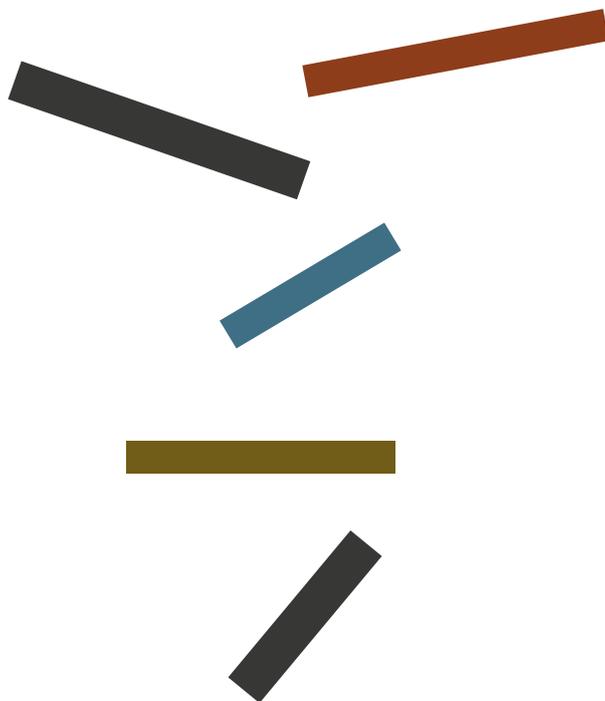




Osservatorio nazionale screening

Rapporto 2017



Sommario

Se l'Italia fosse il Regno Unito?	3
Screening mammografico	5
Screening coloretale	6
Screening cervicale	7
Lo screening mammografico	8
Lo screening della mammella visto da "Passi"	15
Lo screening cervicale	19
Lo screening cervicale visto da "Passi"	24
Lo screening coloretale	28
Lo screening coloretale visto da "Passi"	33

Se l'Italia fosse il Regno Unito?

Marco Zappa - direttore dell'Osservatorio nazionale screening

La recente notizia proveniente dalla Gran Bretagna dove dal 2009 molte donne inglesi tra i 68 e 70 anni non hanno ricevuto l'invito a effettuare l'ultima mammografia prevista dal programma di screening nazionale per un errore del software che doveva effettuare gli inviti, suscita alcune riflessioni. La prima: in Gran Bretagna lo screening mammografico è stato spesso messo sotto accusa e addirittura ci sono gruppi di pressione che in passato hanno proposto la chiusura del programma nazionale. E tuttavia, ora che un gruppo di donne non è stato invitato per una volta allo screening mammografico la reazione dell'opinione pubblica inglese condanna quella che viene percepita come una privazione dei loro diritti.

La seconda considerazione è positiva per il nostro sistema di screening: trovo difficile ipotizzare che in Italia il sistema di monitoraggio che abbiamo costruito non sia in grado di rilevare una falla di queste dimensioni. Se così fosse dovremmo interrogarci sull'utilità di quel monitoraggio. Inoltre trovo difficile pensare che 450.000 donne (tra le quali molte fidelizzate al programma) non segnalino al proprio centro di screening di non aver ricevuto la lettera di invito.

La terza considerazione invece è negativa per il nostro Paese. In Gran Bretagna il segretario alla Salute Jeremy Hunt ha molto onestamente riconosciuto l'errore e ha annunciato che il sistema cercherà di risarcire le potenziali vittime di questa mancanza, anche se non sarà facile identificarle. La domanda provocatoria allora è la seguente: nelle Regioni italiane in cui non vi è una copertura regolare degli inviti allo screening ci sarà mai un assessore regionale che si assumerà le stesse responsabilità? È una provocazione certo, ma forse può servire a spingere in avanti la situazione, a pensare cioè i programmi di screening come un diritto effettivo.

I dati che presentiamo nel presente rapporto si riferiscono all'attività svolta dai programmi di screening nel 2016 e ci dicono che, nonostante tutto ci sono alcuni progressi o per lo meno una tenuta rispetto all'anno precedente, dove pure si era assistito a un notevole incremento. Una volta di più è una buona notizia, che non è facile ritrovare in altri settori della sanità pubblica italiana in questo momento. È pur vero, però, che i dati continuano impietosamente a mettere in evidenza il divario fra Centro Nord e Sud.

Questi sono i numeri assoluti: quasi 13 milioni di inviti nel 2016 (13.069,694) e poco meno di 6 milioni di test (5.848.514) effettivamente eseguiti. Sono più o meno gli stessi numeri del 2015. Però nel valutare questi numeri bisogna considerare che nello screening cervicale stiamo passando al test Hpv che prevede un intervallo quinquennale rispetto al pap test che ne prevedeva uno triennale: dunque tendenzialmente meno inviti e meno esami ogni anno. In

realtà, quindi, complessivamente la copertura è salita, seppure di poco. Nel 2016 più dell'80% della popolazione italiana in età target per lo screening mammografico e per quello cervicale viene regolarmente invitata, e quasi il 75% lo è per lo screening coloretale.

Questo dato tendenziale di aumento è confermato anche dai 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). In questo contesto è interessante notare come i dati Passi mostrino un costante aumento delle persone che fanno un test a fini preventivi.

Come vedremo, questi numeri positivi continuano a non distribuirsi in maniera omogenea su tutto il territorio nazionale.

La sfida con la pratica spontanea e il confronto con il sistema assicurativo privato

Questa attività di diagnosi precoce organizzata convive (come ci conferma regolarmente anche la sorveglianza Passi) con un'attività spontanea, cioè con test eseguiti in strutture private, comunque senza rispettare gli intervalli e le fasce d'età individuati come ottimali, probabilmente in numerosi casi senza i controlli di qualità offerti dai programmi organizzati. In alcune aree del Paese e in piccola parte l'attività spontanea può supplire alle carenze di quella organizzata, ma siamo sempre più convinti che rappresenti soprattutto un ostacolo, specie in una situazione di risorse limitate.

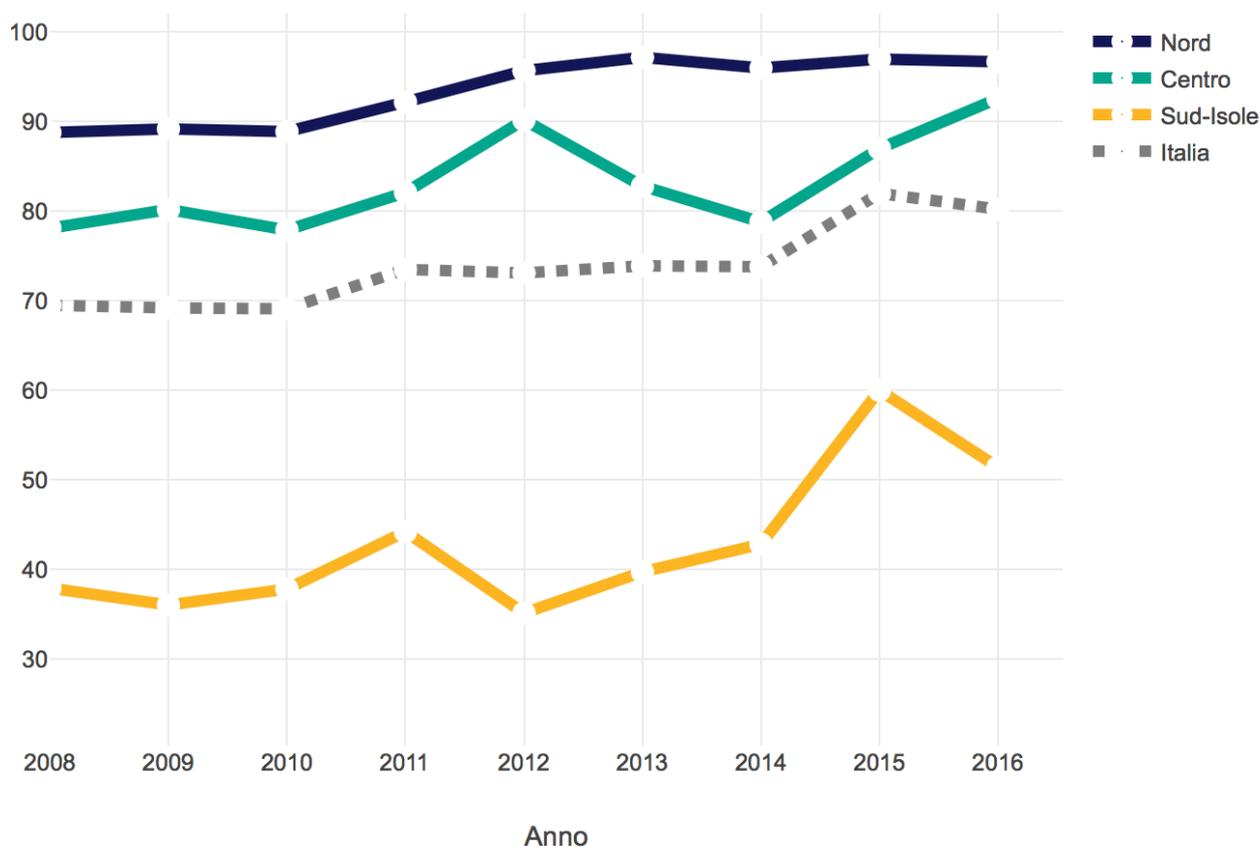
Recentemente stiamo assistendo a un fenomeno che potrebbe avere riflessi importanti e non positivi anche per i programmi di screening. Infatti si stanno sempre più sviluppando contratti integrativi di lavoro (il cosiddetto "welfare aziendale") che offrono, fra le altre cose, test preventivi oncologici. Una volta questo tipo di previdenza integrativa era propria di alcune limitate categorie professionali (giornalisti, dirigenti di azienda etc). Oggi si va allargando ad altri settori molto più numerosi, per esempio il settore metalmeccanico. Senza voler entrare in un dibattito complesso, ci sembra negativa questa offerta di test preventivi slegati da un percorso monitorato. Rischia di aumentare solo il consumismo sanitario senza un'adeguata valutazione dei risultati. Sarà importante da parte del mondo dello screening sviluppare un confronto con il mondo sindacale e imprenditoriale per discutere questa offerta.

Vediamo ora nel dettaglio come sono andati i programmi nel 2016.

Screening mammografico

La figura 1 riporta i dati dell'estensione effettiva nella fascia di età 50-69. Come si può vedere, nel 2016 si è avuta una conferma della copertura oltre l'80% (oltre 3.141.894 inviti, più o meno lo stesso numero dell'anno scorso). La copertura riguarda più di 97 donne su 100 (praticamente tutte) al Nord, poco meno di 93 su 100 al Centro e quasi 51 su 100 al Sud.

