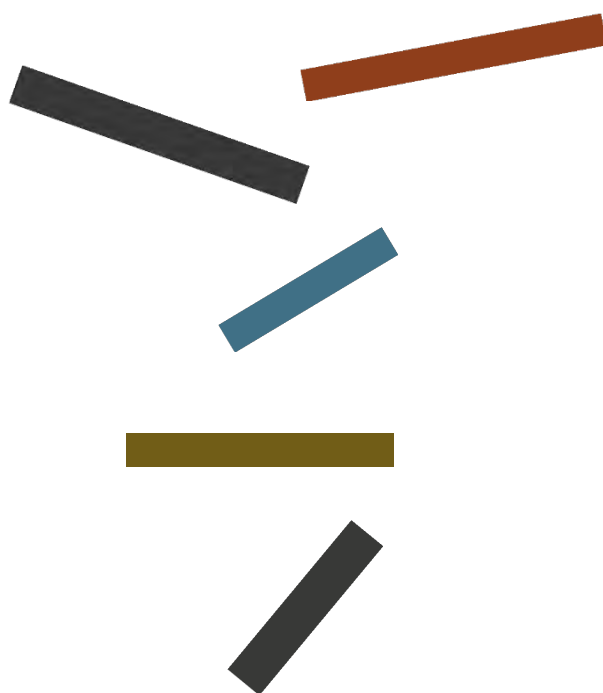




Osservatorio nazionale screening

Rapporto 2018



Sommario

I programmi organizzati di screening aiutano a superare le disuguaglianze in prevenzione?	3
Screening mammografico	6
Screening coloretale	7
Screening cervicale	8
Lo screening mammografico	10
Lo screening della mammella visto da Passi	17
Lo screening cervicale	23
Lo screening cervicale visto da Passi	29
Lo screening coloretale	35
Lo screening coloretale visto da Passi	40

I programmi organizzati di screening aiutano a superare le disuguaglianze in prevenzione?

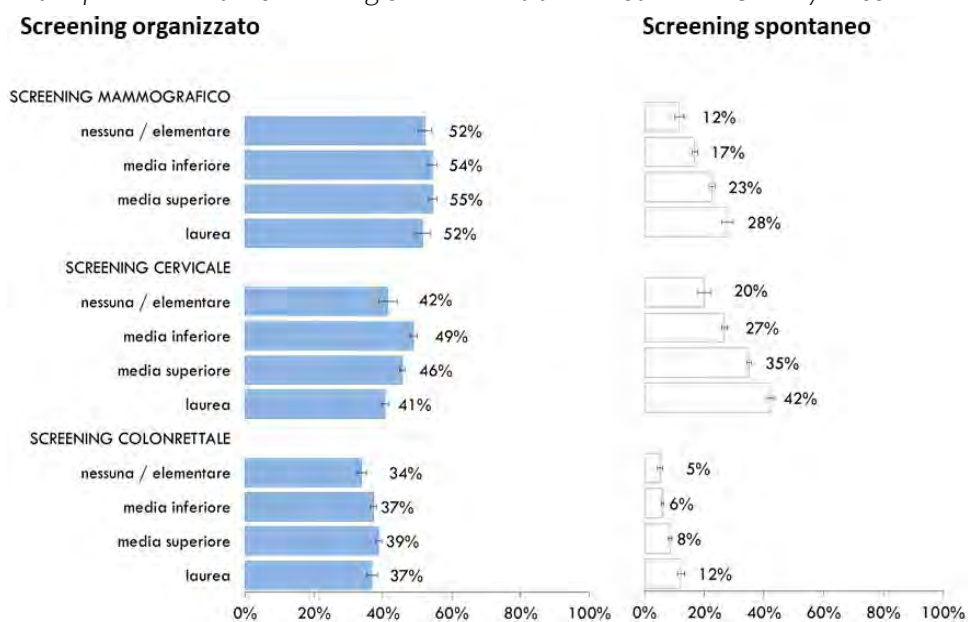
Marco Zappa - direttore dell'Osservatorio nazionale screening

I programmi organizzati di screening aiutano a superare le barriere sociali, economiche, culturali verso i comportamenti preventive? La risposta non è semplice.

Le barriere

La survey Passi, che sempre completa l'annuale rapporto Ons, ci aiuta a capire. Se guardiamo un determinato territorio la risposta è abbastanza chiara: chi partecipa ai programmi di screening mostra differenze socio-economiche molto più ridotte di chi fa prevenzione fuori dai programmi organizzati. Per semplicità, insieme a Giuliano Carrozzi (Gruppo tecnico Passi) abbiamo considerato solo il titolo di studio come indicatore delle differenze socio-economiche. I dati raccolti nella figura 1 indicano chiaramente che all'interno dello screening organizzato la partecipazione praticamente non è influenzata dal titolo di studio. Al contrario nello screening spontaneo accedono più frequentemente le persone con un titolo di studio più elevato.

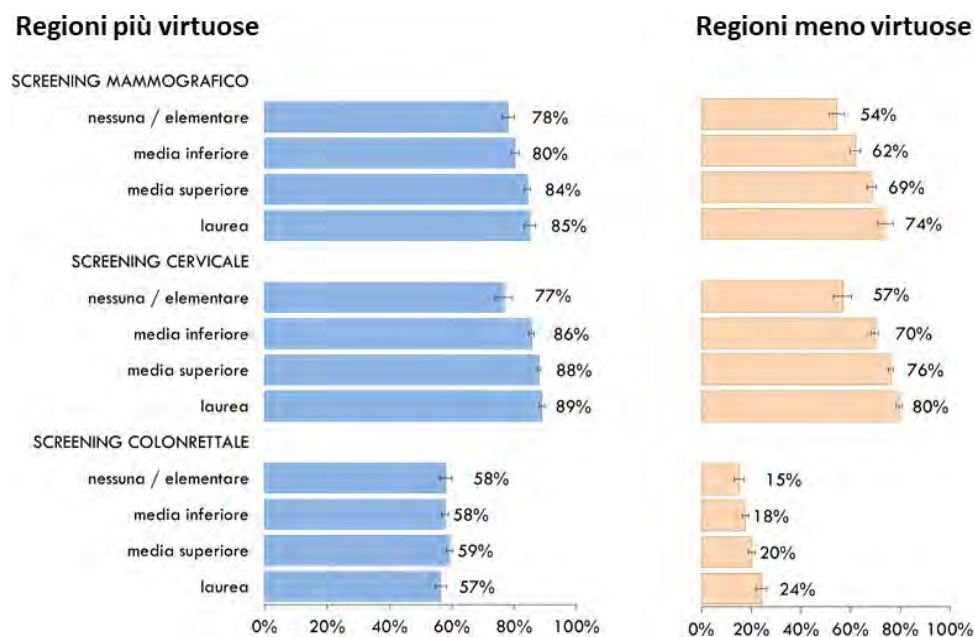
Figura 1. Partecipazione ai tre screening secondo il titolo di studio — Survey Passi 2014-2017



Una conferma di questa capacità di riequilibrio è il confronto sull'intera popolazione fra le Regioni dove i programmi di screening organizzato sono più diffusi (in cui almeno il 75% degli intervistati dichiara di aver ricevuto una lettera di invito per lo screening mammografico e cervicale, e almeno il 50% per lo screening colorettaile).

Complessivamente nelle Regioni con maggior sviluppo dei programmi organizzati si evidenziano complessivamente minori differenze sociali nell'accesso ai test preventivi. (vedi figura 2).

Figura 2. Partecipazione allo screening (sia organizzato che spontaneo) a seconda del livello di studio nelle Regioni con maggiore diffusione dei programmi organizzati e in quelle con minore diffusione



Dunque, da questo punto di vista possiamo dire che i programmi di screening organizzati riescono a attenuare le differenze di accesso ai servizi preventivi che spontaneamente si determinano. Se vogliamo ulteriormente ridurre queste differenze dobbiamo potenziare ulteriormente i programmi organizzati. Non ci sono altre strade.

Ma in Italia esiste una ulteriore barriera di disuguaglianza nell'accesso ai servizi preventivi che è specifica del nostro Paese rispetto a molti paesi europei, e cioè il vivere al Sud. Per quanto riguarda gli screening oncologici questa differenza è dovuta a due fattori: la minore estensione dei programmi organizzati nel meridione d'Italia e comunque la minore partecipazione da parte dei cittadini anche quando i programmi sono attivi.

Rispetto al primo punto le cose stanno leggermente migliorando, anche se rimane ampia la distanza rispetto al Centro Nord. Come si può leggere in quest'ultimo rapporto, nel corso del 2017 la copertura degli inviti è cresciuta al Sud e nelle Isole di 8 punti percentuali per lo screening mammografico, di 2 punti per lo screening coloretale e di 5 punti per lo screening cervicale. Ma la distanza rispetto al Centro Nord (dove siamo vicini alla copertura totale) rimane evidente.

Il minore sviluppo dell'offerta di screening al Sud incontra un ulteriore ostacolo nella partecipazione agli inviti, che rimane costantemente inferiore rispetto a quella che si registra al Centro Nord: 20 punti percentuali in meno per gli screening coloretale e cervicale, 10 per lo screening mammografico.

Le cause di queste differenze sono molteplici. Probabilmente gioca una diffusa sfiducia nella struttura pubblica: anche quando questa si attiva (e spesso lo fa in maniera non costante) non riesce ad assicurarsi la fiducia dei propri assistiti. Superare questo stato di cose è difficile, ma lo si può fare solo a condizione di investire sulla qualità del servizio (qualità tecnico professionale, ma anche organizzativa) e in una uniformità di comunicazione da parte di tutti i soggetti coinvolti.

Lo stato degli screening

I dati che presentiamo nel presente rapporto si riferiscono all'attività svolta dai programmi di screening nel 2017 e ci dicono che, nonostante tutto, continuano i progressi nello sviluppo dei programmi organizzati, anche se si conferma un divario impietoso fra Centro Nord e Sud.

Questi sono i numeri assoluti considerando tutti gli screening e tutte le fasce di età: più di 14 milioni di inviti (14.044.330) e più di 6 milioni e 300mila test (6.336.579). Questo significa che nel 2017 fra l'80 e il 90% della popolazione italiana in età target per lo screening mammografico e per quello cervicale è stata regolarmente invitata, e più del 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. La combinazione dei due approcci offre uno spaccato molto realistico dell'offerta di prevenzione oncologica nel Paese.

