando la riduzione degli inviti con quella dei test erogati è possibile stimare la propensione alla partecipazione che mette in evidenza una riduzione relativa tra i due periodi in esame del 20%. Nell'ambito di questo indicatore Regioni come Lazio, Liguria, Marche, Molise, Sicilia, PA Trento, Umbria e Valle D'Aosta presentano riduzioni relative superiori al 30%.

In merito alle lesioni CIN2+ perse il numero stimato è pari a 3.504 (da -8 della Valle D'Aosta a -727 del Piemonte).

La valutazione del percorso di screening in qualità di LEA è monitorata dal Ministero della salute attraverso alcuni indicatori, tra cui quello LEA che esprime la proporzione di donne che hanno effettuato il test di screening di primo livello (Pap test e test HPV) sul totale della popolazione target. In questo report vengono messi a confronto i valori dell'indicatore per il 2019 e il 2020 (Figura 1). In linea con la survey quantitativa condotta ad hoc, il grafico evidenzia, rispetto al 2019, una riduzione del valore dell'indicatore 2020 per quasi tutte le Regioni a eccezione della PA Bolzano e della Regione Umbria. Per alcune Regioni la riduzione appare molto contenuta e testimonia quindi che vi è stata una rilevante capacità di recupero dei ritardi, mentre per altre e in particolare le Regioni del Sud e Isole, che spesso non hanno raggiunto valori accettabili neanche nel 2019, le differenze esprimono notevoli difficoltà nella capacità di ripresa.

Tabella 1. Screening cervicale. Confronto del periodo gennaio 2020 - maggio 2021 con periodo standard di riferimento stimato relativo al 2019: differenza in numero assoluto e in percentuale di **donne invitate/contattate** (fascia di età 24-64 anni).

Donne invitate/contattate in meno gennaio 2020 - maggio 2021		
Regione	n. assoluto	%
Abruzzo	3.435	3,4%
Basilicata [^]	-32.355	-72,2%
Bolzano PA	-6.126	-7,9%
Campania	-339.252	-62,4%
Calabria	-37.081	-46,8%
Emilia Romagna	-136.340	-30,2%
FVG	-39.262	-28,6%
Lazio	-34.930	-5,3%
Liguria	-26.381	-14,5%
Lombardia	-160.463	-60,2%
Marche	-38.381	-21,1%
Molise	12.220	116,6%
Piemonte	-156.644	-35,2%
Puglia	-229.514	-49,5%
Sardegna	-74.971	-44,6%
Sicilia	-47.902	-7,4%
Trento PA	-12.992	-22,8%
Toscana	-100.971	-22,3%
Umbria	16.609	22,7%
Valle d'Aosta	-1.896	-14,7%
Veneto	-131.967	-27,2%
ITALIA	-1.575.164	-28,4%

[^] per la regione Basilicata non è noto il periodo gennaio-maggio 2019, pertanto la stima 2019 è stata effettuata considerando 5/12 dell'attività annuale

Tabella 2. Screening cervicale. Confronto del periodo gennaio 2020 - Maggio 2021 con periodo standard di riferimento stimato relativo al 2019: differenza in numero assoluto e in percentuale di donne esaminate (fascia 25-64 anni), stima del **numero di lesioni CIN2+ diagnosticate** in meno e ritardo accumulato in mesi standard.