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 2008 al 2016)

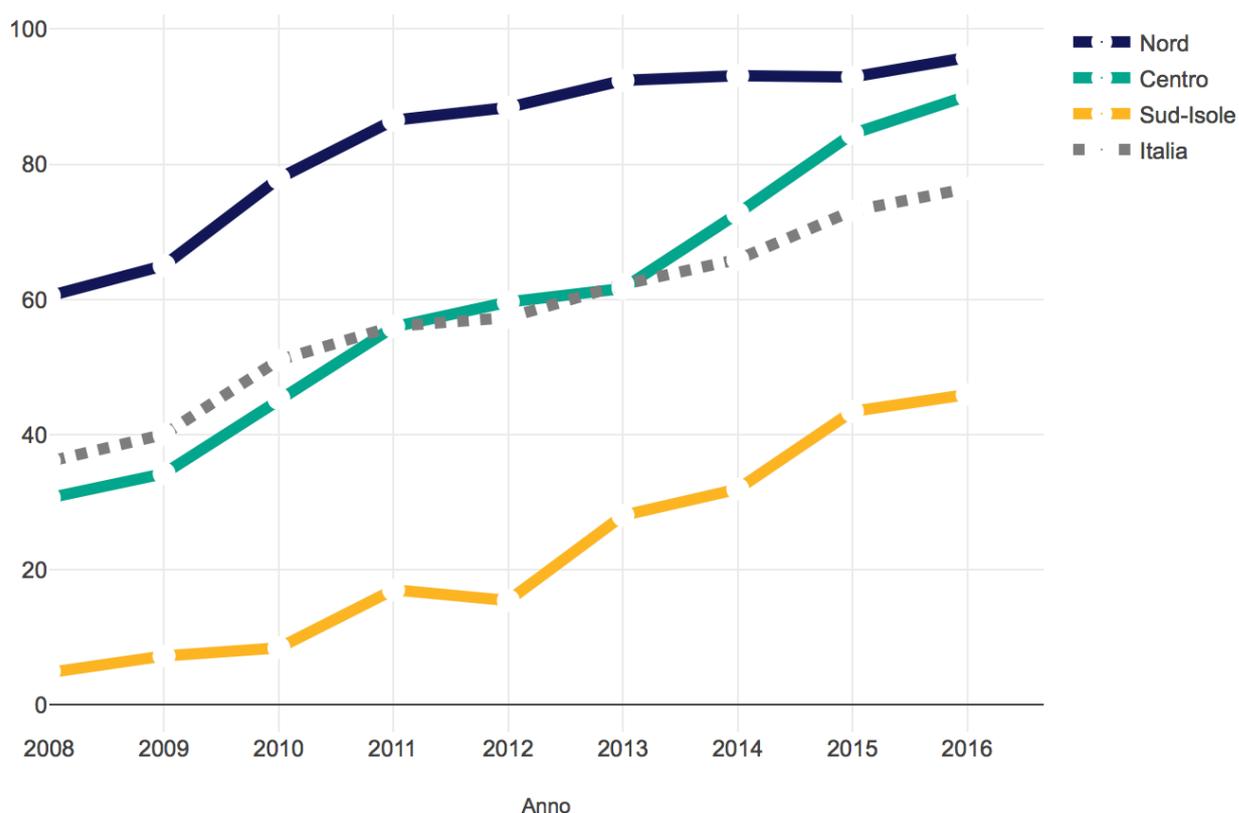


Screening coloretta

Nel 2016 sono stati invitati più di 5,5 milioni di cittadini (5.601.785) di età compresa tra i 50 e i 69 anni a eseguire il test di screening. Di questi circa 50.000 a eseguire la rettosigmoidoscopia. (Lo screening coloretta 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 la rettosigmoidoscopia).

C'è stato quindi un aumento rispetto all'anno precedente (250.000 inviti in più). La figura 2 riporta l'estensione effettiva dello screening coloretta, dove si nota un'ulteriore crescita (75%). Si può vedere che al Nord siamo sostanzialmente alla copertura completa (oltre il 95%), al Centro siamo sopra il 90%, mentre al Sud si arriva soltanto a poco più del 45%.

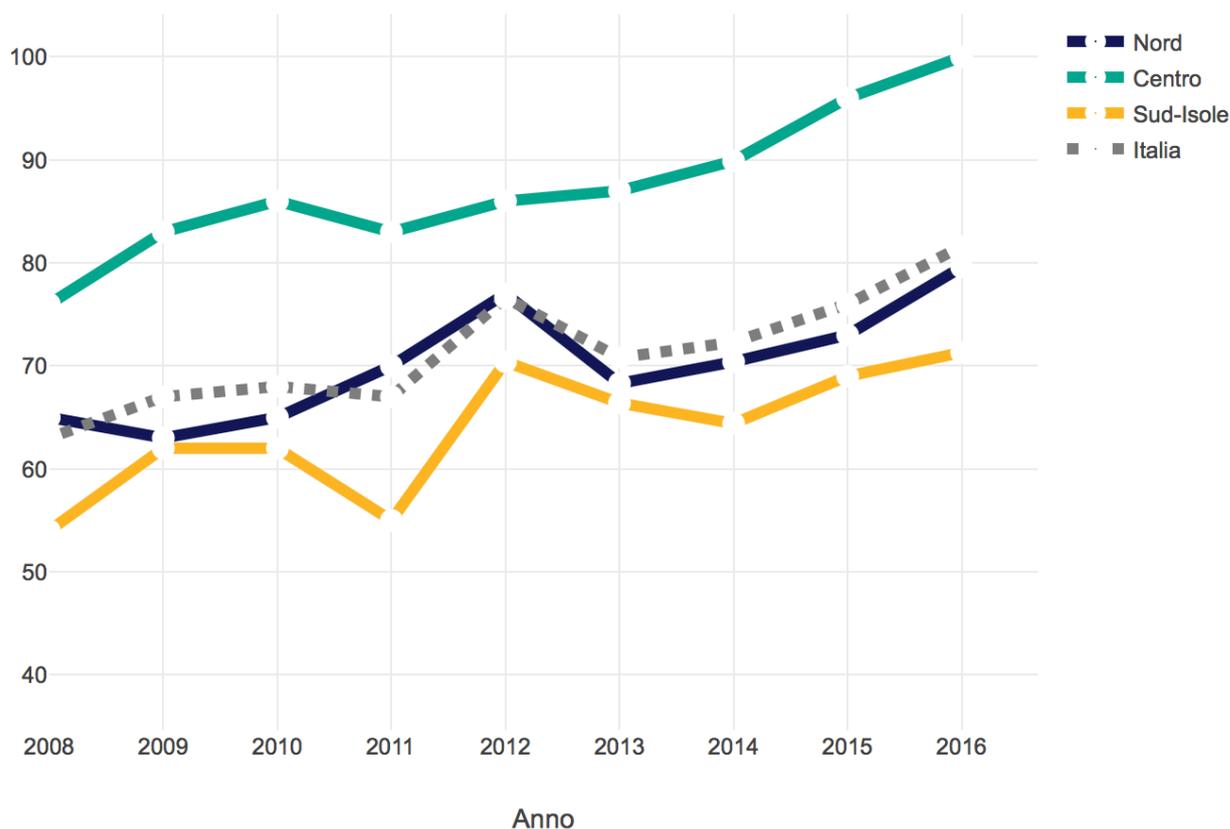
Figura 2. Estensione effettiva dello screening coloretta per area geografica (% di persone di età 50-69 che ricevono la lettera di invito alla popolazione target dell'anno dal 2008 al 2016)



Screening cervicale

Nel 2016 si osserva un aumento della copertura rispetto all'anno precedente, dovuto alla diversa modalità di calcolo. Infatti dal 2016 si è tenuto conto del diverso intervallo previsto per il test Hpv (5 anni) rispetto al Pap test (3 anni) con modesti cambiamenti nelle singole macroaree (l'aumento più marcato è per il Centro). Questo ha determinato un aumento della copertura a livello nazionale, nonostante siano state invitate meno persone dell'anno precedente (3.845.378: duecentomila meno rispetto al 2015). È interessante notare che oltre 900.000 donne (il 23% del totale) sono state chiamate a effettuare il test Hpv invece del Pap test.

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 2008 al 2016)



Ringraziamenti

Questo rapporto è dovuto al lavoro di molte persone. Desideriamo ringraziare in particolare: il Cpo Piemonte (survey sullo screening cervicale e Sqtm), lo Iov Veneto (survey sullo screening coloretale), l'Ispe Firenze (survey sullo screening mammografico). Il coordinamento e la realizzazione grafica ed editoriale sono stati possibili grazie ai contributi della Regione Lazio e della Regione Toscana per il loro finanziamento al Network regionale 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 2010 al 2016

I dati in tabella 1 mostrano un incremento nel numero di donne italiane invitate a effettuare una mammografia nel biennio 2014-2015 rispetto al precedente: si passa da circa 5.300.000 donne a circa 5.900.000, pari a un aumento del 11.3%. Nel biennio 2014-2015 il numero di donne invitate è incrementato rispetto al biennio precedente di circa l'8%.

L'adesione all'invito nel biennio 2014-2015 subisce una leggera flessione rispetto al biennio precedente con valori che si assestano a circa il 56% e 57% rispettivamente. Nel 2016 il valore rimane sostanzialmente invariato se confrontato con il biennio 2014-2015.

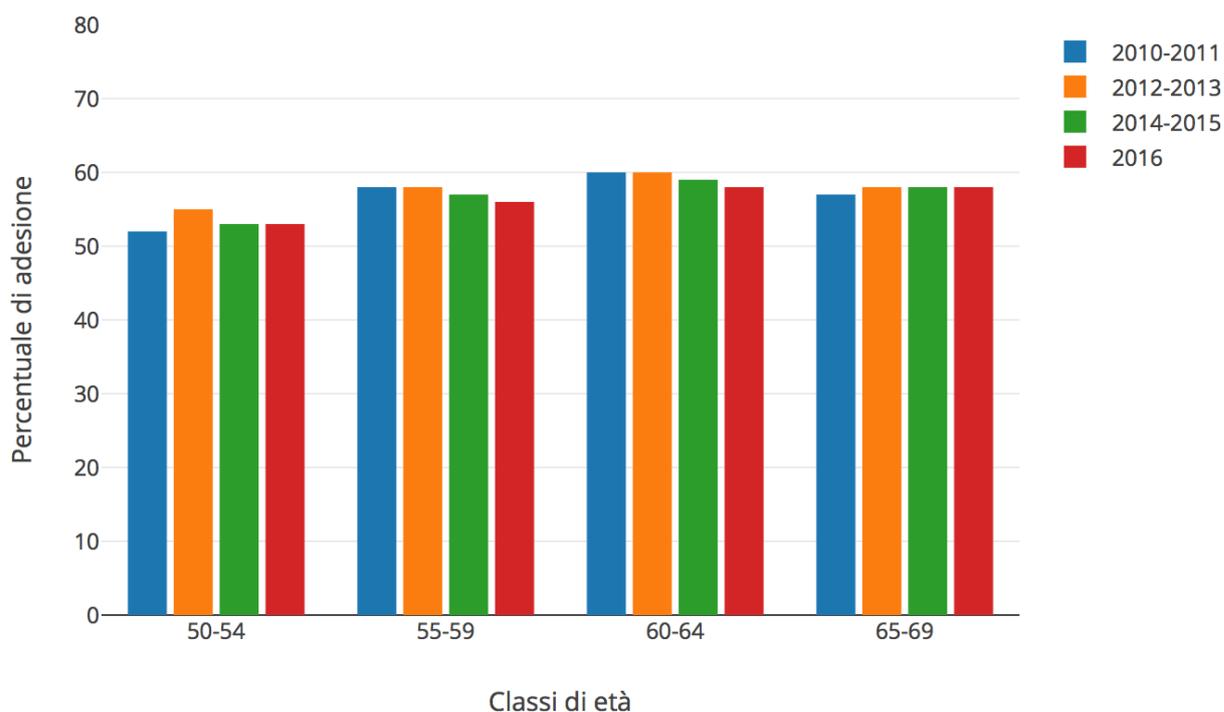
Si conferma una maggiore partecipazione nelle due classi di età centrali. Ogni 100 donne esaminate, circa 5-6 vengono chiamate a effettuare un supplemento di indagine, solitamente una seconda mammografia, un'ecografia e una visita clinica.

Il numero di carcinomi diagnosticati allo screening supera le 15.000 unità nel biennio 2014-2015 (contro circa 1.800 lesioni benigne), con un tasso di identificazione intorno a 4,7 casi ogni 1.000 donne sottoposte a screening. Un risultato che si conferma anche per l'anno 2016.