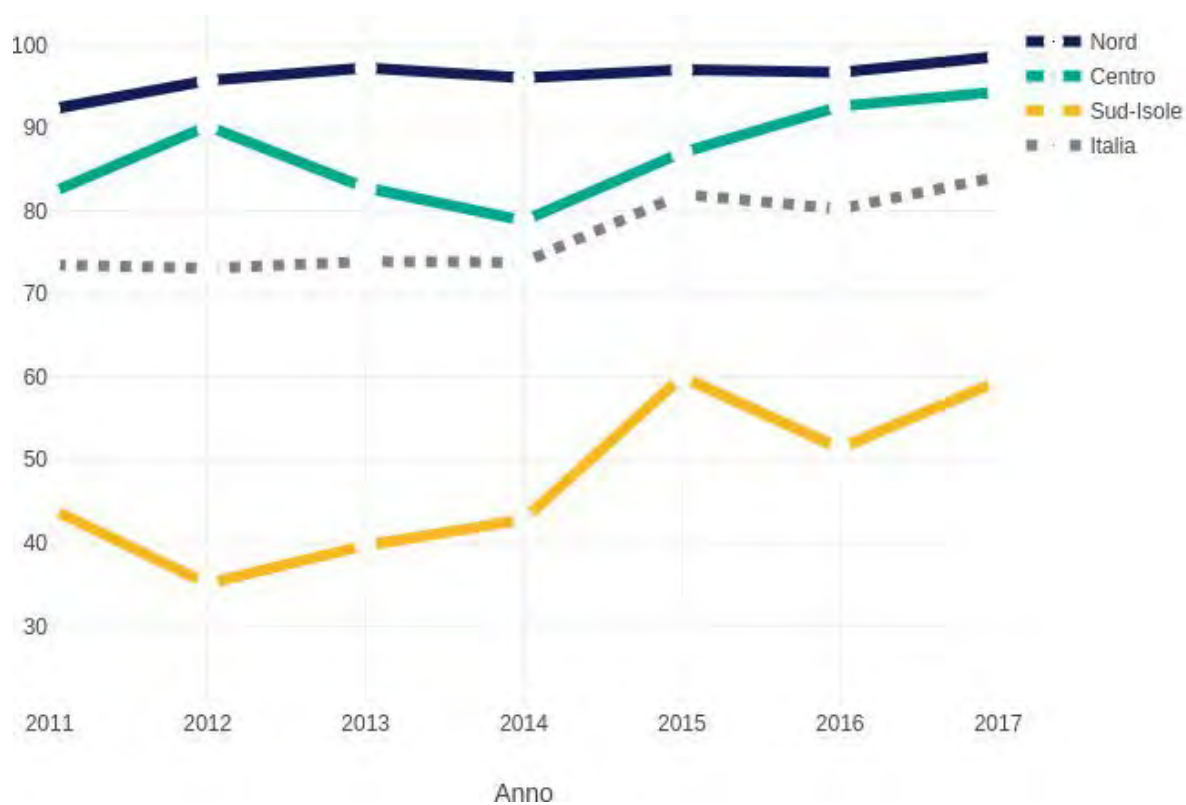
In questo contesto è interessante notare come i dati Passi mostrino un costante aumento delle persone che fanno un test a fini preventivi e tuttavia questi numeri positivi continuano a distribuirsi in maniera non omogenea su tutto il territorio nazionale.

Vediamo ora nel dettaglio come sono andati i programmi nel 2017.

Screening mammografico

La figura 3 riporta i dati dell'estensione effettiva nella fascia di età 50-69. Come si può vedere, nel 2017 si è avuto un ulteriore aumento della copertura che ha raggiunto l'84% (oltre 3.425.000 inviti, 200.000 in più rispetto all'anno scorso). La copertura è praticamente completa nell'Italia settentrionale e centrale (riguarda più di 98 donne su 100 al Nord, e più di 94 su 100 al Centro) e ha visto un aumento anche al Sud, dove ha raggiunto 60 donne su 100.

Figura 3. 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 2017)

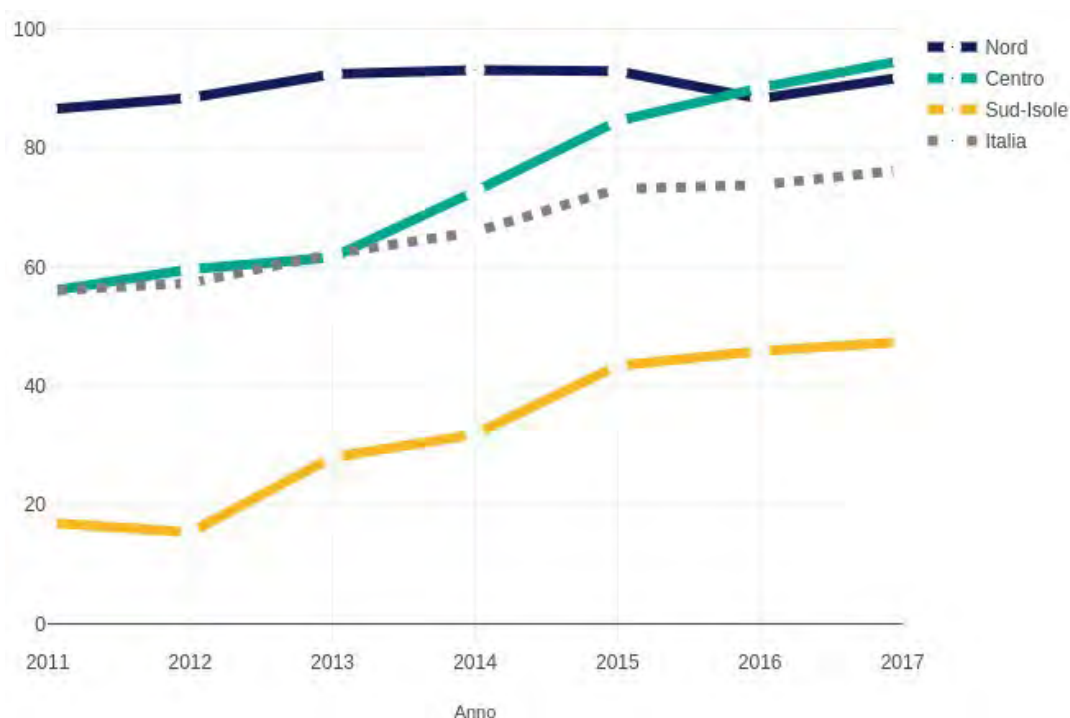


Screening coloretta

Nel 2017 sono stati invitati quasi 6 milioni di cittadini (5.932.685) di età compresa tra i 50 e i 69 anni a eseguire il test di screening: oltre 60.110 a eseguire la rettosigmoidoscopia, gli altri la ricerca del sangue occulto (Sof). Inoltre, sono stati invitati a eseguire il Sof altri 277.930 di età compresa fra i 70 e i 74 anni in particolare nella Regione Lazio e in Umbria. Lo screening coloretta, 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 la rettosigmoidoscopia. Il Lazio e l'Umbria estendono l'invito di screening fino a 74 anni.

Si è osservato un aumento rispetto all'anno precedente (350.000 inviti in più), il che significa che più di tre quarti della popolazione risulta ora invitata (76.3%). Si può vedere che al Nord e Centro siamo vicini alla copertura completa (92% Nord, 95% Centro). Al Sud, nonostante un leggero aumento rispetto all'anno precedente siamo ancora sotto il 50%.

Figura 4. 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 2017)



Screening cervicale

Nel 2017 si osserva un notevole aumento della copertura della popolazione da invitare. Come nell'anno precedente si è tenuto conto del diverso intervallo previsto per il test Hpv (5 anni) rispetto al Pap test (3 anni). In confronto all'anno precedente sono aumentati il numero totale di inviti (4.065.728: 120.000 test in più rispetto al 2016). In particolare sono aumentati i test primari basati sull'Hpv: 1.235.712 donne sono state chiamate a effettuare il test Hpv invece del Pap test (il 30% del totale, 300.000 donne in più rispetto all'anno precedente).

Figura 5. 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 2009 al 2017)



Un nuovo screening all'orizzonte?

Ormai l'evidenza scientifica sull'efficacia della tomografia computerizzata (Ct) a basso dosaggio nel ridurre la mortalità per cancro polmonare sembra acclarata. Ci sono prove di evidenza abbastanza forti che mostrano l'efficacia della diagnosi precoce attraverso lo screening nel diminuire la mortalità per tumore polmonare.

Questa acquisizione fondamentale non basta tuttavia a “dare il via” al programma di screening per il tumore del polmone. Rimangono da definire alcune questioni cruciali perché un tale programma possa realmente essere attuato. Ne ricordiamo alcune:

- quali popolazioni includere nello screening e come selezionarle (lo screening diviene più costo efficace tanto più è ad alto rischio la popolazione da invitare, ma questo determina una selezione non facile da gestire)
- quale protocollo utilizzare (nei vari trial sono stati utilizzati protocolli di screening diversi)
- come minimizzare i possibili effetti negativi: rischio radiogeno, falsi positivi, sovradiagnosi
- come integrare nella realtà la prevenzione primaria della cessazione del fumo (che rimane di gran lunga la migliore arma di prevenzione) con le politiche di screening.

Infine, abbiamo bisogno di validare sul campo i protocolli di diagnosi, in particolare rispetto ai falsi positivi e alla sovradiagnosi, studiati finora solo all'interno di sperimentazioni cliniche.

La nostra posizione rimane quella che questi problemi possano essere affrontati solo in una logica di sanità pubblica. Non vi saranno risposte adeguate se ci si baserà soltanto sui comportamenti individuali in centri specialistici. Come emerso nel meeting convocato dal ministero della Salute a inizio 2019 è necessario attivare una “Valutazione della tecnologia” (HTA Health Technology Assessment) e attivare programmi pilota di popolazione che consentano di valutare appropriatamente le varie scelte.

Auspichiamo che il ministero continui a muoversi su questa direzione e che le Regioni forniscano risorse necessarie per attivare programmi pilota.

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'Ispro 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 2011 al 2017

I dati in tabella 1 mostrano un incremento nel numero di donne italiane invitate a effettuare una mammografia nel biennio 2015-2016 rispetto al precedente: si passa da circa 5.400.000 donne a circa 6.200.000, pari a un aumento del 14,8%. Nel biennio 2015-2016 il numero di donne invitate è incrementato rispetto al biennio precedente di circa l'11%.

L'adesione all'invito nel biennio 2015-2016 subisce una leggera flessione rispetto al biennio precedente con valori che si assestano rispettivamente a circa il 55% e 57%. Nel 2017 il valore rimane sostanzialmente invariato, se confrontato con il biennio 2015-2016.

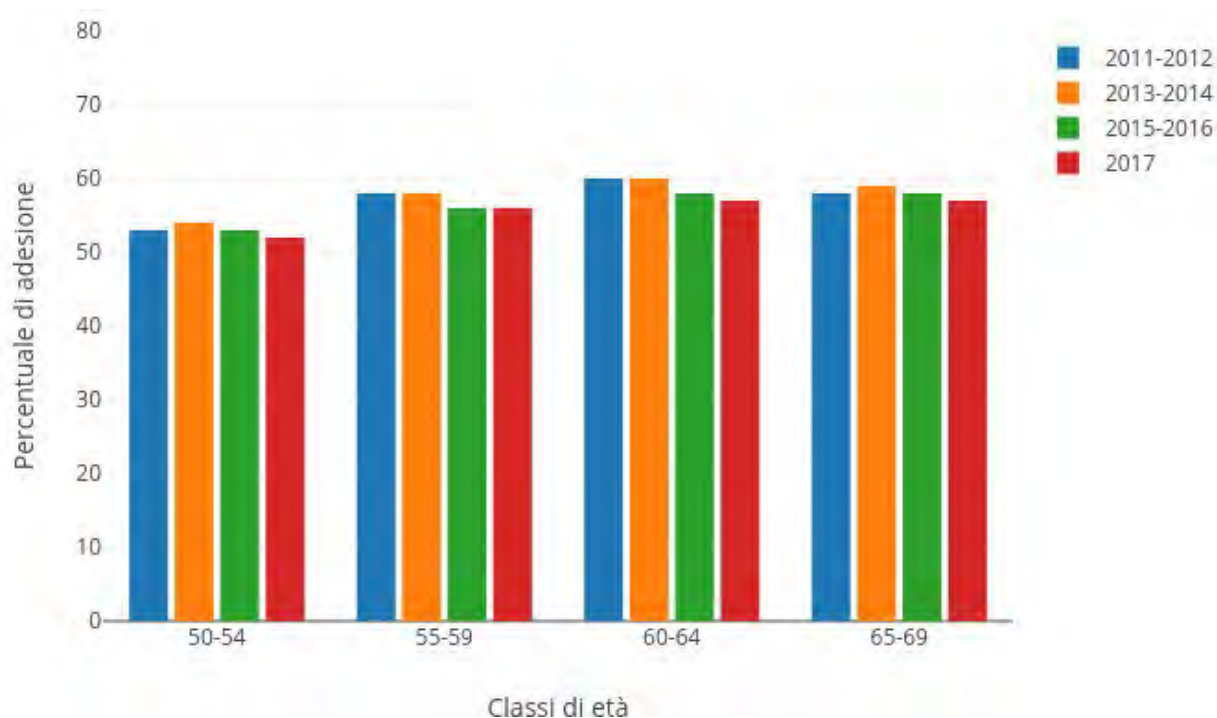
Si conferma una maggiore partecipazione nelle due classi di età centrali. Ogni 100 donne esaminate, circa 6 vengono chiamate a effettuare un supplemento di indagine, solitamente una seconda mammografia, un'ecografia e una visita clinica.