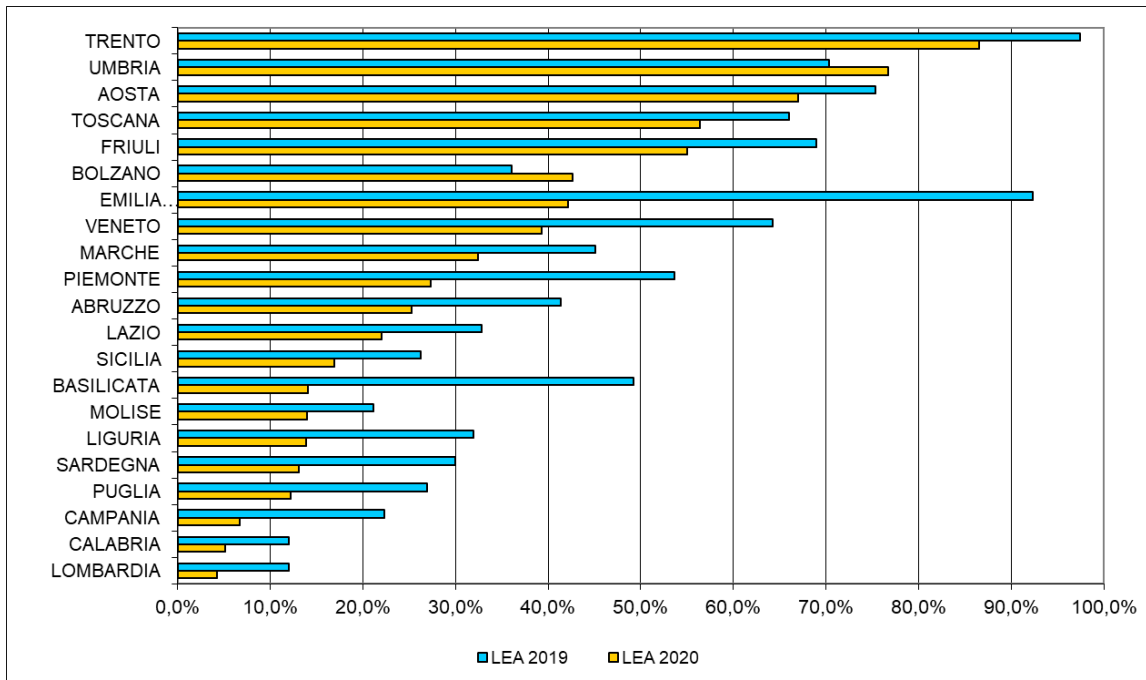
Regione	Esami in meno gennaio 2020 - maggio 2021	Esami in meno gennaio 2020 - maggio 2021	Tassi di identificazione attesi CIN2+	N. lesioni CIN2+ in meno*	Ritardo accumulato in mesi standard
	(n.)	(%)	(x 1000 esaminate)		
Abruzzo	-14.998	-35,4%	5,7	-85	-6,0
Basilicata	-18.961	-74,7%	1,8	-34	-12,7
Bolzano PA	10.561	44,1%	ND	NC	7,5
Campania	-62.295	-52,2%	2,0	-125	-8,9
Calabria	-13.406	-53,6%	10,0	-134	-9,1
Emilia Romagna	-76.850	-29,1%	5,2	-403	-5,0
FVG	-27.691	-31,6%	4,9	-136	-5,4
Lazio	-59.825	-33,5%	4,4	-262	-5,7
Liguria	-22.028	-39,8%	5,4	-119	-6,8
Lombardia	-88.056	-71,0%	3,8	-336	-12,1
Marche	-34.682	-38,7%	2,8	-98	-6,6
Molise	-1.697	-35,7%	1,0	-2	-6,1
Piemonte	-113.659	-49,5%	6,4	-727	-8,4
Puglia	-44.730	-32,8%	0,4	-17	-5,6
Sardegna	-26.643	-41,0%	5,1	-136	-7,0
Sicilia	-56.545	-38,6%	1,8	-104	-6,6
Trento PA	-14.598	-36,6%	5,2	-76	-6,2
Toscana	-40.095	-17,4%	6,4	-257	-3,0
Umbria°	-1.791	-3,2%	12,3	-22	-0,5
Valle d'Aosta	-2.559	-27,1%	3,0	-8	-4,6
Veneto	-74.212	-29,2%	4,3	-323	-5,0
ITALIA	-784760	-35,6%	4,5	-3504	-6,0

*Totale Italia per somma

ND: non disponibile

NC: non calcolabile

Figura 1. Screening cervicale. Indicatore LEA di copertura- Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello complessivo e per Regione – confronto Anno 2019 e 2020



Screening mammografico

La **tabella 3** riporta il numero e la percentuale delle donne (50-69enni, ad eccezione della Regione Umbria che ha fornito il dato relativo alla fascia 50-74 anni) invitate/contattate nel periodo gennaio 2020-maggio 2021 rispetto al periodo standard di riferimento stimato relativo al 2019. I valori sono forniti per singola Regione e per Italia. Complessivamente si registra una riduzione rispetto all'anno precedente di più di un milione di inviti (1.093.354) pari al 20,3% (range dal +6,4% della Sicilia al -63,1% della Valle D'Aosta).

La **tabella 4** riporta, a confronto tra i due periodi di osservazione, il numero e la percentuale di donne esaminate in meno e relativi mesi standard di ritardo e la stima del numero di carcinomi mammari diagnosticati in meno. Nei 17 mesi relativi a gennaio 2020-maggio 2021 sono 816.966 in meno le donne che hanno eseguito la mammografia in screening rispetto allo stesso periodo di riferimento, pari ad una riduzione del 28,5%. Ci sono ampie oscillazioni fra le Regioni (dal -5,5% della Regione Emilia-Romagna al -65,8% della Calabria). I mesi standard di ritardo sono complessivamente pari a 4,8 mesi. Come per la cervice la variabilità regionale è ampia e Calabria e Valle D'Aosta registrano ritardi superiori ai 10 mesi standard.

Il rapporto fra le percentuali di variazione 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 $71,5\%/79,7\% = 0,897$. Questo significa che, rispetto allo stesso periodo di riferimento del 2019, nel 2020-2021 la propensione alla partecipazione si è ridotta relativamente di circa il 10% con alcune Regioni come Lazio, Liguria, Marche, Molise e Sicilia che registrano riduzioni relative superiori al 20%.