Tabella 1. *Dati nazionali di attività di screening mammografico 2010-2016*

	2010-2011	2012-2013	2014-2015	2016
Numero totale di donne invitate	5.150.652	5.312.947	5.920.807	3.162.602
Numero di donne aderenti all'invito (% su donne invitate)	2.842.013 (55%)	3.044.984 (57%)	3.305.361 (56%)	1.759.809 (56%)
Media aderenti per anno	1.421.007	1.522.492	1.652.681	
Numero di donne esaminate	2.772.433	2.975.296	3.294.855	1.745.331
Numero di donne richiamate per approfondimenti (% su donne esaminate)	149.936 (5,4%)	172.377 (5,8%)	191.574 (5,9%)	104.564 (6%)
Numero di biopsie benigne	1.722	1.582	1.874	958
Numero di carcinomi diagnosticati allo screening	12.392	13.511	15.606	8.135
Numero di carcinomi duttali in situ diagnosticati allo screening	1.499	1.751	2.030	1.078
Numero di carcinomi invasivi ≤ 10 mm diagnosticati allo screening	3.715	4.137	4.584	2.451

Adesione all'invito per classi di età, 2010-2016



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 supera il livello accettabile del 50%, il tasso di richiami mostra un leggero aumento negli ultimi bienni e si conferma anche per il 2016. 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 lentamente a ridursi.

Anche altri indicatori che valutano in modo più diretto la sensibilità del programma, come il tasso di identificazione dei tumori invasivi e quello dei tumori con diametro inferiore ai 10 mm, si dimostrano positivi. Entrambi mostrano un leggero aumento nell'ultimo biennio rispetto al precedente. Il tasso di identificazione dei tumori invasivi rimane costante nell'ultimo anno, così come quello dei tumori con diametro inferiore ai 10 mm.

Il trattamento chirurgico conservativo dei tumori con diametro inferiore ai 2 centimetri mostra invece una flessione tanto nel biennio 2014-2015 rispetto al biennio precedente, quanto nell'ultimo anno (85% e 83%). Valori, purtroppo, ai limiti della soglia di accettabilità.

Tabella 2. Indicatori e standard di riferimento

	2010-2011	2012-2013	2014-2015	2016	Standard
Adesione grezza all'invito	55%	57%	56%	56%	≥ 50%
Percentuale di donne richiamate per approfondimenti	5,4%	5,8%	5,8%	5,9%	Primo esame: < 7% Esami succ.: < 5%
Rapporto biopsie benigne/maligne	0,14	0,12	0,12	0,12	Primo esame: ≤ 1:1 Esami succ.: ≤ 0,5:1
Tasso di identificazione dei tumori	4,5‰	4,6‰	4,7‰	4,7‰	
Tasso di identificazione dei carcinomi invasivi ≤ 10 mm	1,3‰	1,4‰	1,4‰	1,4‰	
Percentuale di trattamento chirurgico conservativo nei tumori invasivi ≤ 2 cm	81%	87%	85%	83%	>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 tutti e tre gli indicatori che mostrano una tendenza al peggioramento.

Tabella 3. Tempi di attesa

	2010-2011	2012-2013	2014-2015	2016	Standard accettabile Gisma
Invio dell'esito per i casi negativi entro 21 giorni dall'esecuzione della mammografia	73%	67%	66%	63%	90%
Approfondimento entro 28 giorni dall'esecuzione della mammografia	68%	59%	59%	58%	90%
Intervento entro 60 giorni dall'esecuzione della mammografia	50%	43%	39%	33%	

La tabella 4 presenta i dati per macroaree 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 sia il numero di inviti (nel Sud l'attivazione dei programmi è molto più recente e incompleta rispetto al resto del Paese), sia la qualità degli indicatori presi in considerazione. Nell'ultimo biennio e nel 2016 il problema dei tassi di richiamo elevati al di fuori

dello standard sembra riguardare maggiormente le regioni del Centro, anche se da un'analisi più dettagliata sembra comunque coinvolgere, seppure in misura diversa, tutto il territorio italiano.

Al Nord l'adesione sembra in lieve crescita nell'ultimo anno rispetto al biennio precedente, mentre al Centro si registra una flessione nel 2016 rispetto al biennio 2014-2015. Al Sud sebbene nel 2016 si registri un aumento del tasso di adesione rispetto al biennio 2014-2015, i valori non riescono mai a raggiungere la soglia di accettabilità.

Anche il numero di donne richiamate al secondo livello, il tasso di identificazione dei tumori e la percentuale di donne con lesioni piccole sottoposte a trattamento chirurgico conservativo presentano un simile divario se confrontati con i dati delle aree del Centro-Nord.

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

Anno	NORD			CENTRO			SUD		
	2012 2013	2014 2015	2016	2012 2013	2014 2015	2016	2012 2013	2014 2015	2016
Numero totale di donne invitate	3.089.366	3.273.410	1.695.734	1.264.396	1.292.679	754.076	959.185	1.354.718	692.083
Numero di donne aderenti all'invito	1.952.739	2.073.320	1.076.964	693.719	726.393	394.944	398.526	505.648	287.901
Adesione all'invito	63%	63%	64%	55%	56%	52%	41%	37%	42%
Donne esaminate nel periodo	1.945.513	2.084.726	1.082.580	683.372	719.203	394.958	346.411	490.926	267.793
Proporzione di donne richiamate per approfondimenti	5%	5,1%	5,2%	7,4%	7,2%	7,8%	7%	7%	7%
Biopsie benigne	1.028	1.231	614	400	461	219	154	182	125
Tasso di identificazione dei carcinomi	5‰	5‰	5‰	4,6‰	4‰	4,7‰	2,8‰	3,6‰	3,5‰
Tasso di identificazione dei carcinomi invasivi ≤ 10 mm	1,50‰	1,51‰	1,48‰	1,45‰	1,39‰	1,59‰	0,5‰	0,89‰	0,82‰
Percentuale di trattamento chirurgico conservativo nei tumori invasivi ≤ 2 cm	86,78%	87,59%	80,88%	88,80%	90,98%	93,87%	80,5%	58,06%	75,71%

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

Nel 2016 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 2016 sono state invitate 255.874 donne pari a circa il 10% della popolazione bersaglio. La maggior parte delle donne invitate in questa fascia di età continua a provenire da due sole Regioni. Infatti circa un 65% vengono dall'Emilia-Romagna e circa un altro 20% dal Piemonte. Circa il 67% delle donne invitate, accetta l'invito (171.264 donne). Per quanto riguarda le ultrasessantenni, nel 2016 sono state invitate 118.193 donne, pari a circa l'8% della popolazione target, e 87.042 hanno risposto all'invito con una partecipazione di oltre il 70%. Delle donne invitate in questa fascia di età, circa il 44% proviene dalla Regione Emilia-Romagna, il 14% dalla Lombardia e il 12% dal Veneto.

Sostanzialmente sono rimaste invariate le donne invitate e partecipanti sopra i 70 anni e fra i 45 e i 49 anni, anche perché solo l'Emilia-Romagna e il Piemonte danno un contributo significativo. Quindi occorre riconoscere che l'indicazione dell'ultimo Piano nazionale della prevenzione di estendere le fasce d'età a tutt'oggi non è stata seguita dai fatti in gran parte del Paese.

La qualità del percorso assistenziale

Una parte dei programmi di screening italiani (in termini di volume di attività, questi programmi coprono da un terzo alla metà degli esami di screening effettuati in Italia) forniscono informazioni dettagliate sull'indagine diagnostica e sulla terapia dei casi trovati allo screening, nell'ambito della cosiddetta survey Sqtm.

Dal 1997 questa indagine permette di disporre di una fotografia, allora riguardante meno di 400 casi, ora circa 4000 per anno, dell'intero percorso assistenziale generato dallo screening. Il confronto degli indicatori Sqtm raccolti negli ultimi sei bienni, e in qualche caso dal 1997, permette di cogliere un generale sforzo di correzione con alcuni miglioramenti misurabili (Tabella 5). Questo progetto ha preceduto ed è stato di modello per quanto riguarda la misurazione degli indicatori di qualità nei Centri specialistici multidisciplinari di Senologia in Europa.

È confortante il fatto che l'indicatore sulla diagnosi pre-operatoria sia sensibilmente migliorato nel corso degli anni (41% nel 1997, 84% negli anni recenti). È infatti importante che il chirurgo, al momento dell'intervento, sia a conoscenza con certezza della diagnosi e possa operare subito in modo definitivo. La diagnosi attraverso lo screening di tumori piccoli e a prognosi favorevole

consente di conservare la mammella nella grande maggioranza dei casi. Per quanto riguarda i tumori in situ, questo avviene stabilmente nel corso degli anni nel 90% dei casi.

Negli ultimi anni la dissezione ascellare è stata gradualmente sostituita dalla pratica del linfonodo sentinella, più semplice e con minori complicanze. L'obiettivo è che questa tecnica venga praticata in almeno il 95% dei casi in cui i linfonodi non sono affetti dalla malattia.

Da questo punto di vista il progresso è stato notevole: dal 56% nel 2003 (primo anno in cui si dispone di questa misura) al superamento del target a partire dal 2013-2014. A maggior ragione la dissezione ascellare dovrebbe essere evitata nei cosiddetti carcinomi duttali in situ, nei quali rappresenta certamente un sovratrattamento. Anche in questo caso il miglioramento negli anni è sostanziale: dal 14% nel 1997 al 2-3% negli anni recenti.

L'obiettivo sui tempi di attesa, invece, non è stato raggiunto e anzi si allontana negli anni, tanto che nel periodo più recente soltanto il 40% delle donne esegue la prima terapia entro un mese dalla decisione di operare (nel 1997 il 55% effettuava l'intervento entro tre settimane). Anche se l'efficacia delle cure non è compromessa, un'attesa eccessiva può indurre ansia e riflessi negativi sulla qualità della vita. Questi risultati devono pertanto suscitare attenzione ed essere corretti, pur mantenendo la raccomandazione di servirsi dei centri clinici di maggiore qualità e dedicati in modo specialistico al tumore della mammella.

Tabella 5. *Dati di trattamento - Survey Sqtm (screening mammografico)*

	2005 2006	2007 2008	2009 2010	2011 2012	2013 2014	2015 2016	Standard Gisma
Disponibilità della diagnosi pre-operatoria N= 36.856 Missing 3,1%	74,2%	76,2%	77,7%	82,4%	84,1%	84,4%	≥ 80%
Chirurgia conservativa (in situ entro 2 centimetri) N= 2.837 Missing 2,5%	90,9%	91,1%	92,1%	90,2%	91,8%	89,8%	≥ 85%
Solo linfonodo sentinella nei carcinomi invasivi con linfonodi negativi N= 19.640 Missing 5,3%	76,1%	85,6%	90,9%	91,3%	97,1%	94,7%	≥ 95%
Lesioni in situ nelle quali si evita la dissezione ascellare N= 5.708 Missing 7,3%	90,4%	93,4%	96,6%	97,3%	98%	97,1%	≥ 95%
Intervento entro 30 giorni dalla prescrizione N= 40.873 Missing 19,9%	60%	54,7%	44,3%	43,2%	41%	39,2%	≥ 75%

D'altro canto, l'obiettivo sui tempi di attesa non è stato raggiunto e anzi si allontana negli anni. Nel periodo più recente soltanto il 41% delle donne esegue l'intervento entro un mese dalla decisione di operare. Anche se l'efficacia dell'intervento non è compromessa, un'attesa eccessiva può indurre ansia e riflessi negativi sulla qualità della vita. Questi risultati devono pertanto suscitare attenzione ed essere corretti, pur mantenendo la raccomandazione di servirsi dei centri clinici di maggiore qualità e dedicati in modo specialistico al tumore della mammella.

Il progetto Sqtm

Sqtm (l'acronimo sta per Scheda sulla qualità della diagnosi e della terapia del carcinoma mammario) è un software che si propone di facilitare il monitoraggio della qualità della diagnosi, del trattamento e del follow up del carcinoma mammario. Il progetto è condotto dal gruppo multidisciplinare sul trattamento del Gisma ed è coordinato dalla SSVD Epidemiologia e screening del Centro di riferimento regionale per l'epidemiologia e la prevenzione oncologica (Cpo-Piemonte), dall'AOU della Salute e della Scienza, Torino.