Il numero di carcinomi diagnosticati allo screening supera le 16.000 unità nel biennio 2015-2016 (contro circa 1.900 lesioni benigne), con un tasso di identificazione intorno a 4,7 casi ogni 1.000 donne sottoposte a screening. Per l'anno 2017 si registra invece una leggera flessione con lo stesso indicatore che assume un valore di 4,6 casi ogni 1.000 donne esaminate.

Tabella 1. *Dati nazionali di attività di screening mammografico 2011-2017*

	2011-2012	2013-2014	2015-2016	2017
Numero di donne invitate (% su donne invitate)	5.271.248 (56%)	5.475.139 (57%)	6.284.314 (55%)	3.340.407 (55%)
Numero di donne aderenti all'invito	2.959.329	3.123.339	3.487.504	1.846.139
Media aderenti per anno	1.479.665	1.561.670	1.743.752	
Numero di donne esaminate	2.886.794	3.086.054	3.474.756	1.795.708
Numero di donne richiamate per approfondimenti (% su donne esaminate)	161.983 (5,6%)	180.296 (5,8%)	204.644 (5,9%)	111.123 (6%)
Numero di biopsie benigne	1.601	1.724	1.936	1.027
Numero di carcinomi diagnosticati allo screening	13.034	14.537	16.358	8.257
Numero di carcinomi duttali in situ diagnosticati allo screening	1.573	1.937	2.107	1.061
Numero di carcinomi invasivi ≤ 10 mm diagnosticati allo screening	3.927	4.281	4.877	2.596

Adesione all'invito per classi d'età 2011-2017



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 nell'ultimo anno rispetto ai bienni precedenti, 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 invasivi e quello dei tumori con diametro inferiore ai 10 mm, si dimostrano positivi, mantenendosi pressoché stabile nel tempo.

Il trattamento chirurgico conservativo dei tumori con diametro inferiore ai 2 centimetri mostra invece una leggera flessione tanto nel biennio 2015-2016 rispetto al biennio precedente, quanto nell'ultimo anno (86% e 84%) ai limiti della soglia di accettabilità.

Tabella 2. Indicatori e standard di riferimento

	2011-2012	2013-2014	2015-2016	2017	Standard
Adesione grezza all'invito	56%	57%	55%	55%	≥ 50%
Percentuale di donne richiamate per approfondimenti	5.6%	5.8%	5.9%	6.2%	Primo esame: < 7% Esami succ.: < 5%
Rapporto biopsie benigne/maligne	0.12	0.12	0.12	0.13	Primo esame: ≤ 1:1 Esami succ.: ≤ 0.5:1
Tasso di identificazione dei tumori	4.5‰	4.7‰	4.7‰	4.6‰	
Tasso di identificazione dei carcinomi invasivi ≤ 10 mm	1.4‰	1.4‰	1.4‰	1.4‰	
Percentuale di trattamento chirurgico conservativo nei tumori invasivi ≤ 2 cm	87%	86%	84%	85%	> 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 ad 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

	2011-2012	2013-2014	2015-2016	2017	Standard accettabile Gisma
Invio dell'esito per i casi negativi entro 21 giorni dall'esecuzione della mammografia	69%	67%	64%	62%	90%
Approfondimento entro 28 giorni dall'esecuzione della mammografia	62%	61%	57%	55%	90%
Intervento entro 60 giorni dall'esecuzione della mammografia	45%	42%	36%	31%	

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. Il problema dei tassi di richiamo elevati al di fuori dello standard sembra riguardare maggiormente le Regioni del Centro, tanto

nell'ultimo biennio che nell'ultimo anno. Un'analisi più dettagliata, tuttavia, sembra comunque coinvolgere, seppure in misura diversa, tutto il territorio italiano.

Al Nord l'adesione sembra in lieve flessione nell'ultimo anno rispetto al biennio precedente, così come al Centro. Al Sud sebbene nel 2017 si registri un aumento del tasso di adesione rispetto al biennio 2015-2016, i valori non riescono mai a raggiungere la soglia di accettabilità. Anche il tasso di identificazione dei tumori e la percentuale di donne con lesioni piccole sottoposte a trattamento chirurgico conservativo presentano un divario se si vanno a confrontare i dati del meridione con quelli delle aree del Centro-Nord.

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

	Nord			Centro			Sud		
	2013-2014	2015-2016	2017	2013-2014	2015-2016	2017	2013-2014	2015-2016	2017
Numero totale di donne invitate	3.172.896	3.368.320	1.743.024	1.223.582	1.434.478	770.075	1.078.661	1.481.517	827.308
Numero di donne aderenti all'invito	2.013.227	2.135.693	1.100.399	685.765	776.917	406.982	424.347	574.894	338.758
Adesione all'invito	63%	64%	63%	56%	54%	53%	39%	39%	41%
Numero di donne esaminate nel periodo	2.024.849	2.147.033	1.103.924	667.885	776.961	406.982	393.320	550.762	284.802
Proporzione di donne richiamate per approfondimenti	5.%	5.1%	5.2%	7.6%	7.3%	8%	6.9%	6.7%	7.2%
Biopsie benigne	1.094	1.269	627	462	434	263	168	233	137
Tasso di identificazione dei carcinomi	5‰	5‰	5‰	4.5‰	4.5‰	4.6‰	3.1‰	3.7‰	2.8‰
Tasso di identificazione dei carcinomi invasivi ≤ 10 mm	1.5‰	1.5‰	1.6‰	1.5‰	1.5‰	1.6‰	0.7‰	0.9‰	0.8‰
Percentuale di trattamento chirurgico conservativo nei tumori invasivi ≤ 2 cm	87%	84%	87%	89%	92%	88%	69%	63%	65%

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

Nel 2017 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 2017 sono state invitate 248.367 donne pari a circa il 10% 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 oltre l'85% delle donne residenti nella fascia di età, il Piemonte circa il 25% e la Valle d'Aosta poco meno del 20%. Per quanto riguarda il resto del contesto nazionale, altre sei Regioni stanno iniziando ad invitare donne nella fascia di età 45-49 anni in maniera sistematica. In particolare, Basilicata e Liguria ne invitano oltre il 10% mentre Campania, Sicilia, Toscana e Veneto invitano donne di età 45-49 in percentuali che variano dal 3% al 5%. Circa il 68% delle donne invitate, accetta l'invito (169.411 donne).

Per quanto riguarda le ultrasettantenni, nel 2017 sono state invitate 179.213 donne, pari a circa il 22% della popolazione target, e 124.616 hanno risposto all'invito con una partecipazione che sfiora il 70%. Delle donne invitate in questa fascia di età, le Regioni Emilia-Romagna, Umbria e Basilicata invitano il 98%, 82% e 61% delle donne residenti rispettivamente. Il Friuli Venezia Giulia, la Lombardia e il Veneto ne invitano circa il 40% ciascuna, mentre Piemonte, Toscana e Valle d'Aosta percentuali al di sotto del 20%.

La qualità del percorso assistenziale

Una parte dei programmi di screening italiani (in termini di volume di attività questi programmi hanno rappresentato, a seconda del periodo, da circa un terzo a quasi la metà dei casi screen-detected diagnosticati in Italia) forniscono informazioni dettagliate sulla diagnosi e la 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 temporale degli indicatori (tabella 5) permette di cogliere un generale sforzo di correzione, con alcuni miglioramenti misurabili. 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.

I dati 2017 sono stati forniti dai seguenti programmi di screening: programma regionale piemontese, programma regionale valdostano, programma regionale del Lazio, programma del comune di Milano, programma della provincia di Trieste, programmi di alcune realtà della Regione Emilia - Romagna (Bologna, Modena, Rimini). È evidente che il progetto Gisma-Sqtm vive un periodo critico e di transizione che dovrebbe portare a una più ampia copertura attraverso il data transfer dai sistemi informativi regionali e la collaborazione con i Centri di senologia.

È confortante il fatto che l'indicatore sulla diagnosi pre-operatoria sia sensibilmente migliorato nel corso degli anni (41% nel 1997, 84%-88% 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, per i quali l'indicatore corrispondente è riportato in tabella, ciò avviene stabilmente nel corso degli anni nel 90% dei casi, salvo una lieve riduzione nel 2017 (86%).

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 sostituzione della dissezione, 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 sovra trattamento, e anche in questo caso il miglioramento negli anni è sostanziale, dal 14% nel 1997 al 1-3% negli anni recenti.

L'obiettivo sui tempi di attesa non è stato invece raggiunto, ma si è riscontrato per la prima volta nel 2017 un timido miglioramento del trend finora invariabilmente negativo. Infatti, mentre nel 2013-2016 soltanto il 40% delle donne eseguiva la prima terapia entro un mese dalla decisione di operare (nel 1997 il 55% effettuava l'intervento entro tre settimane), nel 2017 questa percentuale sale al 44%. 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, pur mantenendo la raccomandazione di servirsi dei centri clinici di maggiore qualità e dedicati in modo specialistico al tumore della mammella.

Tabella 5. Dati su approfondimenti diagnostici e terapia – Survey Sqtm (screening mammografico)

	2005 2006	2007 2008	2009 2010	2011 2012	2013 2014	2015 2016	2017	Standard Gisma
Disponibilità della diagnosi pre-operatoria N=39.280 Missing 2.7%	74,2%	76,2%	77,7%	82,4%	84,1%	84,4%	87,8%	≥ 80%
Chirurgia conservativa (in situ entro 2 centimetri) N=3.342 Missing 1.9%	90,9%	91,1%	92,1%	90,2%	91,8%	89,8%	86%	≥ 85%
Solo linfonodo sentinella nei carcinomi invasivi con linfonodi negativi N=19.705 Missing 4.7%	76,1%	85,6%	90,9%	91,3%	97,1%	94,7%	97,1%	≥ 95%
Lesioni in situ nelle quali si evita la dissezione ascellare N=6.096 Missing 7.6%	90,4%	93,4%	96,6%	97,3%	98%	97,1%	99,2%	≥ 95%
Intervento entro 30 giorni dalla prescrizione N=43.559 Missing 19.5%	60%	54,7%	44,3%	43,2%	41%	39,2%	43,7%	≥ 75%

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, CPO-Piemonte, AOU della Salute e della Scienza, Torino. Il patrimonio informativo complessivo è di circa 63.000 casi. Ciò consente di effettuare e pubblicare progetti di ricerca, come recentemente quello di Maria Grazia Lazzaretti et al (*The Breast* 2019) sui trend temporali relativi alla chirurgia dell'ascella.