Infine, il numero di carcinomi non diagnosticati è stimato essere pari a 3.558.

In **Figura 2** è presentato l'indicatore LEA di copertura (proporzione di donne che hanno effettuato una mammografia di screening sul totale della popolazione target) per gli anni 2019-2020 da cui si evidenzia come già nel 2019 si registrasse una forte criticità in alcune Regioni. Come per lo screening della cervice uterina il grafico evidenzia, rispetto al 2019, una riduzione della copertura per tutte le Regioni. Per alcune Regioni la riduzione appare più contenuta con un valore dell'indicatore superiore al 50% (Umbria, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Toscana) a conferma di una certa resilienza, mentre per altre Regioni ed in particolare alcune del Sud e Isole il valore, già critico nel 2019, risulta in ulteriore importante peggioramento testimoniando una consistente difficoltà nel recupero dei ritardi. Il confronto non è possibile per la Regione Basilicata che non ha prodotto l'indicatore LEA per il 2020.

Tabella 3. Screening mammografico. Confronto del periodo gennaio 2020 - maggio 2021 con periodo standard di riferimento stimato relativo al 2019: differenza in numero assoluto e percentuale di donne invitate/contattate (fascia di età 50-69 anni) complessiva e per Regione

Donne invitate/contattate in meno gennaio 2020 - maggio 2021		
Regione	n. assoluto	%
Abruzzo [^]	-23.968	-25,4%
Basilicata [^]	-25.735	-45,7%
Bolzano PA	-10.335	-21,2%
Campania	-257.941	-57,7%
Calabria	-21.556	-59,5%
Emilia Romagna	-25.931	-5,7%
FVG	-13.479	-9,5%
Lazio	-60.986	-10,1%
Liguria	-42.986	-25,0%
Lombardia	-227.808	-25,2%
Marche	-7.554	-5,4%
Molise	-3.771	-35,0%
Piemonte	-141.416	-32,0%
Puglia	-98.800	-39,9%
Sardegna	-31.939	-32,3%
Sicilia	29.454	6,4%
Trento PA	-17.522	-33,8%
Toscana	-36.464	-9,2%
Umbria [°]	912	0,9%
Valle d'Aosta	-8.359	-63,1%
Veneto	-67.169	-14,1%
ITALIA	-1093.354	-20,3%

[^] Per un'Azienda della regione Abruzzo e per la regione Basilicata non è noto il periodo gennaio-maggio 2019, pertanto la stima 2019 è stata effettuata considerando 5/12 dell'attività annuale

[°] Il dato è riferito alla fascia 50-74

Tabella 4. Screening mammografico. Confronto del periodo gennaio 2020 - maggio 2021 con periodo standard di riferimento stimato relativo al 2019: differenza in numero assoluto e in percentuale di donne esaminate (fascia 50-69 anni), stima del **numero di casi di carcinoma mammario diagnosticati** in meno e ritardo accumulato in mesi standard