Lo screening della mammella visto da "Passi"

Sulla base dei dati raccolti dal sistema di sorveglianza Passi, si stima che in Italia nel 2014-2016 il 73% 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 (83%) e al Centro (78%) ed è significativamente più bassa al Sud e nelle Isole (58%), con significative differenze a livello delle Regioni (range: 49% Campania - 89% P.A. Trento (vedi figura 1 e figura 2).

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 sia di quella che lo ha eseguito al di fuori. 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 circa una donna su tre dello screening cervicale (34%); sono presenti significative differenze tra le Regioni (range: 5% Basilicata - 33% Puglia) (Figura 3).

Figura 1 Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni (%), Donne 50-69enni, Passi 2014-2016 (n. 21.201)

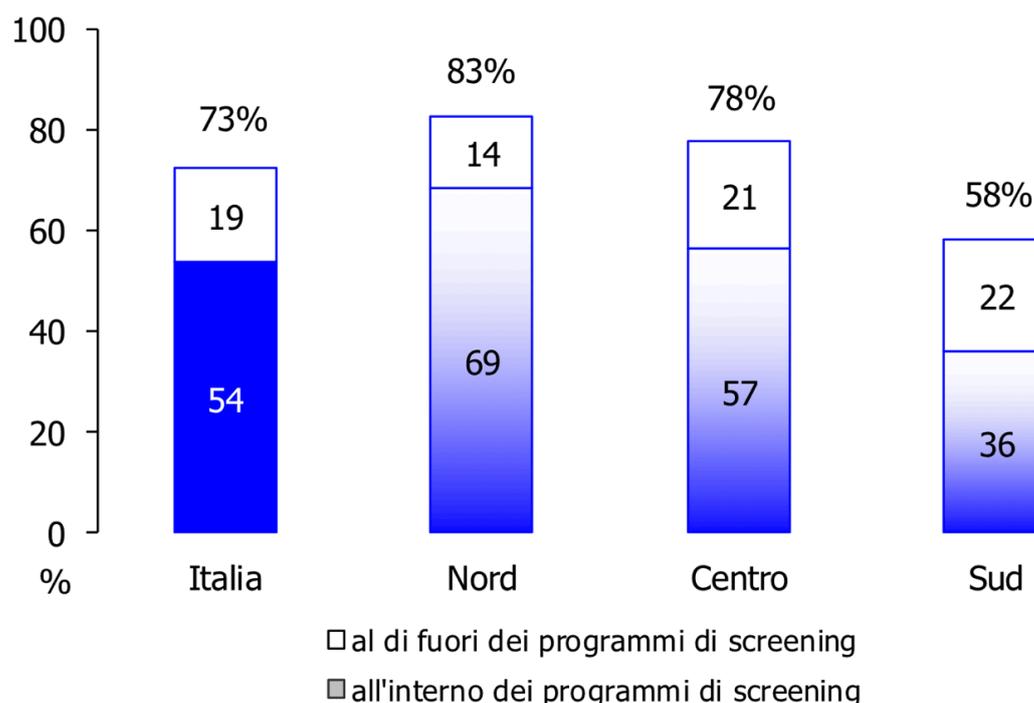


Figura 2 Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni (%), Donne 50-69enni, Passi 2014-2016 (n. 21.201)

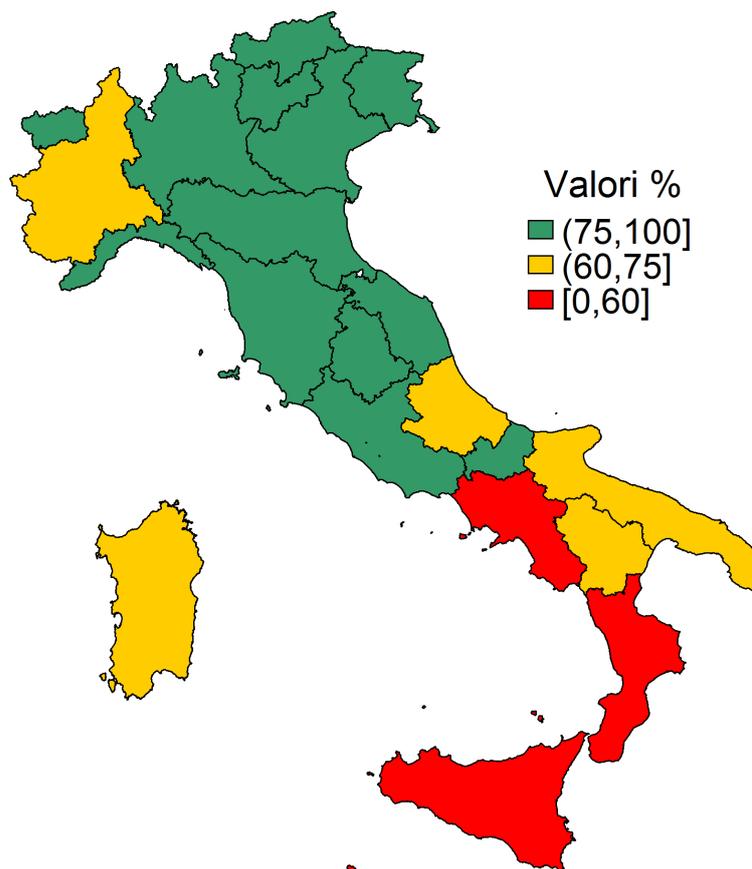
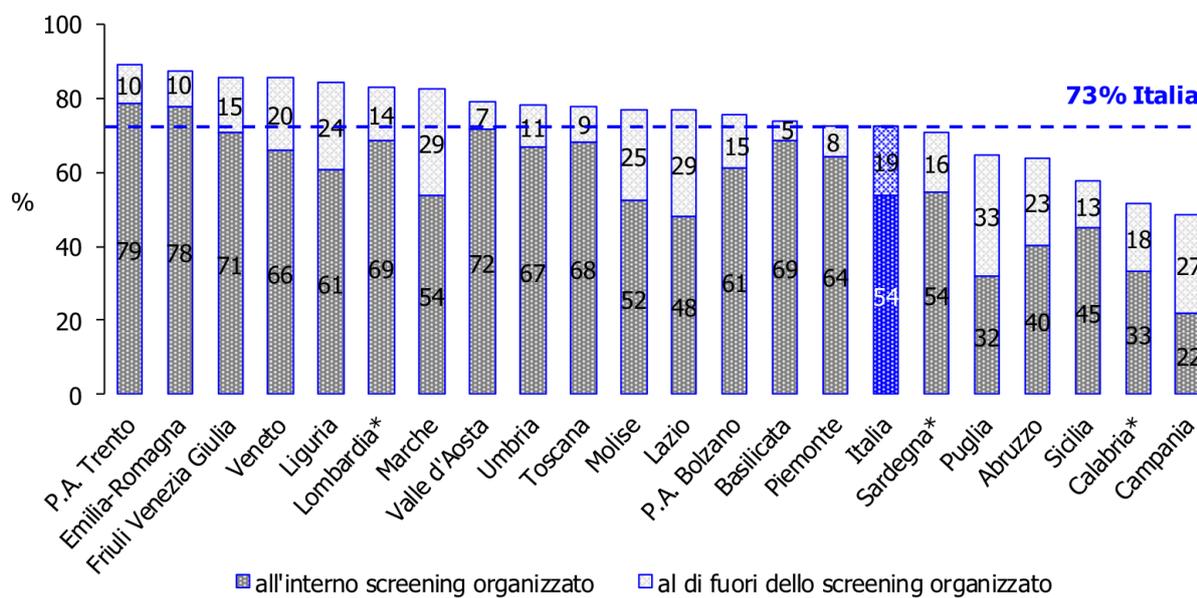


Figura 3 Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni (%), Donne 50-69enni, Passi 2014-2016 (n. 21.201)



* Regioni che non hanno aderito con un campione regionale

Nel periodo 2008-2016 la copertura della mammografia preventiva è in lieve aumento (Figura 4). Questa crescita è risultata statisticamente significativa nelle Regioni del Nord e in quelle del Sud, anche molto più evidente in quest'ultime con una conseguente riduzione del differenziale rispetto al Nord e al Centro (Figura 5).

È in lieve aumento la copertura all'interno dei programmi di screening e appare stabile quella al di fuori; entrambi gli andamenti non mostrano 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 2008-2016 (* p-value<0,05)

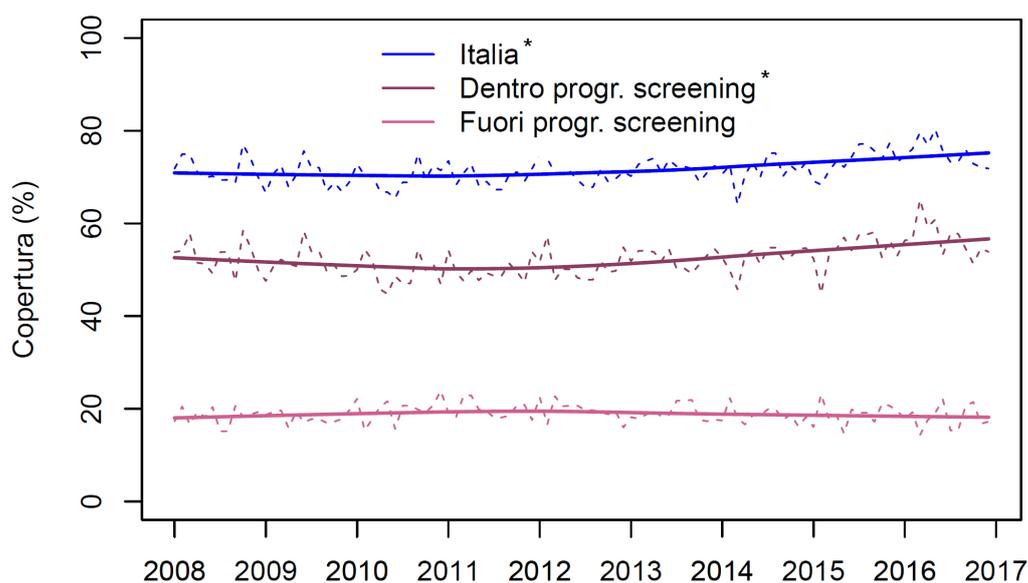
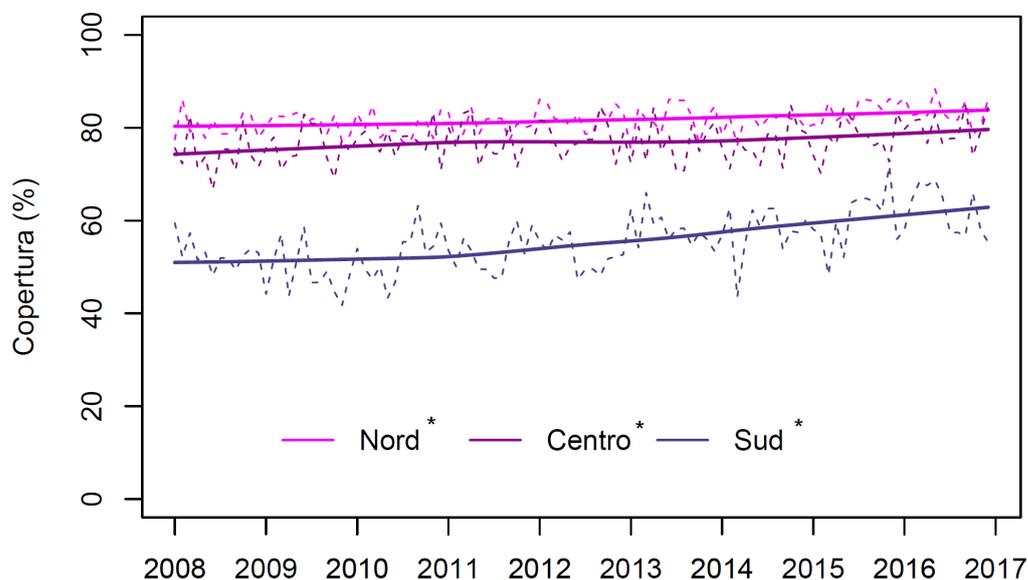
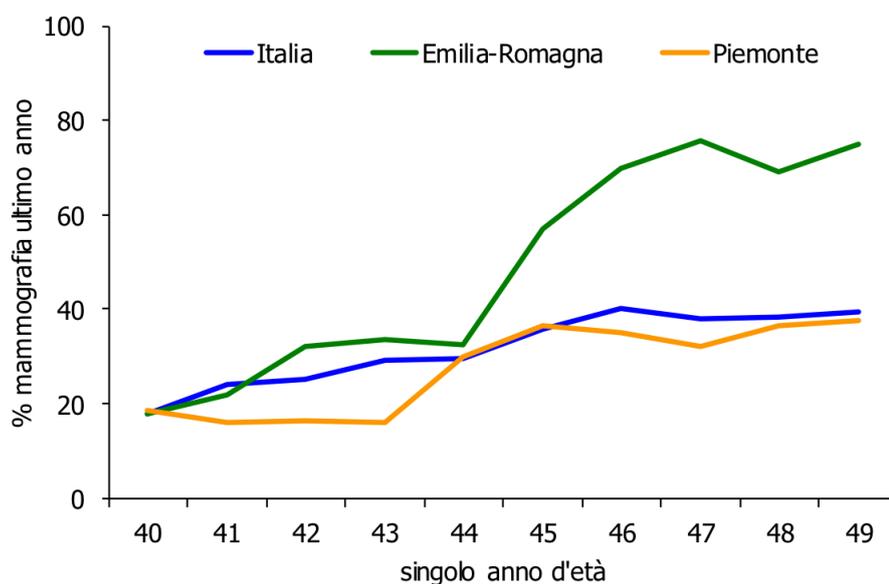