Lo screening della mammella visto da "Passi"

Sulla base dei dati raccolti dal sistema di sorveglianza [Passi](#), si stima che in Italia nel 2014-2017 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 (79%) ed è significativamente più bassa al Sud e nelle Isole (59%), con significative differenze a livello delle Regioni (range: 48% Campania - 89% P.A. Trento) (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 circa una donna su cinque (19%) abbia eseguito la mammografia come prevenzione individuale rispetto a una donna su tre dello screening cervicale (34%). Sono presenti significative differenze tra le Regioni (range: 6% Basilicata - 33% Puglia) (Fig. 3).

Figura 1. Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni (%). Donne 50-69enni, Passi 2014-2017 (n. 27.857)

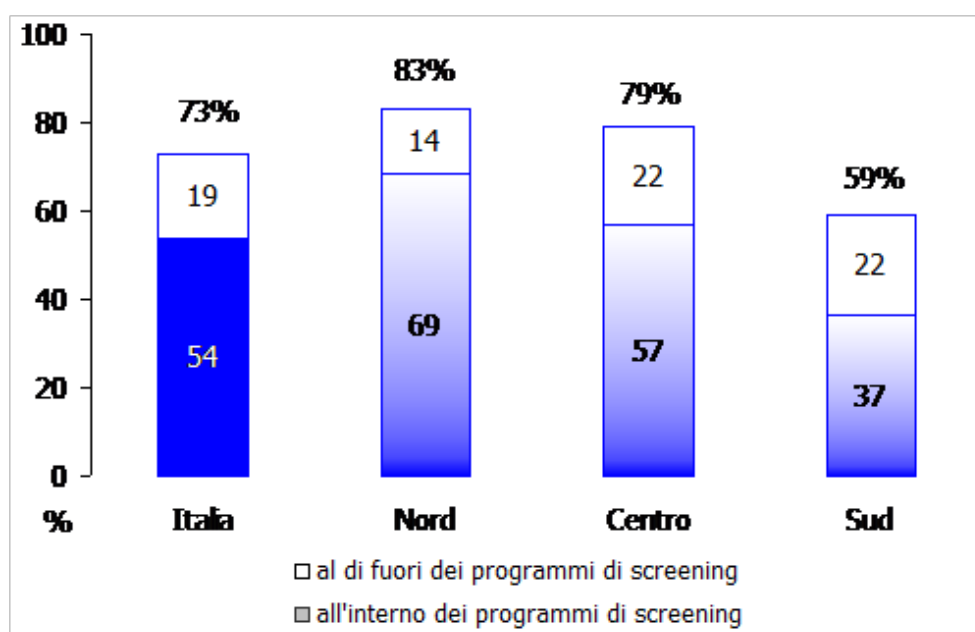


Figura 2. Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni (%). Donne 50-69enni, Passi 2014-2017 (n. 27.857)

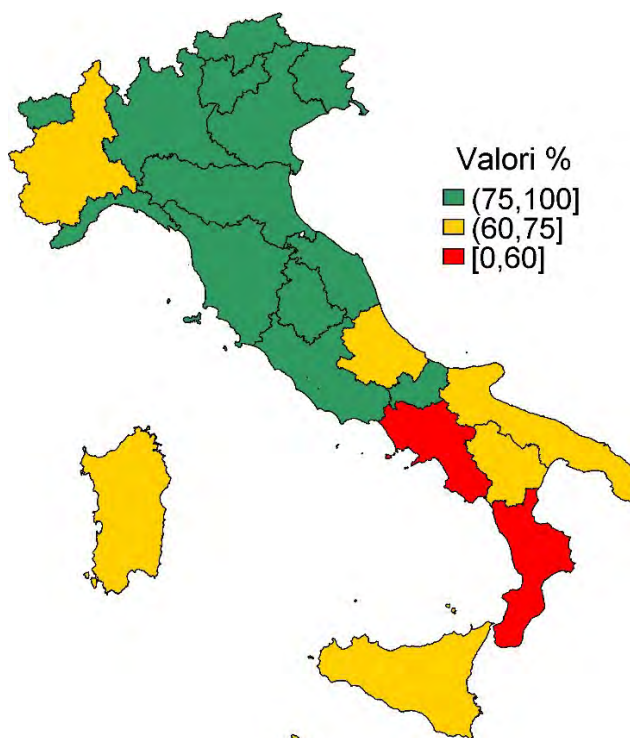
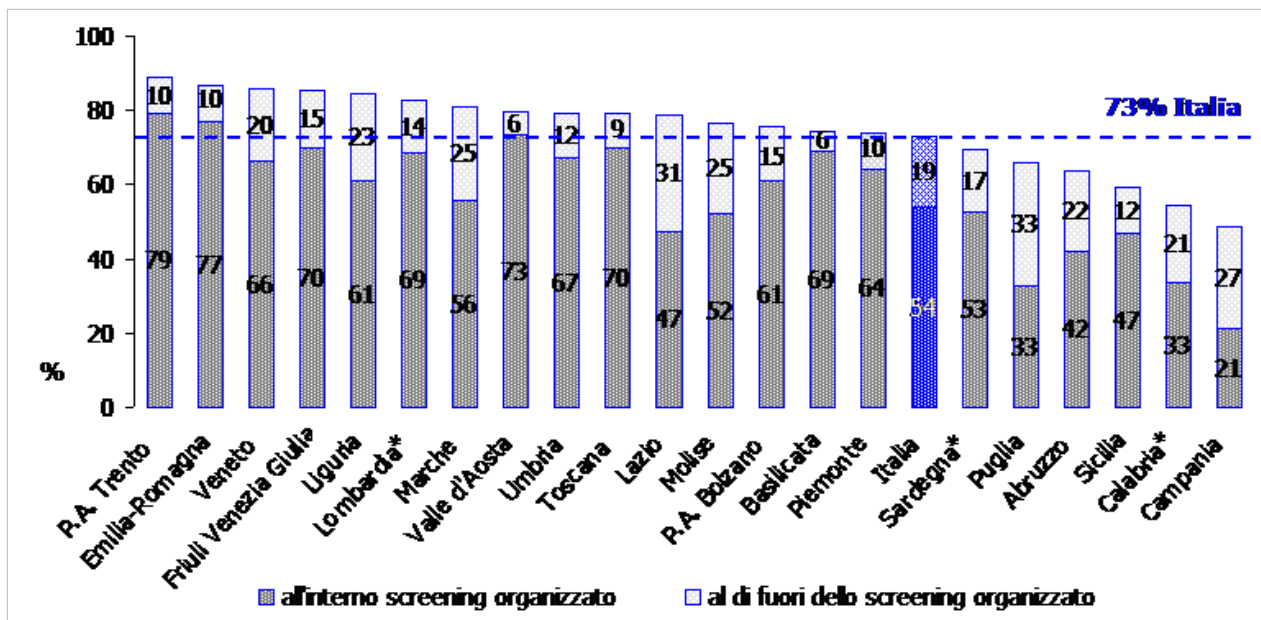


Figura 3. Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni (%). Donne 50-69enni, Passi 2014-2017 (n. 27.857)



* Regioni che non hanno aderito con un campione regionale, il dato della Lombardia si riferisce al periodo 2014-2016.

Nel periodo 2008-2017 la copertura della mammografia preventiva è in lieve aumento (Figura 4). Questa crescita è risultata statisticamente significativa in tutte le ripartizioni geografiche, molto più evidente nelle regioni del Sud con una conseguente riduzione del differenziale rispetto al Nord e al Centro (Figura 5) che comunque rimane rilevante.

È in lieve aumento la copertura all'interno dei programmi di screening e appare stabile 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 2014-2017 (n. 27.857) * p-value <0,5

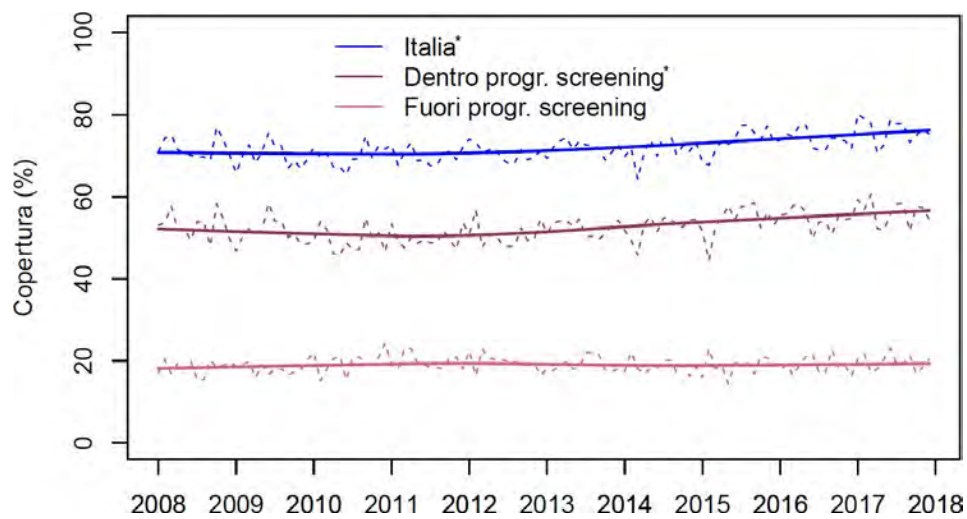
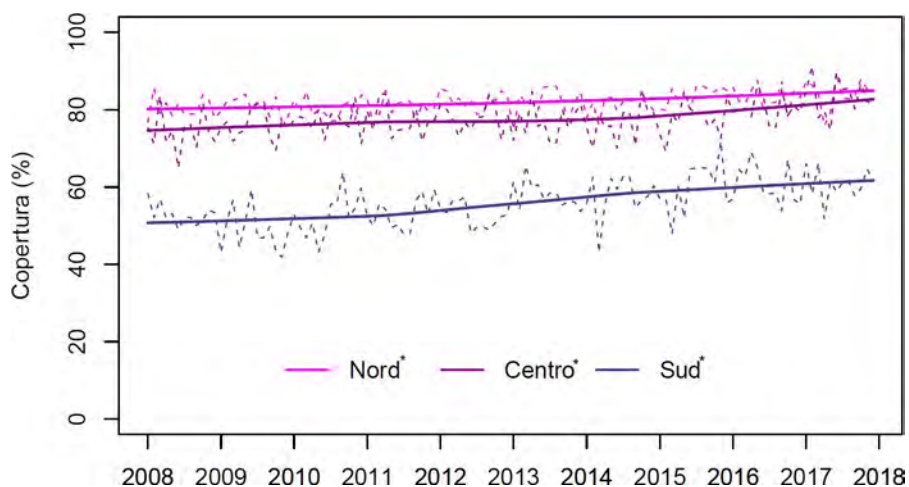