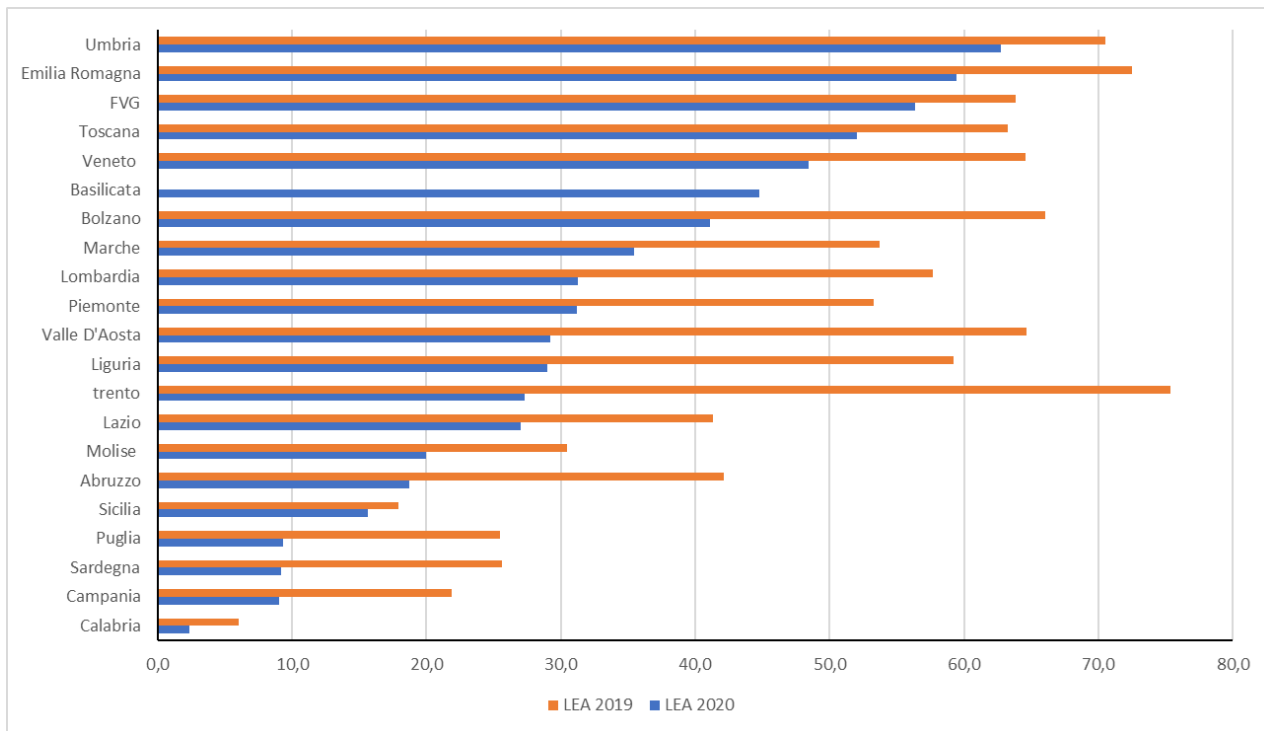
Regione	Esami in meno gennaio 2020 - maggio 2021	Esami in meno gennaio 2020 - maggio 2021	Tassi di identificazione attesi	N. casi diagnosticati in meno*	Ritardo accumulato in mesi standard
	(n.)	(%)	(x 1000 esaminate)		
Abruzzo [^]	-20.720	-38,6	4,2	-93	-6,6
Basilicata [^]	-17.386	-42,4	4,5	-71	-7,2
Bolzano PA	-6.978	-22,7	3,7	-33	-3,9
Campania	-55.067	-49,6	5,2	-160	-8,4
Calabria	-9.660	-65,8	2,8	-39	-11,2
Emilia Romagna	-17.410	-5,5	5,4	-96	-0,9
FVG	-15.177	-17,5	5,4	-87	-3,0
Lazio	-87.739	-35,6	3,6	-369	-6,0
Liguria	-42.996	-44,6	3,5	-133	-7,6
Lombardia	-191.445	-36,4	4,6	-842	-6,2
Marche	-26.544	-34,5	4,0	-106	-5,9
Molise	-4.776	-48,6	4,5	-17	-8,3
Piemonte	-90.641	-35,7	5,3	-499	-6,1
Puglia	-44.380	-34,3	3,2	-191	-5,8
Sardegna	-19.933	-43,4	2,0	-66	-7,4
Sicilia	-51.516	-35,5	3,4	-155	-6,0
Trento PA	-14.085	-36,4	5,3	-85	-6,2
Toscana	-34.486	-13,6	5,5	-179	-2,3
Umbria [°]	-6.014	-8,3	2,7	-20	-1,4
Valle d'Aosta	-6.024	-59,6	4,2	-27	-10,1
Veneto	-53.988	-17,6	5,2	-292	-3,0
ITALIA	-816.966	-28,5	4,4	-3558	-4,8

[^] Per un'Azienda della regione Abruzzo e per la regione Basilicata non è noto il periodo gennaio-maggio 2019, pertanto la stima 2019 è stata effettuata considerando 5/12 dell'attività annuale

[°]Il dato è riferito alla fascia 50-74

*Totale Italia per somma

Figura 2. Screening mammografico. Indicatore LEA di copertura – Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello complessivo e per Regione – Confronto anno 2019- 2020.



Screening colorettaie

La **tabella 5** riporta il numero e la percentuale di donne e uomini (50-69/70enni), ad eccezione della Regione Umbria che ha fornito il dato relativo alla fascia 50-74 anni) invitati/contattati nel periodo gennaio 2020-maggio 2021 rispetto al periodo standard di riferimento stimato relativo al 2019. I valori sono complessivi per Italia e per singola Regione. Complessivamente si registra una riduzione rispetto al periodo pre-pandemico di più di due milioni di inviti (2.175.318) pari al 24,4% (range dal +2,9% dell'Umbria al -76% della Basilicata). È opportuno precisare che non è possibile alcuna valutazione per la Regione Puglia dal momento che ha attivato lo screening colorettaie solo a partire dal secondo semestre 2019. Anche per quanto riguarda la PA Bolzano il dato non è confrontabile con quello delle altre Regioni date le specificità organizzative adottate in questa PA che usualmente negli anni dispari invita un numero minore di utenti.