Figura 5 Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni per ripartizione geografica (%), Donne 50-69enni, Passi 2008-2016 (* p-value<0,05)



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 (52% nelle 40-44enni e 76% nelle 45-49enni). Il 32% ha dichiarato, invece, di averla eseguita nell'ultimo anno (25% nelle 40-44enni e 38% nelle 45-49enni). Analizzando il ricorso alla mammografia per singolo anno di età si nota che dopo i 45 anni la percentuale di chi ha riferito una mammografia nell'ultimo anno si alza in modo evidente in Piemonte e 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 2014-2016



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 2009 al 2016

Dopo una lievissima flessione nel triennio 2012-14, a partire dal 2015 si osserva una ripresa del numero di donne che hanno fatto screening, con un incremento vicino al 15% rispetto ai dati 2009-11, sostanzialmente dovuto all'aumento degli inviti.

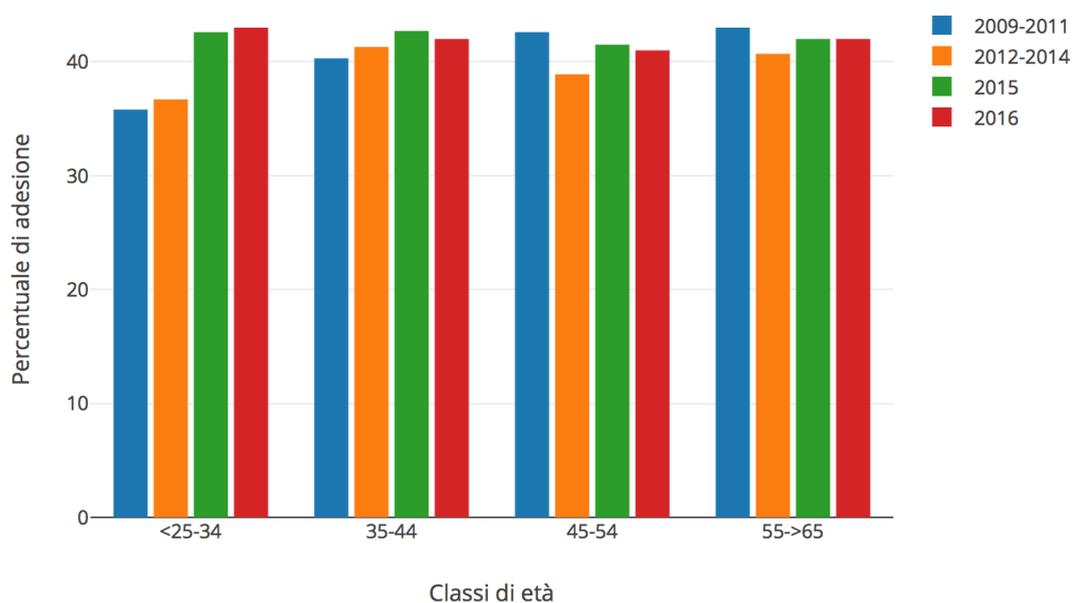
Tabella 1. Risultati principali 2009-2016

Anno attività	2009-2011	2012-2014	2015	2016
Numero di donne che hanno fatto screening	4.523.802	4.329.572	1.717.150	1.734.224
Proporzione di donne che hanno aderito all'invito	40,1%	40,9%	41,5%	40,5%
Lesioni con istologia CIN2+ individuate	12.641	14.417	4.627	4.466

I valori sono sostanzialmente stabili anche tenendo conto dell'andamento per età.

Tabella 2 Adesione all'invito al Pap-test per fasce d'età

Fasce d'età	<25-34	35-44	45-54	55->65	Totale
2009-2011	35,8%	40,3%	42,6%	43%	40,5%
2012-2014	36,7%	41,3%	42,7%	42%	40,8%
2015	34,3%	38,9%	41,5%	41%	39,2%
2016	36,1%	40,7%	42%	42%	40,3%



Gli indicatori sono in maggioranza sostanzialmente stabili a un buon livello. Si è ulteriormente ridotto il numero di prelievi inadeguati. È aumentato il tasso di identificazione (DR) delle lesioni che richiedono un trattamento (quelle con istologia CIN2 o più grave, CIN2+) con un aumento molto ridotto della proporzione di donne inviate in colposcopia. Di conseguenza è lievemente aumentata la probabilità che una donna inviata in colposcopia abbia effettivamente una lesione che richiede un trattamento.

È ulteriormente leggermente aumentata l'adesione alla colposcopia, che ora supera i livelli accettabili sia per le donne inviate per qualunque alterazione citologica (colposcopia per ASCUS+) che per le donne che presentavano le alterazioni più gravi (colposcopia per HSIL+).

Tabella 3. *Principali indicatori: adesione agli standard di qualità*

Anno attività	2009 2011	2012 2014	2015 2016
Proporzione di pap test inadeguati Standard di qualità Gisci: desiderabile: < 5% accettabile: < 7%	3,1%	2,8%	2,6%
Proporzione di donne inviate in colposcopia per qualsiasi causa	2,5%	2,6%	2,9%
Proporzione di donne che hanno aderito alla colposcopia per citologia ASCUS+ Standard di qualità Gisci: desiderabile: ≥ 90% accettabile: ≥ 80%	85,5%	87%	87,2%
Proporzione di donne che hanno aderito alla colposcopia per citologia HSIL+ Standard di qualità Gisci: desiderabile: ≥ 95% accettabile: ≥ 90%	89,2%	91,2%	91,1%
Probabilità di avere una lesione con istologia CIN2 o più grave (CIN2+) tra le donne che hanno fatto una colposcopia per citologia ASCUS+	15,8%	16,7%	16,4%
Numero di colposcopie necessarie per individuare la presenza di istologia CIN2+	6,3%	6%	6%
Lesioni con istologia CIN2+ individuate ogni 1000 donne che hanno fatto lo screening	2,9%	3,5%	3,9%

L'adesione all'invito è stabilmente più bassa al Sud che al Nord e al Centro. È anche più basso al Sud il tasso di identificazione di lesioni con istologia CIN2 o più grave. Tuttavia la proporzione di donne inviate in colposcopia è stata maggiore al Sud che nelle altre regioni. Di conseguenza al Sud è stato necessario un maggior numero di colposcopie per identificare una di queste lesioni.

Tabella 4 *Principali indicatori per area geografica*

Anni	Nord		Centro		Sud e Isole	
	2012 2014	2015 2016	2012 2014	2015 2016	2012 2014	2015 2016
Proporzione di donne che hanno aderito all'invito	49,4%	50,9%	38,9%	37,8%	26,6%	28%
Proporzione di pap test inadeguati	2,7%	2,7%	2,4%	1,9%	3,9%	4%
Proporzione di donne invitate in colposcopia per qualsiasi causa	2,5%	2,9%	2,3%	2,8%	2,7%	2,8%
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	16,8%	16,9%	19,3%	17,6%	10,2%	10%
Numero di colposcopie necessarie per individuare la presenza di una lesione con istologia CIN2+	5,9%	5,9%	5,1%	5,7%	9,8%	10%
Lesioni con istologia CIN2+ individuate ogni 1000 donne che hanno fatto lo screening	3,7%	4,3%	3,8%	4,3%	2,2%	2,3%

Nel 2016, 61 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 regionali hanno utilizzato il test Hpv in 5 su 9 Regioni del Nord, 1 su 4 del Centro e 3 su 8 del Sud.

Nel 2013 il Ministero della Salute aveva raccomandato alle Regioni la progressiva conversione da Pap test a test Hpv. Bisogna tenere presente che essa richiede una fase preparatoria di riorganizzazione a livello regionale e che successivamente il passaggio non è immediato per tutte le donne di un'area ma diluito su 3-4 anni al fine di evitare sbalzi dell'attività dovuti al cambio di periodismo (da 3 a 5 anni). Quindi era da attendere un aumento modesto nei primissimi anni e più marcato successivamente. Ciò sta in parte avvenendo: nel 2016 la proporzione di donne invitate allo screening con test Hpv è stata del 23%, sostanzialmente maggiore del 16% del 2015 e tripla dei livelli del 2012. Permangono tuttavia disparità sostanziali tra aree geografiche. In alcune Regioni del Nord c'è stato un avvio tempestivo della conversione, che si attende completa a breve. Di conseguenza, nel 2016 un terzo delle donne del Nord è stato invitato a screening con Hpv e si attende un aumento sostanziale nei prossimi anni. Al contrario, al Sud, la proporzione di invitate al test Hpv rimane sostanzialmente stabile intorno al 9% mostrando che non c'è stato l'avvio di una conversione al di fuori di alcuni programmi pilota (anche regionali) già esistenti. Al Centro, la proporzione di invitate all'Hpv è aumentata dal 4% del 2012 al 25% del 2016, come risultato di una media tra alcune Regioni che hanno avviato tempestivamente la conversione e altre che sostanzialmente non la hanno ancora iniziata.

L'adesione è stata del 51,5%, lievemente superiore a quella generale all'invito allo screening. Tale dato deriva comunque anche dal fatto che la conversione non è avvenuta in Regioni dove l'adesione era più bassa.

La proporzione di donne positive al test è stabile lievemente al di sotto del 7%.

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

Anno	Area	% di donne invitate a screening con ricerca Hpv come test primario §	Adesione al test Hpv
2012	ITALIA	8,1%	42%
	Nord	9,3%	50,7%
	Centro	4%	36,4%
	Sud e Isole	9,2%	30,9%
2013	ITALIA	11,5%	42,3%
	Nord	9,8%	50,7%
	Centro	13,4%	40,3%
	Sud e Isole	12,4%	34,4%
2014	ITALIA	13,1%	47,2%
	Nord	11,3%	49,3%
	Centro	18,8%	45,8%
	Sud e Isole	11,1%	46,4%
2015	ITALIA	16%	50,1%
	Nord	17,6%	52,6%
	Centro	20,4%	51,2%
	Sud e Isole	10,2%	42,3%
2016	ITALIA	22,9%	51,5%
	Nord	32,7%	56,3%
	Centro	24,9%	45%
	Sud e Isole	9%	44,8%

§ tra tutte le invitate a screening cervicale.