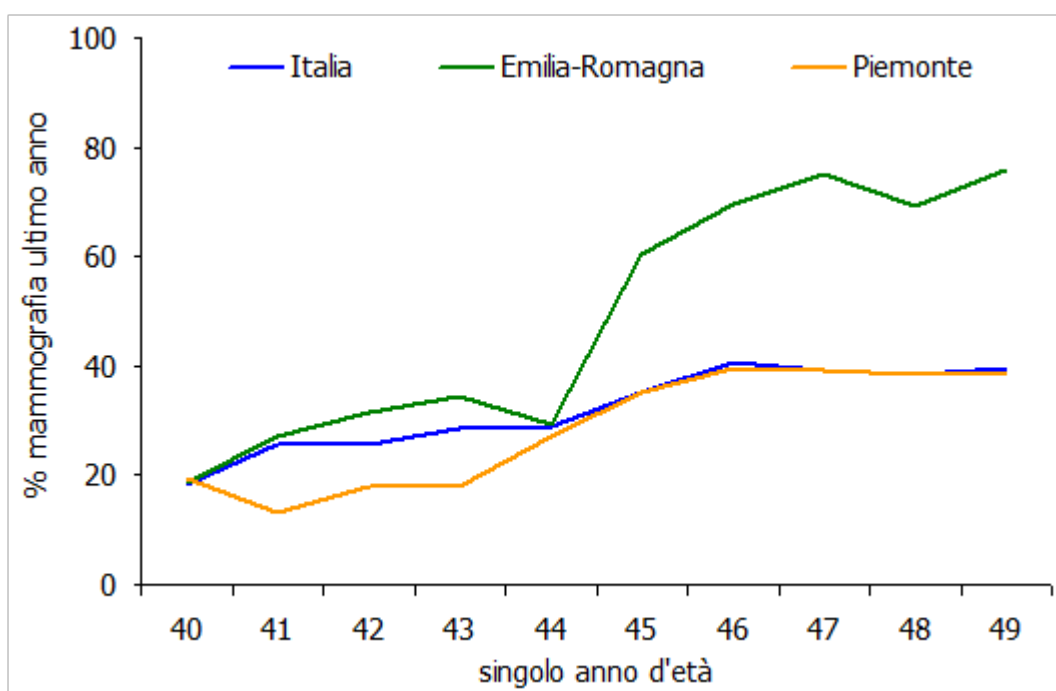
Figura 5. Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni per ripartizione geografica (%). Donne 50-69enni, Passi 2014-2017 (n. 27.857) * p-value <0,5



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 39% 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).

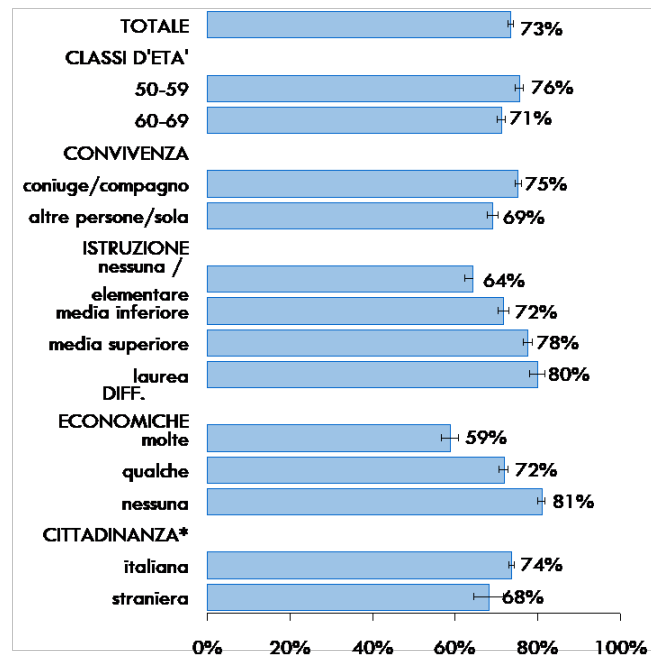
Figura 6. Mammografia eseguita nell'ultimo anno (%). Donne 40-49enni, Passi 2014-2017 (n. 27.857)



La copertura alla mammografia preventiva mostra diversi 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 (Pfp)

Figura 7. Copertura alla mammografia preventiva entro i tempi raccomandati per caratteristiche socio-demografiche - Donne 50-69enni (%) Passi 2014-2017 (n. 27.857)



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 più forti diseguità in questo secondo gruppo (Figura 9), dove sono molto più evidenti le differenza di copertura per cittadinanza, istruzione e difficoltà economiche riferite.

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 2014-2017

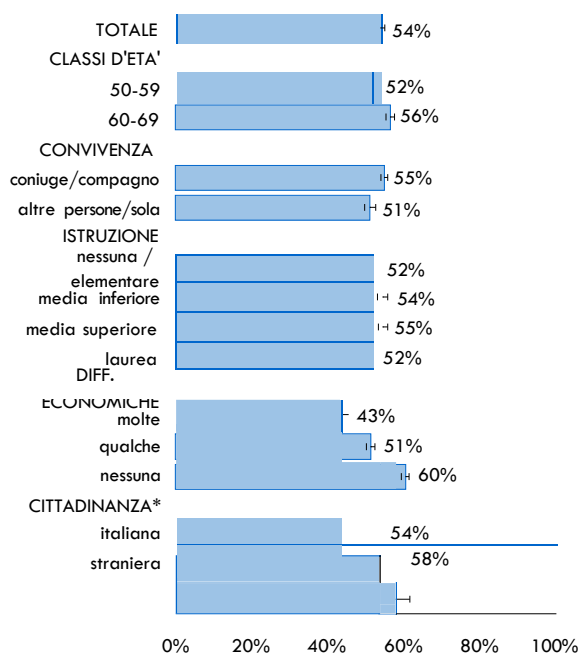
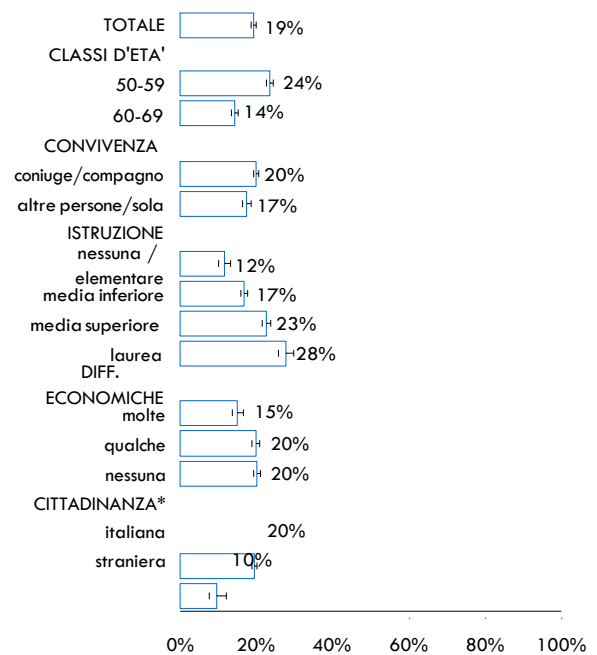


Figura 9. Copertura alla mammografia preventiva eseguita entro i tempi raccomandati fuori dagli screening organizzati, per caratteristiche socio-demografiche - Donne 50-69enni (%) Passi 2014-2017



L'analisi dei trend temporali 2008-2017 non mostra riduzioni nei differenziali di copertura per livello di istruzione, mentre sembra evidenziarsi un leggero miglioramento 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 2008-2017

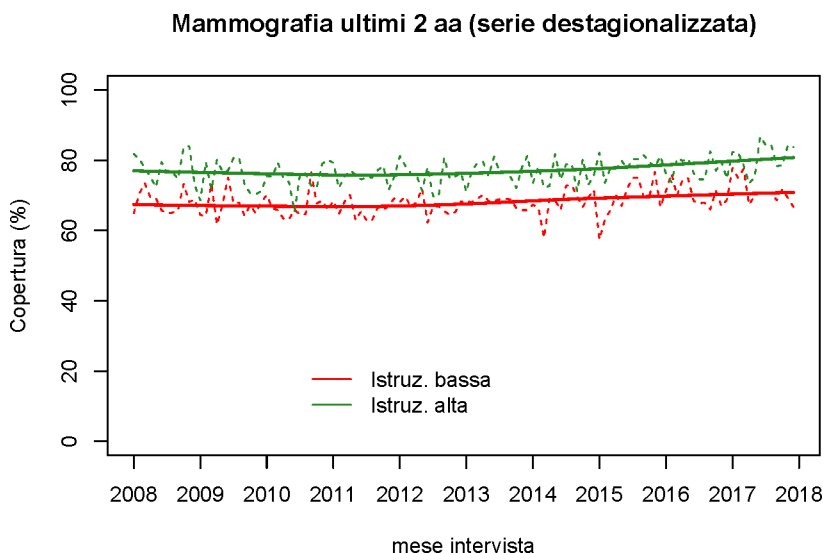
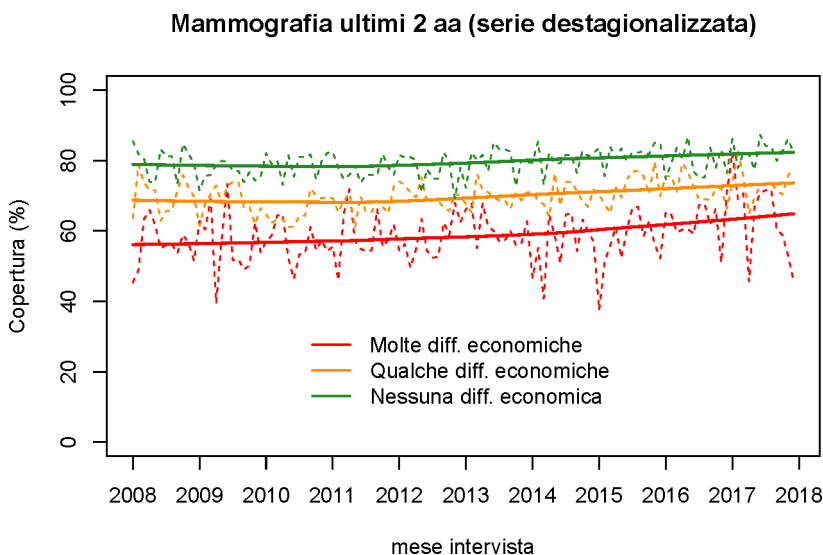


Figura 11. Copertura al test preventivo per difficoltà economiche (%) Donne 50-69enni. Passi 2008-2017



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 (effettotelescopico)
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 2017

Nell'ultimo triennio 2015-2017 si osserva complessivamente un aumento del numero di donne che hanno fatto screening, sostanzialmente dovuto all'aumento degli inviti. Nel 2017 si osserva una leggera diminuzione del numero di donne che hanno partecipato e dell'identificazione di lesioni CIN2 o più grave.