La **tabella 6** riporta, a confronto tra i due periodi di osservazione, il numero e la percentuale di utenti esaminati in meno e relativi mesi standard di ritardo e la stima del numero di cancri e degli adenomi avanzati diagnosticati in meno. Come specificato sopra, non è possibile disporre dei dati della Regione Puglia per i due periodi di rilevazione. Nei 17 mesi relativi a gennaio 2020-maggio 2021 sono oltre un milione (1.195.987) in meno gli uomini e le donne che hanno eseguito il test di screening (ricerca del sangue occulto fecale o rettosigmoidoscopia) pari ad una riduzione del 34,3%. Ci sono ampie oscillazioni fra le Regioni (dal -2,6% della Regione Emilia Romagna al -82,6% della Valle D'Aosta). I mesi standard di ritardo sono complessivamente pari a 5,8 mesi con 9 Regioni che hanno ben più di 6 mesi di ritardo. La propensione alla partecipazione espressa dal rapporto fra le percentuali di variazione degli invitati e degli esaminati nei due periodi di osservazione, pandemico e pre-pandemico, risulta pari a $65,7\%/75,6\% = 0,869$. Questo significa che, rispetto allo stesso periodo di riferimento stimato del 2019, nel 2020-2021 la propensione alla partecipazione si è ridotta relativamente del 13,1% con alcune Regioni come Campania, Calabria, Lazio, Liguria, Lombardia, Piemonte, Sicilia e Valle D'Aosta che registrano riduzioni relative superiori al 20%.

Il numero di carcinomi colorettaie che si stima essere stato diagnosticato in meno ammonta a 1.376 casi, mentre la stima degli adenomi avanzati persi è di 7.763 lesioni.

In **Figura 3** è presentato il confronto tra l'indicatore LEA di copertura (proporzione di uomini e donne che hanno effettuato un test di screening sul totale della popolazione target) relativa ai periodi 2020 e 2019. Come atteso sulla base delle rilevazioni precedenti, il grafico evidenzia, rispetto al periodo pre-pandemico, una riduzione della copertura per tutte le Regioni con la sola eccezione della PA Bolzano i cui valori sono comunque in entrambe i periodi di poco superiori al 30%. Come per gli screening femminili, in alcune Regioni la riduzione appare più contenuta con un valore dell'indicatore superiore al 40% (PA Trento, Emilia Romagna, Veneto, Umbria) a conferma di una certa capacità di ripresa, mentre per la maggior parte delle Regioni il valore dell'indicatore, che non era da considerarsi ottimale nel 2019, risulta in importante decremento.

Tabella 5. Screening coloretale. Confronto del periodo gennaio 2020 - maggio 2021 con periodo standard di riferimento stimato relativo al 2019: differenza in numero assoluto e percentuale di utenti invitati/contattati (fascia di età 50-69/70 anni) complessiva e per Regione.

Inviti in meno gennaio 2020 - maggio 2021		
Regione	n. assoluto	%
Abruzzo [^]	-161.136	-41,3%
Basilicata [^]	-79.477	-76,0%
Bolzano PA	27.875	40,0%
Campania	-269.123	-69,0%
Calabria	-20.335	-48,3%
Emilia Romagna	-19.438	-2,2%
FVG	-52.327	-22,1%
Lazio	-46.076	-4,1%
Liguria	-139.940	-40,2%
Lombardia	-963.494	-51,9%
Marche	-15.214	-5,3%
Molise	-7.377	-15,6%
Piemonte FIT	2.761	1,9%
Piemonte FS	-54.490	-55,8%
Puglia*	N.V.	
Sardegna	-80.833	-51,1%
Sicilia	-83.084	-10,6%
Trento PA	-4.840	-5,1%
Toscana	-118.969	-15,4%
Umbria [°]	5.206	2,9%
Valle d'Aosta	-17.509	-70,0%
Veneto	-77.498	-8,9%
ITALIA	-2.175.318	-24,4%

[^]Per un'Azienda della regione Abruzzo e per la regione Basilicata non è noto il periodo gennaio-maggio 2019, pertanto la stima 2019 è stata effettuata considerando 5/12 dell'attività annuale

*La regione Puglia ha iniziato lo screening coloretale nel secondo semestre del 2019

[°] Il dato è riferito alla fascia 50-74

NV: non valutabile

Tabella 6. Screening colorettaie. Confronto del periodo gennaio 2020-maggio 2021 con periodo standard di riferimento stimato relativo al 2019: differenza in numero assoluto e in percentuale di utenti esaminati (fascia 50-69 anni), stima del numero di casi di carcinoma e adenoma avanzato diagnosticati in meno e ritardo accumulato in mesi standard.