Tabella 5. Percentuale di positive al Test Hpv tra le aderenti

Anno	Area	% di positive al test HPV tra le aderenti
2012	ITALIA	7,5%
	Nord	6,8%
	Centro	5,1%
	Sud e Isole	10,5%
2013	ITALIA	6,9%
	Nord	6,9%
	Centro	4,9%
	Sud e Isole	8,7%
2014	ITALIA	7,1%
	Nord	6,9%
	Centro	6,5%
	Sud e Isole	8,1%
2015	ITALIA	6,7%
	Nord	6,4%
	Centro	6,8%
	Sud e Isole	7,2%
2016	ITALIA	6,9%
	Nord	6,1%
	Centro	7,4%
	Sud e Isole	10,5%

Lo screening cervicale visto da "Passi"

Sulla base dei dati raccolti dal sistema di sorveglianza Passi, si stima che in Italia nel 2014-2016 circa tre donne 25-64enni su quattro (79%) 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 (84%), mentre è più bassa al Sud (68%) (vedi Figura 1 e Figura 2). A livello delle Regioni partecipanti al Passi sono presenti significative differenze (range: 59% Calabria - 90% Emilia-Romagna) (Fig. 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 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 di poco inferiore a quella all'interno degli screening organizzati (rispettivamente 34% e 45%). Sono presenti differenze significative tra le Regioni (range: 5% Basilicata - 57% Lombardia).

Figura 1. Copertura al test preventivo entro i tempi raccomandati, Donne 25-64enni (%), Passi 2014-2016 (n. 42.098)

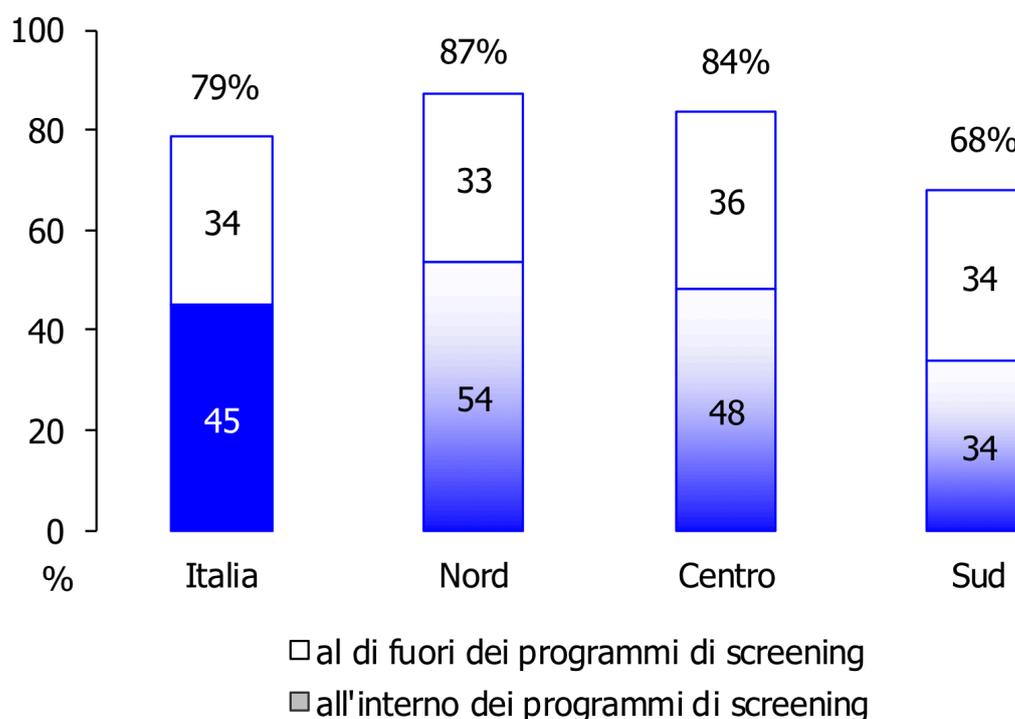


Figura 2. Copertura al test preventivo entro i tempi raccomandati, Donne 25-64enni (%), Passi 2014-2016 (n. 42.098)

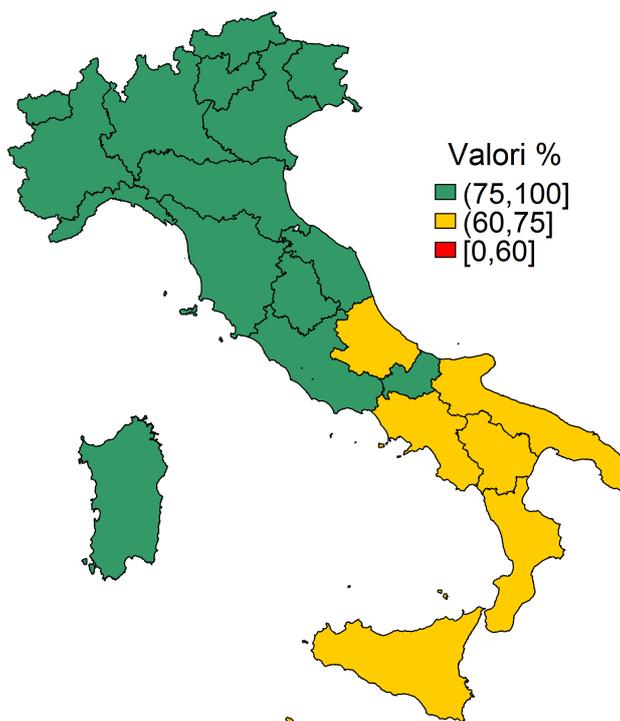
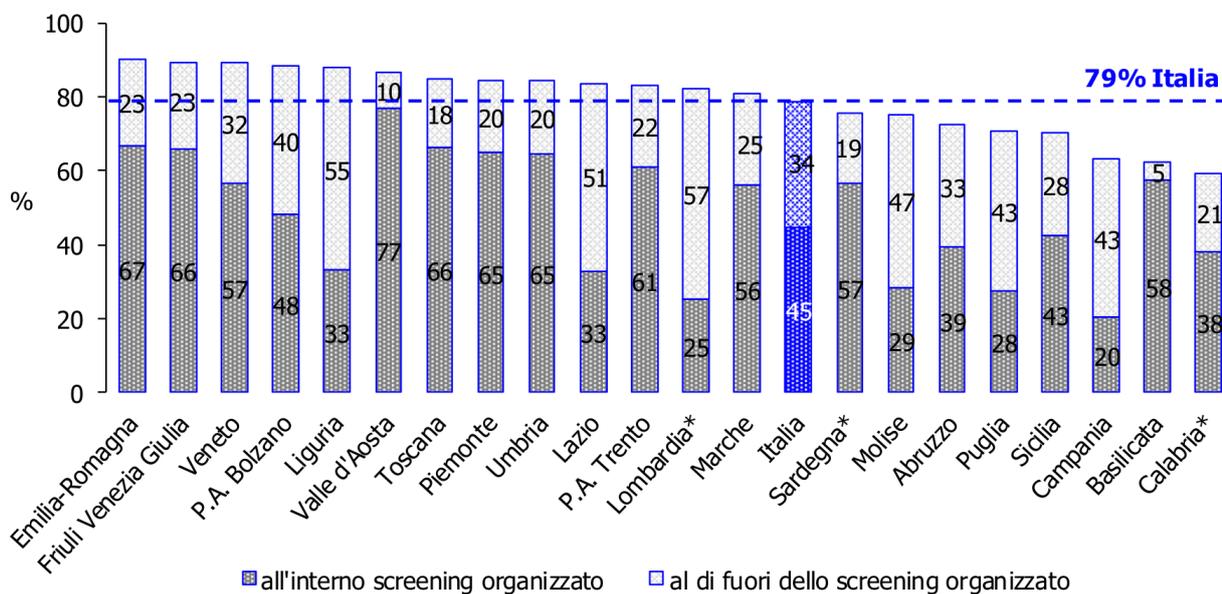


Figura 3. Copertura al test preventivo entro i tempi raccomandati (%) donne 25-64enni Passi 2013-15 (n. 43.515)



* Regioni che non hanno aderito con un campione regionale

Nel periodo 2008-2016 la copertura è complessivamente in crescita. Questa tendenza si manifesta in tutte le tre macroaree del Paese, anche se è più evidente nelle regioni del Sud; pur rimanendo un forte differenziale tra le Regioni del Sud con quelle delle altre due ripartizioni, tuttavia 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 leggera diminuzione a partire dal 2011 (statisticamente significativa), 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 2008-15

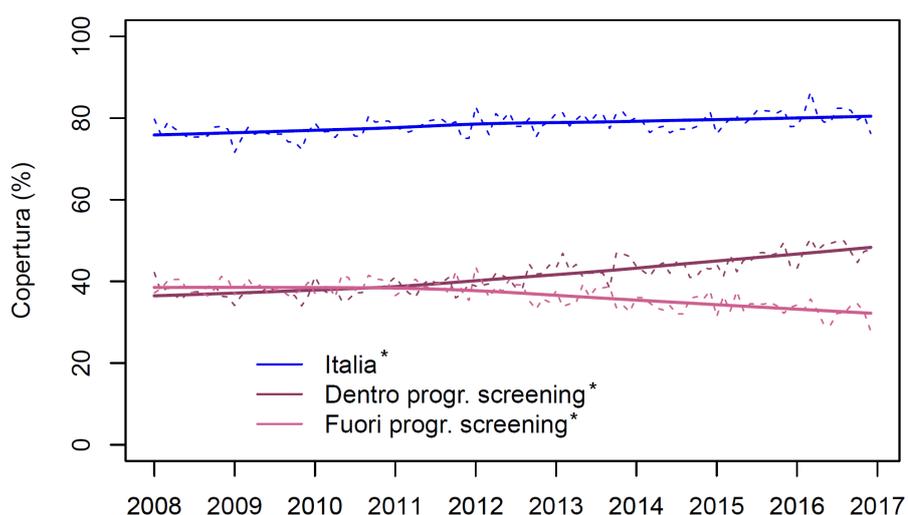
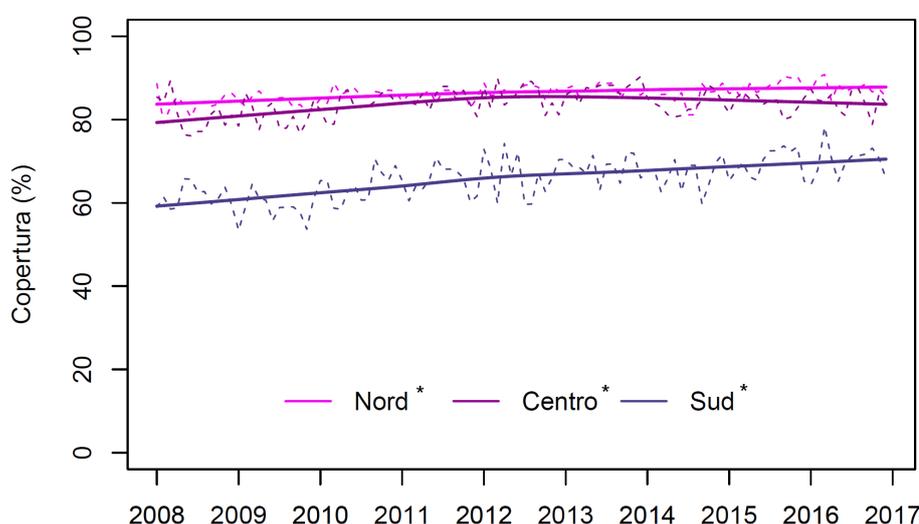


Figura 5. Copertura al test preventivo per ripartizione geografica (%), Donne 25-64enni, Passi 2008-2016(* p-value<0,05)



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 colorettaie

Dati di attività dal 2008 al 2016

L'attività di screening mostra una costante espansione: nel solo 2016 sono state invitate poco meno di 6 milioni di persone, pari a mezzo milione in più rispetto al 2015. Tuttavia nel 2016 l'adesione all'invito appare diminuita al 40%. Questo dato, che rappresenta il valore medio nazionale, risente in realtà della quota parte crescente di inviti effettuati da programmi delle Regioni del Sud, che sono caratterizzati da livelli di adesione inferiori. Come riportato in tabella 4, infatti, l'adesione all'invito è maggiore al Nord (52%), intermedia al Centro (35%) e inferiore al Sud (22%).