Tabella 1. Risultati principali 2009-2017

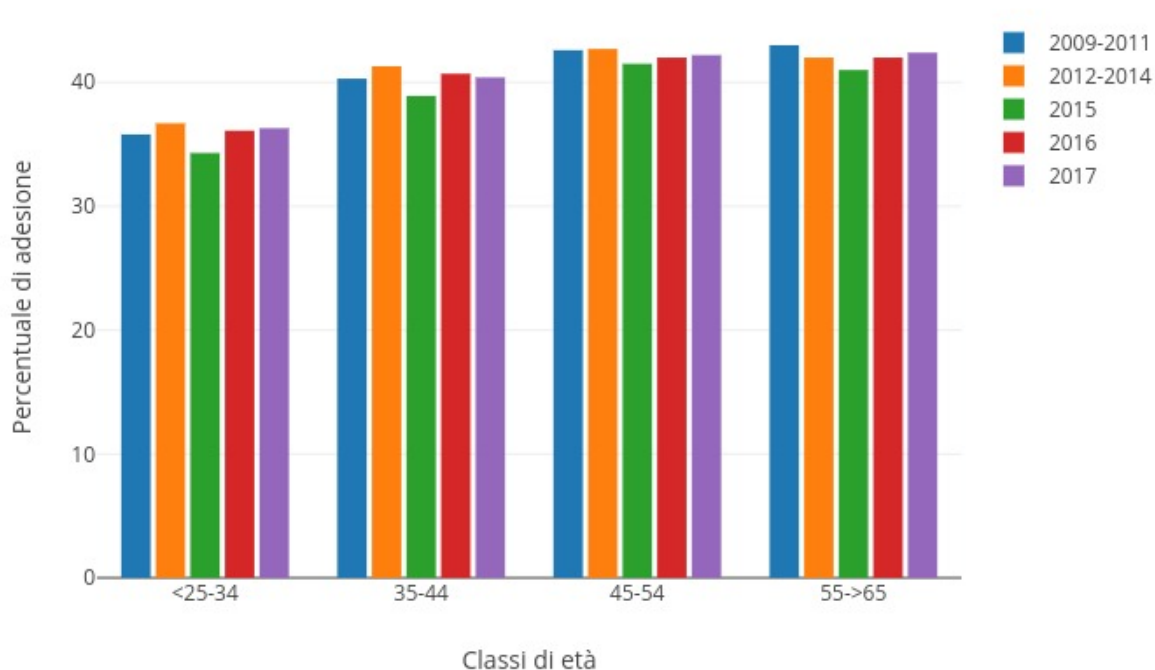
Anno attività	2009-2011	2012-2014	2015	2016	2017
Numero di donne che hanno fatto screening	4.523.802	4.329.572	1.717.150	1.734.224	1.669.338
Proporzione di donne che hanno aderito all'invito	40,1%	40,9%	41,5%	40,5%	39,9%
Lesioni con istologia CIN2+ individuate	12.641	14.417	4.627	4.466	3.925

I valori sono sostanzialmente stabili 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%
2017	36,3%	40,4%	42,2%	42,4%	40,5%

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



Gli indicatori sono in maggioranza stabili a un buon livello. Si è mantenuto sotto il 3% il numero di prelievi inadeguati. È costante il tasso di identificazione (DR) delle lesioni che richiedono un trattamento (quelle con istologia CIN2 o più grave, CIN2+) così come la proporzione di donne inviate in colposcopia. Di conseguenza è si è mantenuta agli stessi livelli la probabilità che una donna inviata in colposcopia abbia effettivamente una lesione che richiede un trattamento.

Si è leggermente ridotta l'adesione alla colposcopia, che comunque 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+). Nel triennio 2015-2017 si conferma il progressivo aumento della detection di lesioni CIN2 o più grave.

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

Anno attività	2009 2011	2012 2014	2015 2017
Proporzione di Pap test inadeguati. Standard di qualità Gisci: desiderabile: < 5% accettabile: < 7%	3,1%	2,8%	2,9%
Proporzione di donne inviate in colposcopia per qualsiasi causa	2,5%	2,6%	3%
Proporzione di donne che hanno aderito alla colposcopia per citologia ASCUS+ Standard di qualità Gisci: desiderabile: ≥ 90% accettabile: ≥ 80%	85,5%	87%	85,1%
Proporzione di donne che hanno aderito alla colposcopia per citologia HSIL+ Standard di qualità Gisci: desiderabile: ≥ 95% accettabile: ≥ 90%	89,2%	91,2%	90,2%
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%	16,6%
Numero di colposcopie necessarie per individuare la presenza di istologia CIN2+	6	6	6
Lesioni con istologia CIN2+ individuate ogni 1000 donne che hanno fatto lo screening	2,9	3,5	4

L'adesione all'invito, seppur in aumento, è stabilmente più bassa al Sud che al Nord e al Centro. Al Sud si mantiene inferiore il tasso di identificazione di lesioni con istologia CIN2 o più grave, mentre la proporzione di donne inviate in colposcopia è simile. Di conseguenza al Sud è ancora necessario eseguire un maggior numero di colposcopie per identificare una di queste lesioni, seppur il dato dimostri una lieve riduzione. Anche la probabilità che una donna inviata in colposcopia abbia effettivamente una lesione che richiede un trattamento si mantiene inferiore.

Tabella 4. *Principali indicatori per area geografica*

Area	Nord		Centro		Sud e Isole	
	2012 2014	2015 2017	2012 2014	2015 2017	2012 2014	2015 2017
Proporzione di donne che hanno aderito all'invito	49,4%	51%	38,9%	37,4	26,6%	28 %
Proporzione di Pap test inadeguati	2,7%	3%	2,4%	1,9%	3,9%	4%
Proporzione di donne invitate in colposcopia per qualsiasi causa	2,5%	3,1%	2,3%	2,9%	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%	17%	19,3%	18,5%	10,2%	10%
Numero di colposcopie necessarie per individuare la presenza di una lesione con istologia CIN2+	5,9	5,8	5,1	5,4	9,8	7,2
Lesioni con istologia CIN2+ individuate ogni 1000 donne che hanno fatto lo screening	3,7	4,6	3,8	4,8	2,2	2,3

Nel 2017, 57 programmi di screening hanno utilizzato la ricerca del Dna di tipi “ad alto rischio” di papilloma virus umano (Hpv) come test primario di screening. Tutti i programmi regionali hanno utilizzato il test Hpv in 7 Regioni.

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 2017 la proporzione di donne invitate allo screening con test Hpv è stata del 30%, sostanzialmente maggiore del 7% rispetto all’anno precedente. 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 2017 poco meno della metà 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 al 10% 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 33% del 2017, come risultato di una media tra alcune Regioni che hanno avviato tempestivamente la conversione e altre che sostanzialmente non hanno ancora iniziato.

L'adesione si mantiene intorno al 50%, 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 in aumento al Nord ed al Centro, si mantiene stabile al Sud, con una media italiana di circa l'8%.

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%
2017	ITALIA	30,4%	49%
	Nord	47,2%	53,5%
	Centro	32,7%	38,7%
	Sud e Isole	8,1%	45,8%

§ tra tutte le invitate a screening cervicale.

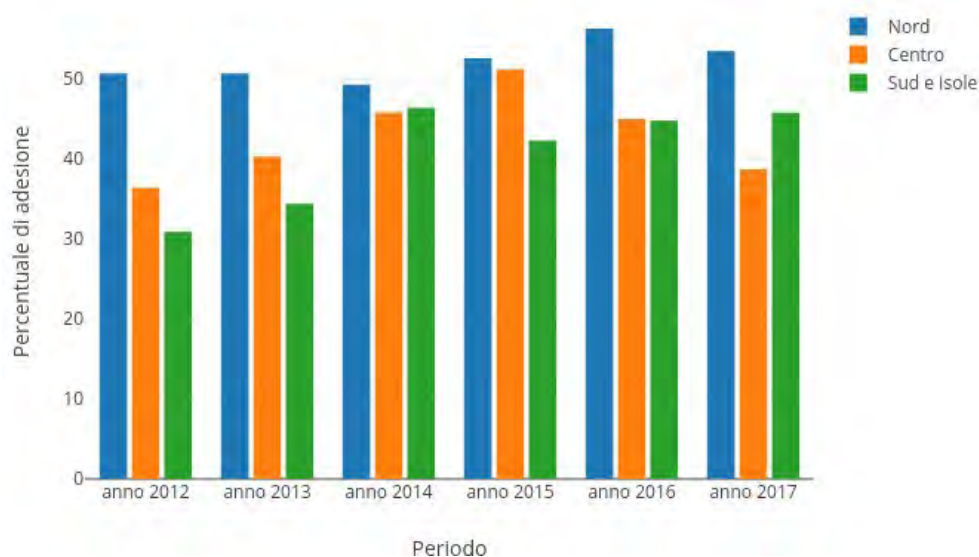


Tabella 5. Percentuale di positive al Test Hpv tra le aderenti

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%
2017	ITALIA	7,8%
	Nord	7,2%
	Centro	8,4%
	Sud e Isole	10,4%

Lo screening cervicale visto da "Passi"

Sulla base dei dati raccolti dal sistema di sorveglianza [Passi](#), si stima che in Italia nel 2014-2017 circa tre donne 25-64enni su quattro (79%) abbiano eseguito un Pap test o un test dell'Hpv preventivo entro i tempi raccomandati (Pap test nei tre anni precedenti l'intervista, oppure Hpv test nei tre anni precedenti l'intervista oppure Hpv test tra 3 e 5 anni solo se avuto un consiglio sanitario di ripetere il test dopo 5 anni).

La copertura complessiva al test preventivo raggiunge valori elevati al Nord (87%) e al Centro (84%), mentre è più bassa al Sud (68%) (Figure 1 e 2). A livello delle Regioni partecipanti alla sorveglianza Passi sono presenti significative differenze (range: 60% Calabria - 90% Emilia-Romagna) (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 di poco inferiore a quella all'interno degli screening organizzati (rispettivamente 34% e 45%). Sono presenti differenze significative tra le Regioni (range: 6% Basilicata - 57% Lombardia).

Figura 1. Copertura al test preventivo entro i tempi raccomandati. Donne 25-64enni (%)
Passi 2014-2017 (n. 55.086)

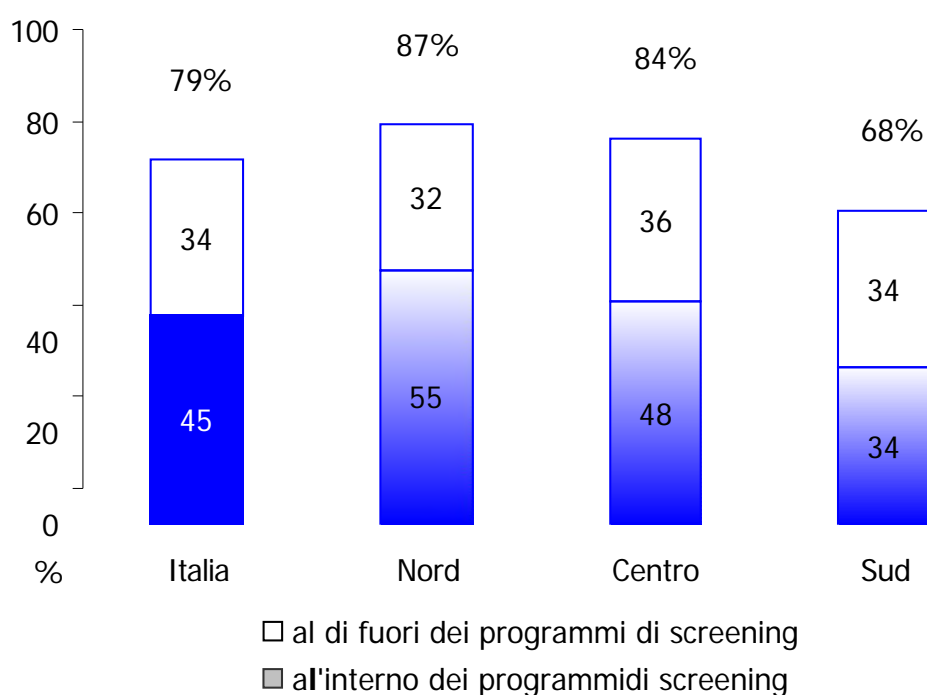


Figura 2. Copertura al test preventivo entro i tempi raccomandati. Donne 25-64enni (%)
 Passi 2014-2017 (n. 55.086)