Regione	Esami in meno gennaio 2020 - maggio 2021		Tassi di identificazione attesi: CCR (x 1000)	N. casi^ diagnosticati in meno: CCR	Tassi di identificazione attesi: adenoma avanzato (x 1000)	Numero Casi^ diagnosticati in meno: adenoma avanzato	Ritardo accumulato in mesi standard
	(n.)	(%)					
Abruzzo§	-7.039	-12,0	3,0	-21	11,8	-83	-2,0
Basilicata§	-24.108	-72,2	1,1	-27	1,2	-29	-12,3
Bolzano PA	4.341	15,8	1,1	5	4,3	19	2,7
Campania	-83.236	-78,7	1,6	-133	4,5	-375	-13,4
Calabria	-5.105	-63,1	3,1	-16	3,4	-17	-10,7
Emilia Romagna	-10.573	-2,6	0,9	-10	7,6	-80	-0,4
FVG	-36.513	-26,5	1,0	-37	4,2	-153	-4,5
Lazio	-110.046	-36,9	1,9	-209	10,4	-1144	-6,3
Liguria	-57.625	-55,7	0,8	-46	4,4	-254	-9,5
Lombardia	-551.302	-64,5	0,9	-496	4,9	-2701	-11,0
Marche	-22.057	-22,7	1,1	-24	6,8	-150	-3,9
Molise	-3.447	-32,2	1,7	-6	5,6	-19	-5,5
Piemonte FIT	-29.788	-29,4	1,7	-51	12,2	-363	-5,0
Piemonte FS	-16.336	-66,8	2,8	-46	46,1	-753	-11,4
Puglia*	NV						
Sardegna	-27.444	-58,0	2,1	-58	6,0	-165	-9,9
Sicilia	-32.090	-30,8	1,1	-35	5,7	-183	-5,2
Trento PA	-4.324	-8,8	1,0	-4	7,4	-32	-1,5
Toscana	-77.867	-22,4	0,9	-70	5,6	-436	-3,8
Umbria°	-3.448	-4,5	0,6	-2	5,8	-20	-0,8
Valle d'Aosta	-13.859	-82,6	0,5	-7	6,0	-83	-14,0
Veneto	-84.122	-14,8	1,0	-84	8,8	-740	-2,5
ITALIA^	-1.195.987	-34,3	1,1	-1376	6,7	-7763	-5,8

§ Per un'Azienda della regione Abruzzo e per la regione Basilicata non è noto il periodo gennaio-maggio 2019, pertanto la stima 2019 è stata effettuata considerando 5/12 dell'attività annuale

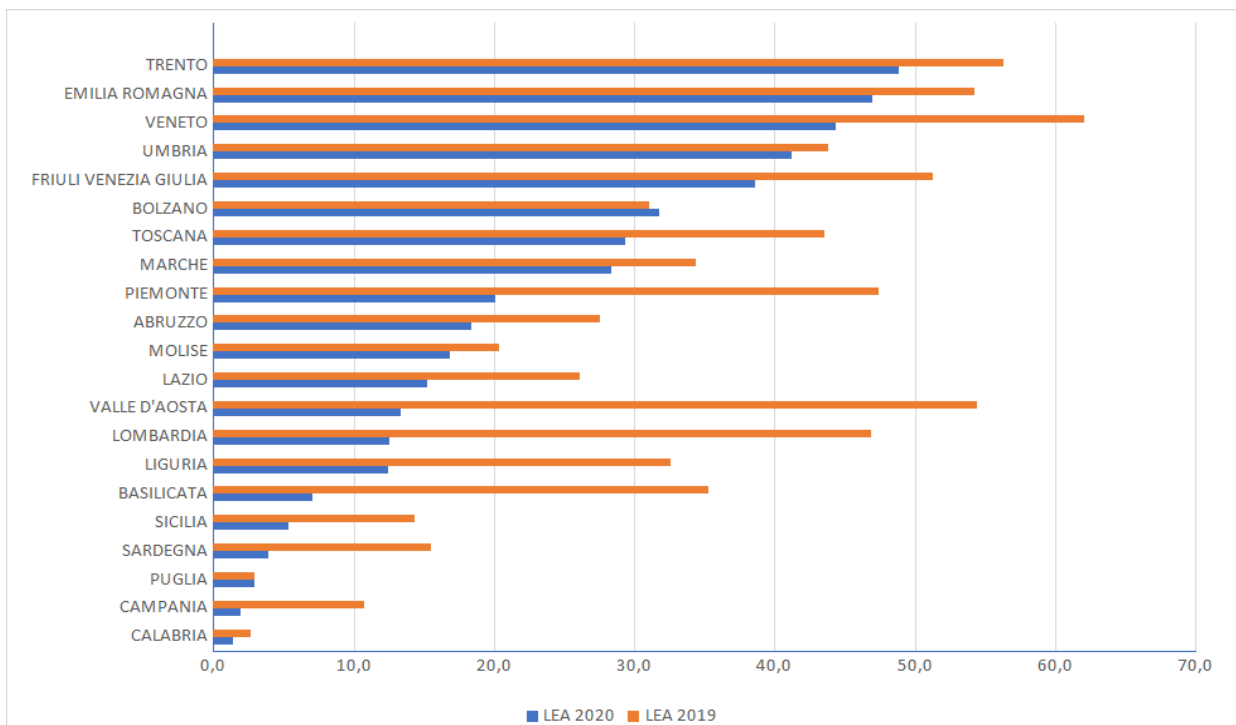
* La regione Puglia ha iniziato lo screening colorettaie nel secondo semestre del 2019