Come illustra la tabella 1, le persone che effettivamente si sono sottoposte allo screening nei diversi bienni sono progressivamente aumentate e nel solo 2016 hanno raggiunto circa due milioni e trecentottanta mila unità.

Tabella 1. Programmi con ricerca del sangue occulto fecale. Risultati principali 2008-2016

	2008-2009	2010-2011	2012-2013	2014-2015	2016
Numero di persone invitate	5.658.326	7.113.930	8.398.130	10.196.294	5.945.681
Adesione corretta all'invito	46%	46%	46%	44%	40%
Numero di persone sottoposte a screening	2.627.459	3.244.363	3.862.409	4.493.536	2.376.613
Proporzione di persone con test positivo	5,1%	4,8%	4,7%	5%	4,9%
Numero di persone con test positivo richiamate a colonscopia	133.868	156.315	181.649	226.549	116.531
Proporzione di aderenti all'approfondimento	79%	81%	78%	78%	77%
Numero di colonscopie totali	106.256	126.512	142.434	176.863	90.159
Proporzione di colonscopie complete	90%	96%	95	94%	94%
Numero di carcinomi individuati	4.998	5.705	5.408	5.977	2.895
Tasso di identificazione dei carcinomi (x 1000 sottoposti a screening)	1,9‰	1,8‰	1,4‰	1,3‰	1,2‰
Numero di adenomi avanzati individuati	26.060	29.367	29.709	34.629	17.266
Tasso di identificazione degli adenomi avanzati (x 1000 sottoposti a screening)	9,9‰	9,1‰	7,7‰	7,7‰	7,3‰
Proporzione di tumori trattati con resezione endoscopica	13%	12%	14%	13%	16%

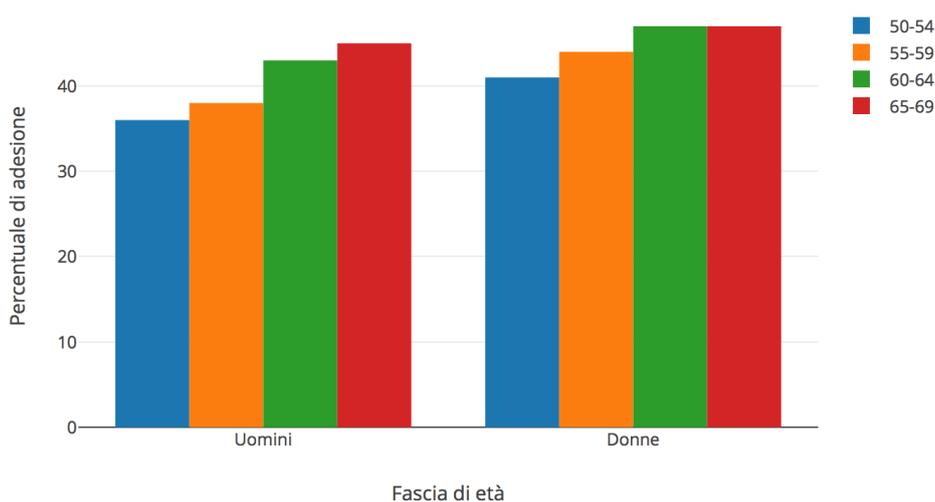
Quasi una ogni 4 persone positive al test per la ricerca del sangue occulto fecale (Sof) non ha aderito alla successiva colonscopia di approfondimento. Poiché con un Sof positivo il rischio di carcinoma o adenoma avanzato (che possiede una più elevata probabilità di evoluzione verso la malignità) è molto alto (dal 30% al 40%), è essenziale sviluppare strategie efficaci di comunicazione del rischio, per garantire livelli elevati di adesione all'approfondimento. Anche in Report ONS 2017

questo caso la flessione del valore medio nazionale è associata alla crescente quota di attività a carico dei programmi del Sud.

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

La tabella 2 mostra come l'adesione all'invito sia superiore nelle donne rispetto agli uomini e, per entrambi i sessi, nelle persone sopra i 60 anni.

Tabella 2. Programmi con ricerca del sangue occulto fecale. Adesione per età e sesso (2016)



Fascia d'età	50-54	55-59	60-64	65-69	TOTALI
Uomini	36%	38%	43%	45%	40%
Donne	41%	44%	47%	47%	43%

Il tempo che intercorre tra un test positivo, l'approfondimento e l'eventuale intervento chirurgico deve essere il minore possibile, per ridurre il carico di ansia delle persone coinvolte. Tuttavia la tabella 3 mostra come su questo fronte stia crescendo la difficoltà a garantire in tempi brevi la colonscopia alle persone per cui il Sof risulta positivo.

È un problema molto diffuso tra i programmi, e in alcune realtà il tempo di attesa può essere addirittura superiore ai due mesi. Anche i tempi per l'intervento chirurgico sono molto al di sotto dello standard di riferimento. Questo problema va gestito a livello di programmazione e soprattutto di assegnazione di risorse al programma. Grazie alla disponibilità di sempre più numerose evidenze scientifiche, oggi possiamo stimare con accuratezza i carichi di lavoro indotti dallo screening: il reperimento delle risorse previste rappresenta quindi una precisa azione di politica sanitaria interna alle aziende sanitarie locali.

Tabella 3. *Tempi di attesa dei programmi con ricerca del sangue occulto fecale 2008-2016*

	2008-2009	2010-2011	2012-2013	2014-2015	2016	Standard accettabile GISCoR
Percentuale di persone che eseguono l'approfondimento entro 30 giorni dal test positivo	46%	50%	50%	45%	42%	>90%
Percentuale di persone sottoposte a intervento chirurgico entro 30 giorni dalla diagnosi	59%	52%	50%	50%	45%	>90%

Le tabella 4 e 5 mostrano i principali indicatori di performance nelle tre macroaree geografiche. Da sottolineare il ritardo al Sud e Isole per quanto riguarda la diffusione dei programmi e l'adesione da parte della popolazione. Inoltre, mentre fino al 2015 si era assistito a un progressivo incremento del numero annuale dei partecipanti allo screening, questi nel 2016 si sono ridotti di circa 30.000 unità rispetto all'anno precedente.

I tassi di identificazione nell'Italia settentrionale si stanno progressivamente riducendo, sia per quanto riguarda i carcinomi che gli adenomi avanzati. Questo è dovuto al fatto che è via via maggiore la proporzione degli esaminati che in passato avevano già aderito allo screening (il 76% del totale nel 2016), una popolazione con una prevalenza di lesioni inferiore rispetto ai soggetti al primo episodio di screening.

Questo andamento è assente nel Sud-Isole, dove i programmi sono di più recente attivazione, ed è meno netto anche nelle Regioni del Centro.

Tabella 4. *Outcome dei programmi con ricerca del sangue occulto fecale per macroarea 2010-2016. Età 50-69 anni*

Anni	Nord				Centro				Sud - Isole			
	2010 2011	2012 2013	2014 2015	2016	2010 2011	2012 2013	2014 2015	2016	2010 2011	2012 2013	2014 2015	2016
Adesione grezza all'invito	50%	52%	52%	51%	43%	39%	37%	36%	27%	29%	25%	25%
Proporzione di persone con test positivo	4,6%	4,4%	4,6%	4,5%	4,9%	4,9%	5,2%	5%	5,2%	6,1%	6,5%	6,1%
Tasso di identificazione dei carcinomi	1,6‰	1,3‰	1,1‰	1‰	2‰	1,5‰	1,8‰	1,8‰	1,9‰	2,4‰	2‰	1,8‰
Tasso di identificazione degli adenomi avanzati	9,1‰	7,7‰	7,6‰	7‰	8,2‰	7,8‰	9,5‰	10‰	6,3‰	7,2‰	7,4‰	7,3‰

Tabella 5. Numero di persone screenate 2010-2015. Età 50-69 anni

Area	Anno	Numero di persone screenate
Nord	2010-2011	2.575.952
	2012-2013	2.809.458
	2014-2015	2.947.864
	2016	1.497.186
Centro	2010-2011	675.680
	2012-2013	724.515
	2014-2015	911.168
	2016	489.472
Sud e Isole	2010-2011	161.945
	2012-2013	341.237
	2014-2015	506.109
	2016	257.864

Rettosigmoidoscopia: la prevenzione a intervalli lunghi

I programmi che utilizzano questa modalità di indagine sono 9 e complessivamente hanno esaminato circa 12.000 persone nel 2015 e 14.500 nel 2016.

L'adesione media all'invito è intorno al 24%, minore di quella osservata nei programmi basati sulla ricerca del sangue occulto fecale. Poiché si tratta di un test effettuato una sola volta nella vita è necessario valutare il guadagno potenziale di adesione nel caso in cui si decida di ripetere l'invito a chi non ha risposto la prima volta (si prevede di effettuare due reinviti ai non rispondenti, in tutti i programmi).

La quota di inviti ad approfondimento si pone stabilmente su livelli superiori allo standard di riferimento. Solo in circa i due terzi dei casi il richiamo è 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 Sof, a indicare l'elevato potenziale di prevenzione di questa strategia di screening.

Tabella 6. Programmi con Rettosigmoidoscopia. Risultati principali dal 2012 al 2016