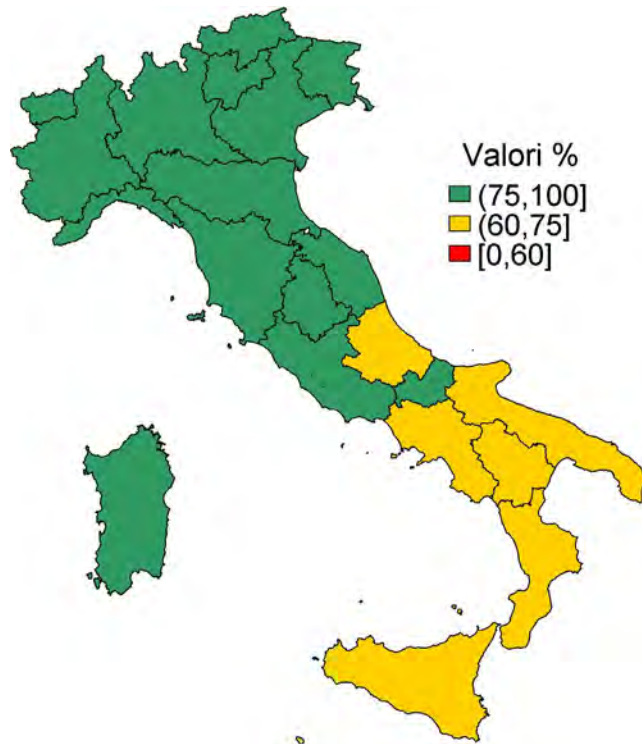
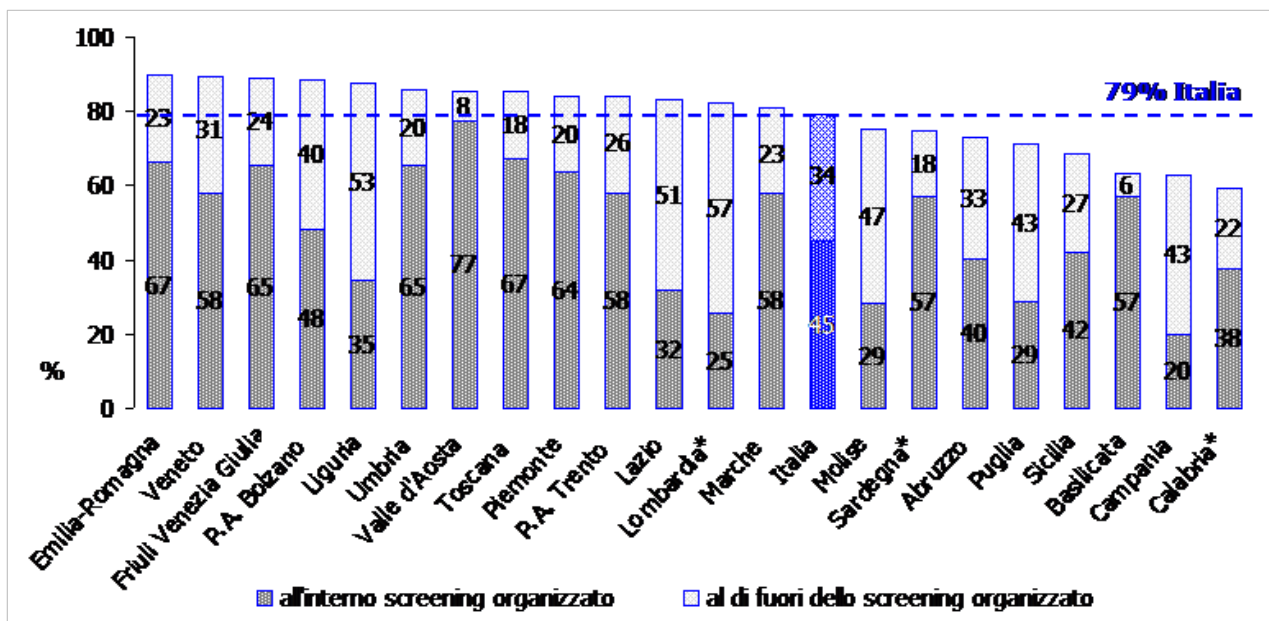


Figura 3. Copertura al test preventivo entro i tempi raccomandati. Donne 25-64enni (%)
 Passi 2014-2017 (n. 55.086)



* Regioni che non hanno aderito con un campione regionale, il dato della Lombardia si riferisce al periodo 2014-2016.

Nel periodo 2008-2017 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 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 2008-2017 (* p-value<0,05)

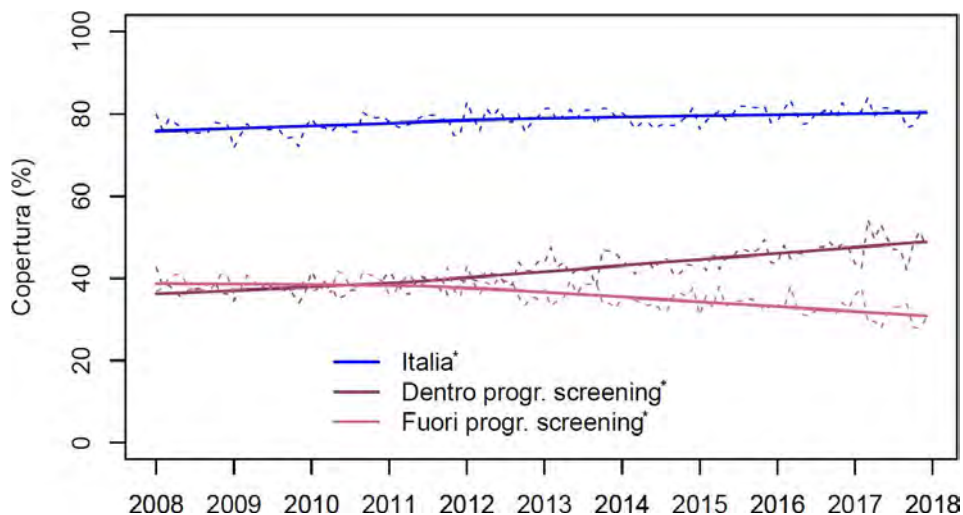
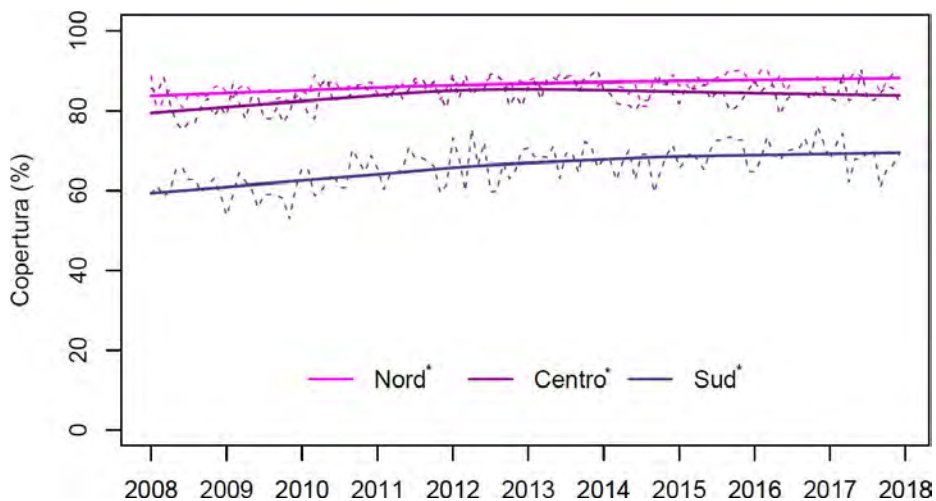


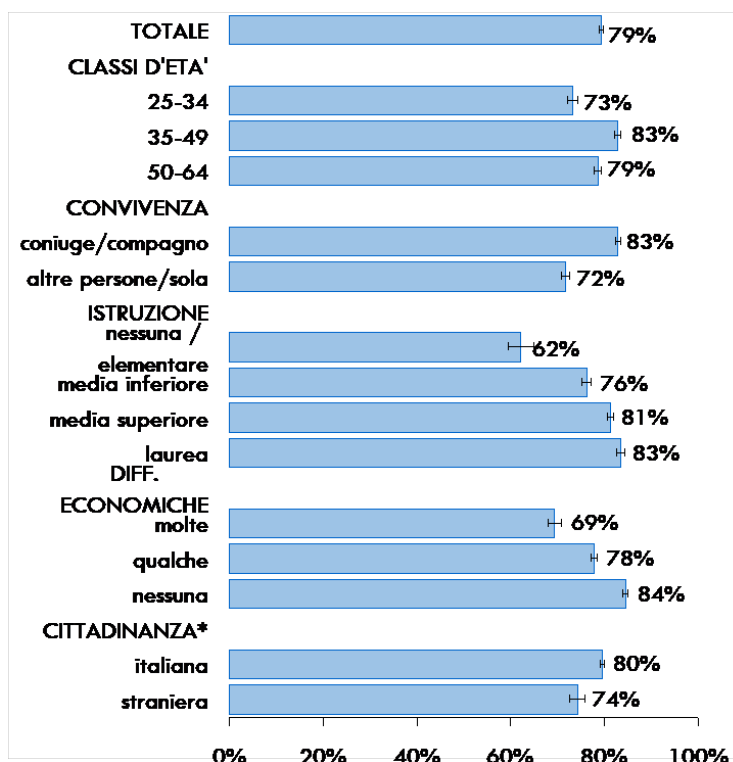
Figura 4. Copertura al test preventivo all'interno o al di fuori dei programmi organizzati (%) Donne 25-64enni Passi 2008-2017 (* p-value<0,05)



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.

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 (Pfp).

Figura 6. Copertura al test preventivo entro i tempi raccomandati per caratteristiche socio-demografiche - Donne 25-64enni (%) Passi 2014-2017



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 diseguità 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 2014-2017

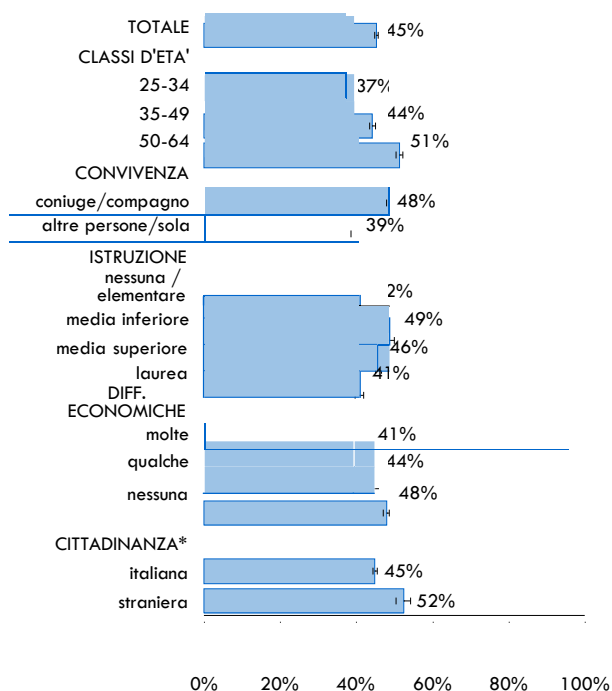
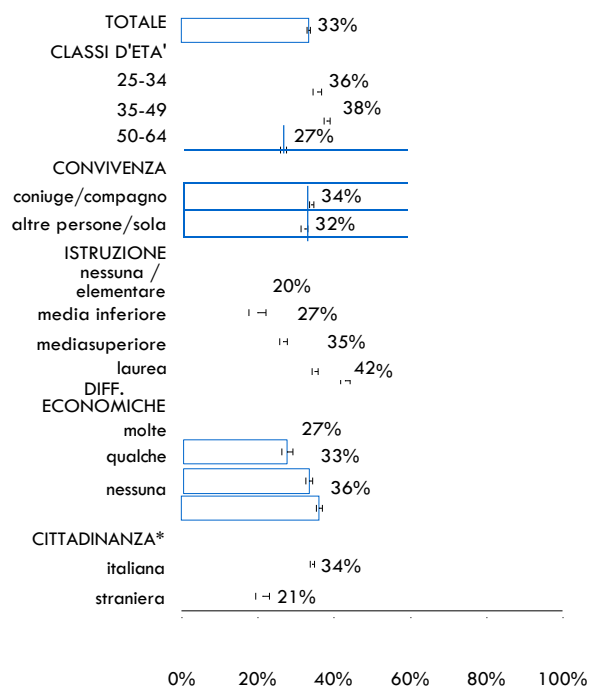


Figura 8. Copertura al test preventivo entro i tempi raccomandati eseguito fuori dei programmi di screening organizzati, per caratteristiche socio-demografiche - Donne 25-64enni (%) Passi 2014-2017



L'analisi dei trend temporali 2008-2017 non mostra riduzioni nei differenziali di copertura per livello di istruzione e di difficoltà economica (Figure 9 e 10).