° Il dato è riferito alla fascia 50-74

N.V. non valutabile

^totale Italia per somma

Figura 3. Screening colorettaie. Indicatore LEA di copertura- Proporzione di uomini e donne che hanno effettuato test di screening di primo livello complessivo e per Regione –Anni 2019-2020.



Considerazioni finali

I dati presentati hanno come obiettivo quello di misurare la capacità di recupero dei ritardi maturati nella erogazione degli screening oncologici a causa della pandemia estendendo la valutazione anche ai primi 5 mesi del 2021 per un totale di 17 mesi di osservazione.

Come già esplicitato nei precedenti rapporti, per avere un confronto stringente è stato preso come riferimento un periodo analogo in era pre-pandemica. Così facendo, non si è in alcun modo tenuto conto della situazione di contesto del 2019 riguardo all'estensione e al suo reale raggiungimento e questo è ben evidente quando si analizzano le differenze in termini di indicatore LEA (2020 versus 2019) di copertura dove emerge chiaramente che, in alcune Regioni, già in epoca pre-pandemica, si era ben lontani da un valore di copertura accettabile.

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 2020-2021 erano minori.

In merito alla capacità del sistema di garantire un'adeguata offerta di screening, le differenze percentuali degli inviti nei 17 mesi oggetto della rilevazione (-28,4% cervice, -20,3% mammella, -24,4% colon retto) evidenziano un miglioramento rispetto alla terza survey aggiornata a dicembre 2020 (-33% cervice, -26,6% mammella, -31,8% colon retto) dimostrando come nei primi 5 mesi del 2021 si conservi sempre un ritardo, ma a una velocità decrescente rispetto al periodo precedente.

La riduzione del numero di persone esaminate (-35,6% cervice, -28,5% mammella, -34,3% colon retto) è piuttosto consistente per tutti e tre i programmi di screening con percentuali più contenute per lo screening mammografico. Rispetto al precedente aggiornamento al dicembre 2020 (-43,4% cervice, -37,6% mammografico, -45,5% colon retto) si osserva, analogamente alla riduzione percentuale degli inviti, un contenimento dei ritardi nella erogazione dei test di screening. La riduzione dei test erogati dipende ovviamente dalla riduzione del numero degli inviti, ma può risentire sensibilmente anche della tendenziale minore partecipazione da parte della popolazione. È opportuno segnalare, a questo proposito, che vi sono profonde differenze tra Regioni che, almeno in parte, dipendono dai criteri di invito adottati. Infatti, nel tentativo di recuperare i ritardi nella erogazione dei test, alcune regioni si sono maggiormente concentrate nell'invito ai già aderenti, mentre altre nell'invito ai non aderenti, condizionando quindi l'entità della propensione alla partecipazione. Anche in questa quarta rilevazione, si evidenzia una certa riduzione nella partecipazione, più contenuta nello screening mammografico (-10%) seguita dallo screening coloretale (-13%) e invece più rilevante nello screening cervicale (-20%). Rispetto alla rilevazione aggiornata a dicembre 2020, si osserva un miglioramento della propensione alla partecipazione per lo screening mammografico (-15% a dicembre 2020) e coloretale (-20% a dicembre 2020) e un peggioramento nel cervicale (-15% a dicembre 2020). La minore partecipazione a inviti che sono arrivati in ritardo rispetto alla scadenza programmata può essere anche dovuta all'aver effettuato il test autonomamente nello screening spontaneo in particolare per gli screening femminili da parte di fasce di popolazione più abbienti e con livelli di istruzione più elevati. Di conseguenza, le persone che potrebbero aver maggiormente risentito dell'impatto negativo del ritardo sarebbero quelle appartenenti alle fasce di popolazione più fragile. È quindi auspicabile monitorare questa specifica dimensione in fase di ripresa con un utile supporto delle rilevazioni PASSI.

In sintesi quindi, come per le survey precedenti si conferma che non vi è stato un completo recupero rispetto al ritardo accumulato precedentemente e se in alcune Regioni e per alcuni programmi nel 2021 si sarà probabilmente riusciti ad assorbire tutti i ritardi, nella maggior parte delle altre è probabile che si sia riusciti a recuperare all'invito tutta la popolazione rimasta in sospeso nel 2020, ma siano poi slittati gli inviti rivolti a parte della popolazione che doveva essere invitata nel 2021. Fra i tre screening, quello che ha reagito meglio è quello mammografico, ma anche in questo caso si registra un aumento dei ritardi.