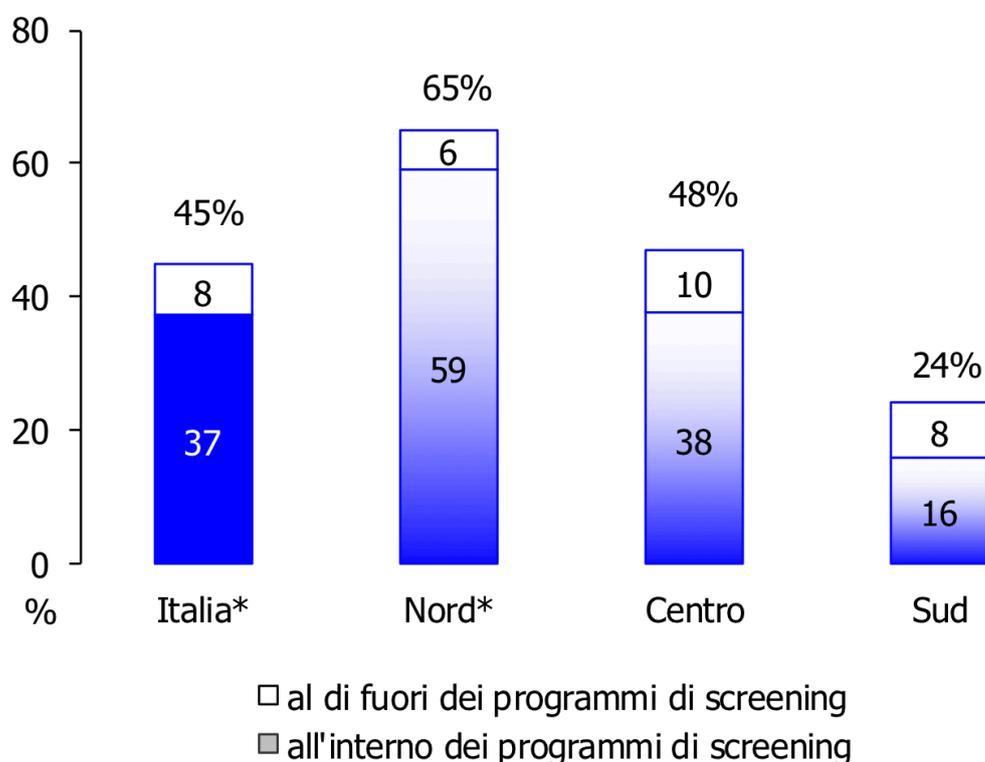
	2012	2013	2014	2015	2016	Standard accettabile GISCoR
Numero di persone invitate	47.499	52.368	49.587	49.641	59.190	-
Adesione corretta all'invito	25%	23%	22%	24%	24%	>45%
Numero di persone sottoposte a screening	11.724	11.563	11.165	11.988	14.538	-
Proporzione di persone con test positivo	9,9%	11,5%	10,9%	10,6%	11,2%	<8%
Numero di persone richiamate a colonscopia	1.161	1.329	1.217	1.268	1.629	-
Proporzione di aderenti all'approfondimento	81,9%	82,2%	81,4%	87,9%	86,4%	>90%
Numero di carcinomi individuati	24	38	32	43	47	-
Tasso di identificazione dei carcinomi (x 1000 sottoposti a screening)	2‰	3,3‰	2,9‰	3,6‰	‰	>3‰
Numero di adenomi avanzati individuati	529	549	575	558	686	-
Tasso di identificazione degli adenomi avanzati (x 1000 sottoposti a screening)	45‰	47,5‰	51,5‰	46,5‰	47,2‰	>35‰
Proporzione di tumori trattati con resezione endoscopica	25%	22,2%	14,3%	n.d.	58,3%	non definito

Lo screening coloretale visto da “Passi”

Sulla base dei dati raccolti dal sistema di sorveglianza Passi, si stima che in Italia nel 2014-2016 il 45% 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 e/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 coloretali mostra un marcato gradiente geografico: 65% al Nord, 48% al Centro e 24% al Sud (vedi Figura 1 e Figura 2), con significative differenze regionali (range: 13% Calabria - 72% P.A. Trento).

Figura 1. Esame per la prevenzione dei tumori coloretali nei tempi raccomandati* (%), Persone 50-69enni, Passi 2014-2016 (n. 38.994)

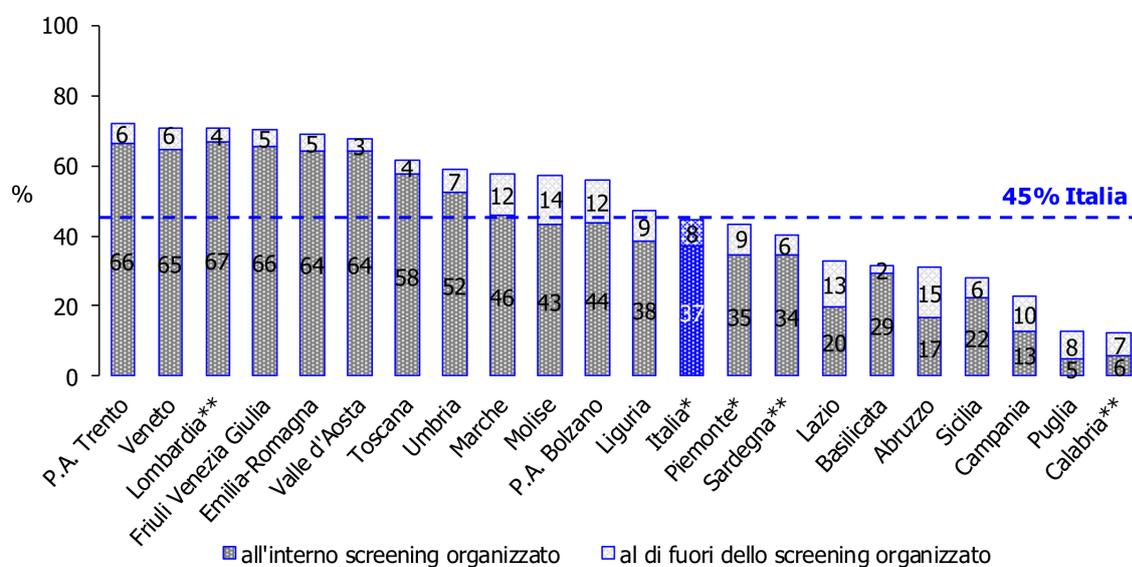


*

Figura 2. Esame per la prevenzione dei tumori coloretali nei tempi raccomandati* (%), Persone 50-69enni, Passi 2014-2016 (n. 38.994)



Figura 3. Esame per la prevenzione dei tumori coloretali nei tempi raccomandati* (%), Persone 50-69enni, Passi 2014-2016 (n. 38.994)



* 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 2010-2016 la percentuale di persone che hanno riferito un esame per la prevenzione dei tumori coloretali appare complessivamente in aumento (andamento statisticamente significativo). Tale crescita si registra in tutte le ripartizioni geografiche; al Nord e al Centro questo andamento è evidente nell'intero periodo analizzato mentre al Sud risulta forte nell'ultimo quadriennio (Figura 4).

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 stabile la quota di esami eseguiti al di fuori dei programmi, che peraltro risulta molto limitata.

Figura 4. Esame per la prevenzione dei tumori coloretali nei tempi raccomandati** all'interno o al di fuori dei programmi di screening organizzati (%), Persone 50-69enni, Passi 2010-2016 (* p-value<0,05)

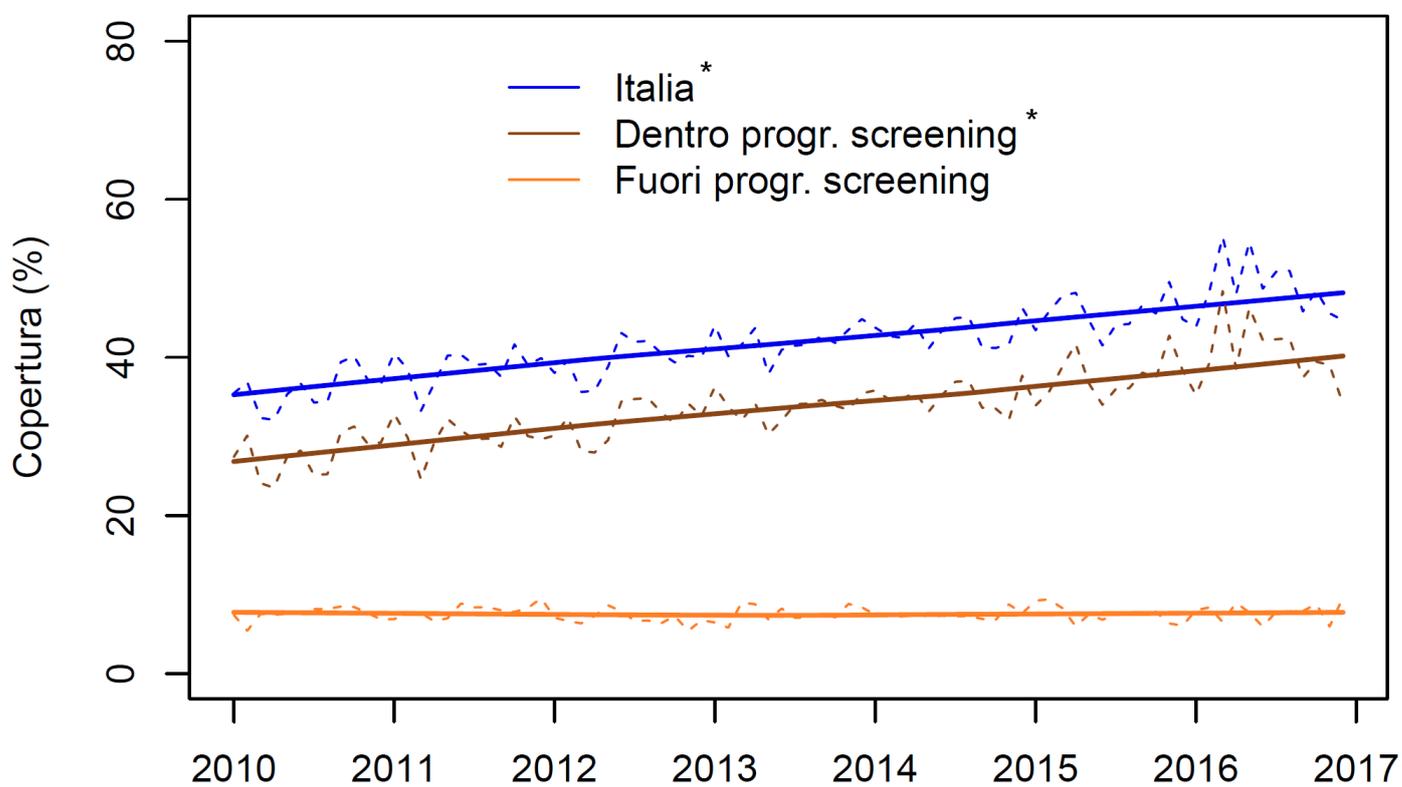
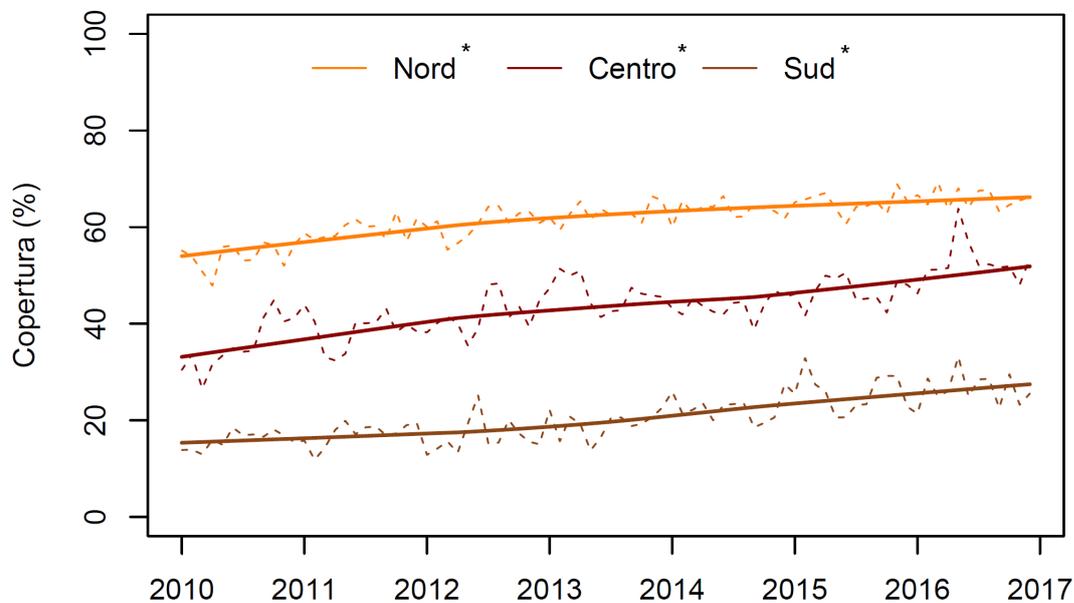


Figura 5. *Esame per la prevenzione dei tumori coloretali nei tempi raccomandati per ripartizione geografica (%) persone 50-69enni Passi 2010-15* *Esame per la prevenzione dei tumori coloretali nei tempi raccomandati** per ripartizione geografica (%), Persone 50-69enni, Passi 2010-2016 (* p-value<0,05)*



** 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)