La riduzione dei test di screening, determinata dalla riduzione degli inviti e dalla minor partecipazione, permette di stimare le lesioni tumorali che potrebbero subire un ritardo diagnostico pari a 3.504 lesioni CIN2+, 3.558 carcinomi mammari, 1.376 carcinomi coloretali e oltre 7.763 adenomi avanzati del colon retto. Come già affermato in precedenza le conseguenze cliniche (possibile avanzamento dello stadio alla

diagnosi) potrebbero essere maggiori per lo screening mammografico e quello coloretale.

È opportuno ricordare che, relativamente alle lesioni della cervice uterina, si tratta quasi esclusivamente di lesioni precancerose con un basso potenziale di trasformazione e che mediamente il tempo necessario affinché una lesione CIN3 progredisca a cancro è di diversi anni.

Anche per gli adenomi avanzati del colon retto valgono alcune delle considerazioni fatte per le lesioni precancerose della cervice uterina, cioè il ritardo diagnostico accumulato finora non causa, nella maggior parte dei casi, un peggioramento della prognosi o comunque una maggiore morbilità se non tramite un passaggio da lesione pre-invasiva a lesione invasiva.

Nel presente rapporto sono stati messi a confronto, per gli anni 2019 e 2020, i valori dell'indicatore LEA di copertura. Dai grafici presentati si conferma chiaramente che in molte Regioni la pandemia ha avuto effetti devastanti sulla capacità dei programmi di screening di mantenere il loro volume di attività, ma evidenzia altresì come in alcune realtà (ed in particolare delle Regioni del Sud e Isole) la situazione fosse alquanto critica anche in epoca pre-pandemica e questo probabilmente rende ragione delle difficoltà nel recuperare i ritardi maturati. È evidente quindi che le indicazioni a suo tempo suggerite per contenere i ritardi ovvero maggiore e migliore allocazione delle risorse (tecnologiche, digitali, di personale), adozione di strategie di screening che prevedano una rimodulazione degli intervalli di screening sulla base del rischio individuale, così come ricorso ad approcci comunicativi più adeguati, non possono prescindere dal contesto precedente ed è verosimile che quindi gli sforzi e gli impegni debbano essere ancora più importanti e più strutturati sia dal punto di vista organizzativo, che manageriale.

L'attuale Piano Nazionale di Prevenzione (PNP 2020-2025) testimonia che l'attenzione nei confronti dei programmi di screening oncologico organizzato è molto forte e molte Regioni hanno elaborato, in questo ambito, Programmi liberi che hanno l'obiettivo di rafforzare i coordinamenti regionali, di migliorare l'assetto organizzativo e la performance e di ridurre le disuguaglianze.

Adesso non resta da far altro che essere coerenti al forte *commitment* espresso nel PNP e, attraverso un'analisi dei fabbisogni che tenga presente che la pandemia non è ancora passata e continua quindi ancora a condizionare fortemente modalità organizzative e volumi di attività, definire con rapidità le azioni più appropriate ed eque per garantire questi LEA.

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

Manuela di Giacomo, Maria Carmela Minna, Angelo Fortunato (Abruzzo)
Rosario Festa (Basilicata), Giulia Vita, Aldo Cammarota
Teresa Landro, Anna Giorno, Annalisa Spinelli, Carmine La Greca, Adriana Romeo (Calabria)
Angelo D'Argenzio, Annunziata De Gaetano (Campania)
Priscilla Sassoli de' Bianchi (Emilia Romagna)
Giulio Menegazzi, Silvia Mentil, Simonetta Degano (Friuli Venezia Giulia)
Diego Baiocchi, Alessandro Maltempo (Lazio)
Luigina Ada Bonelli (Liguria)
Silvia Deandrea, Claudia Lobascio, Lucia Perrone (Lombardia)
Giuseppe Feliciangeli (Marche)
Angelo Marcheggiani, Giovanni Della Valle (Molise)
Carlo Senore, Livia Giordano (Piemonte)
Fabio Vittadello, Antonio Fanolla (Provincia Autonoma di Bolzano)
William Mantovani, Maria Adalgisa Gentilini (Provincia Autonoma di Trento)
Nehlodoff Albano, Angela Panzarino (Puglia)
Pierina Tanchis (Sardegna)
Gabriella Dardanoni, Lucia Li Sacchi (Sicilia)
Paola Mantellini (Toscana)
Stefania Prandini (Umbria)
Mauro Ruffier (Valle D'Aosta)
Elena Narne, Giulia Capodaglio (Veneto)
Martina Rossi (Osservatorio nazionale screening)