Figura 9. Copertura al test preventivo per livello di istruzione (%) Donne 25-64enni Passi 2008-2017

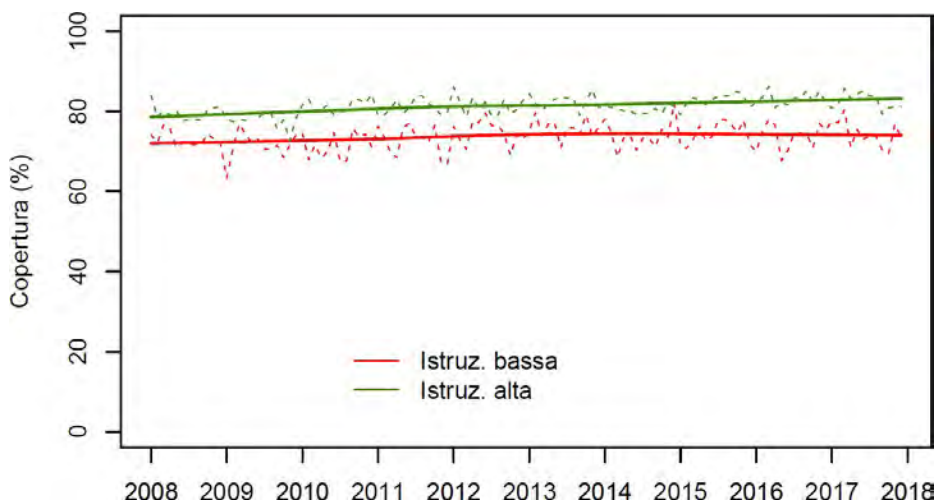
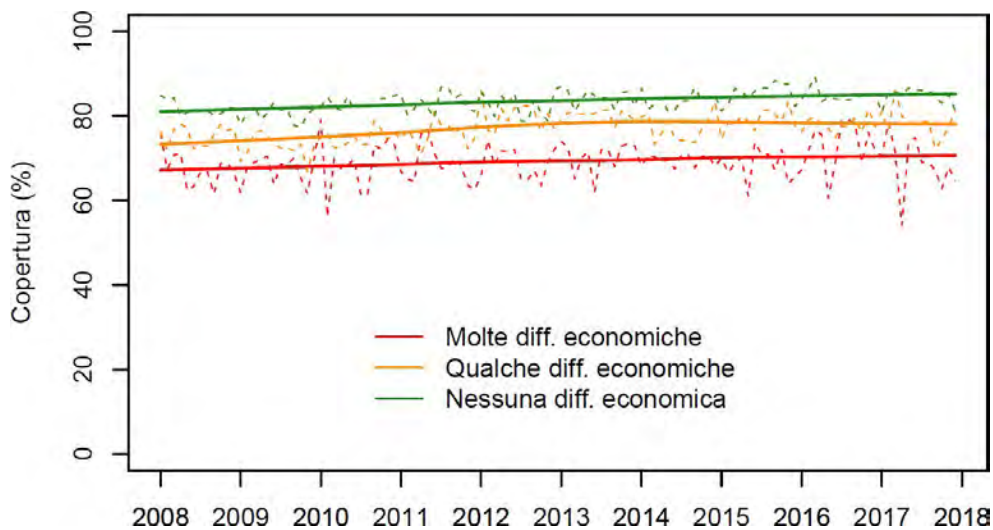


Figura 10. Copertura al test preventivo per difficoltà economiche (%) Donne 25-64enni
Passi 2008-2017



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 (effettotelescopico)
3. le rispondenti all'intervista effettuano probabilmente la mammografia in percentuale maggiore rispetto alle non rispondenti.

Lo screening colrettale

Dati di attività dal 2009 al 2017

L'attività di screening mostra una costante espansione: nel solo 2017 sono state invitate circa 6 milioni e 250 mila persone, pari a 300 mila in più rispetto al 2016. L'adesione all'invito appare stabile su valori di poco superiori al 40%. Questo dato, che rappresenta il valore medio nazionale, risente in realtà in maniera limitante della quota parte crescente di inviti effettuati da programmi delle regioni del Sud, che sono caratterizzati da livelli di adesione inferiori. Come riporta la tabella 4, infatti, l'adesione all'invito è maggiore al Nord (52%), intermedia al Centro (35%) e inferiore al Sud (24%). Come illustra la tabella 1, le persone che effettivamente si sono sottoposte allo screening nei diversi bienni sono progressivamente aumentate e nel solo 2017 hanno raggiunto circa due milioni e cinquecentotrenta mila unità. Un quarto delle 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 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.

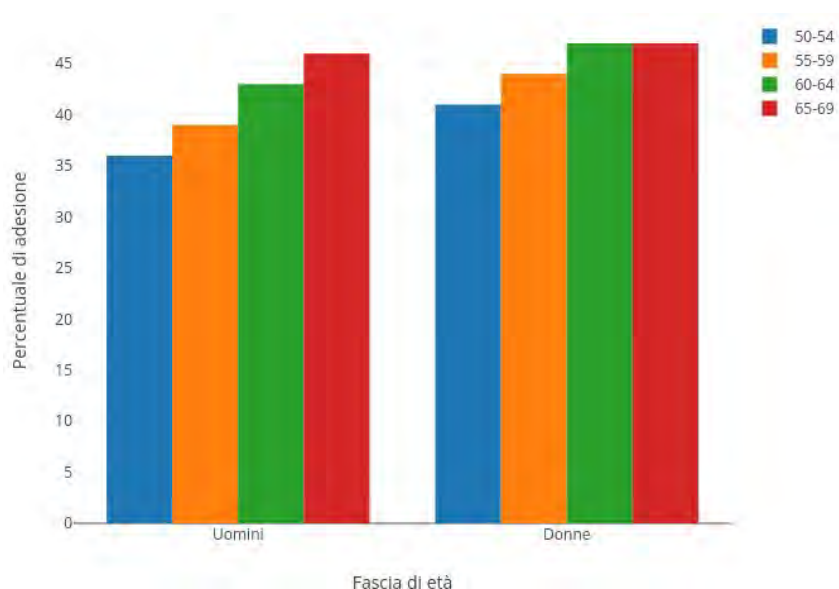
Tabella 1. Programmi con ricerca del sangue occulto fecale. Risultati principali 2009-2017

	2009-2010	2011-2012	2013-2014	2015-2016	2017
Numero di persone invitate	6.315.311	7.768.502	9.213.413	10.957.047	6.249.128
Adesione corretta all'invito	47%	45%	45%	42%	41%
Numero di persone sottoposte a screening	2.971.667	3.501.279	4.195.715	4.579.040	2.527.075
Proporzione di persone con test positivo	5,1%	4,5%	4,9%	4,9%	5,2%
N. di persone con test positivo richiamate a colonscopia	150.480	158.387	206.575	226.331	130.151
Proporzione di aderenti all'approfondimento	81%	80%	78%	78%	75%
Numero di colonscopie totali	121.834	126.702	161.301	175.737	97.173
Proporzione di colonscopie complete	91%	97%	94%	97%	93%
Numero di carcinomi individuati	5.521	5.302	5.625	6.017	3.061
Tasso di identificazione dei carcinomi (x 1000 sottoposti a screening)	1,9‰	1,5‰	1,3‰	1,3‰	1,2‰
Numero di adenomi avanzati individuati	27.838	29.033	32.197	34.785	17.378
Tasso di identificazione degli adenomi avanzati (x 1000 sottoposti a screening)	9,4‰	8,3‰	7,7‰	7,6‰	6,9‰
Proporzione di tumori trattati con resezione endoscopica	11%	12%	14%	14%	16%

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 (2017)

Fascia d'età	50-54	55-59	60-64	65-69	TOTALI
Uomini	36%	39%	43%	46%	40%
Donne	41%	44%	47%	47%	44%



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, una lunga attesa è un problema molto diffuso tra i programmi, e in alcune realtà questo tempo 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.

Purtroppo nel 2017 si è osservato un ulteriore peggioramento della performance relativa a questi due indicatori rispetto ai precedenti (Tabella 3).

Tabella 3. Tempi di attesa dei programmi con ricerca del sangue occulto fecale 2009-2017

	2009 2010	2011 2012	2013 2014	2015 2016	2017	Standard accettabile Giscor
Percentuale di persone che eseguono l'approfondimento entro 30 giorni dal test positivo	47%	53%	44%	45%	38%	>90%
Percentuale di persone sottoposte a intervento chirurgico entro 30 giorni dalla diagnosi	53%	52%	50%	47%	40%	>90%

Le tabelle 4 e 5 mostrano i principali indicatori di performance nelle tre macroaree geografiche. È da sottolineare il ritardo al Sud e 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 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 2017), una popolazione con una prevalenza di lesioni inferiore rispetto ai soggetti al primo episodio di screening.

Questo andamento è meno netto nelle Regioni del Centro, mentre lo si è osservato per la prima volta nel 2017 anche nel Sud e isole, dove i programmi sono di più recente attivazione.

Tabella 4. Outcome dei programmi con ricerca del sangue occulto fecale per macroarea 2011-2017. Età 50-69 anni

	Nord				Centro				Sud - Isole			
	2011 2012	2013 2014	2015 2016	2017	2011 2012	2013 2014	2015 2016	2017	2011 2012	2013 2014	2015 2016	2017
Adesione grezza all'invito	51%	52%	52%	52%	41%	38%	36%	35%	26%	28%	24%	24%
Proporzione di persone con test positivo	4,3%	4,6%	4,6%	4,7%	4,7%	5,2%	5,1%	5,3%	5,2%	6,5%	6,2%	7,2%
Tasso di identificazione dei carcinomi	1,4‰	1,2‰	1,1‰	1,1‰	1,6‰	1,6‰	1,9‰	1,5‰	2,2‰	2,1‰	1,9‰	1,6‰
Tasso di identificazione degli adenomi avanzati	8,3‰	7,6‰	7,2‰	6,8‰	8,2‰	8,4‰	9,9‰	8,3‰	6,9‰	7,1‰	7,4‰	4,7‰

Tabella 5. Numero di persone screenate 2011-2017

Area	Anno	Numero di persone screenate
Nord	2011-12	2.662.968
	2013-14	2.942.544
	2015-16	2.957.396
	2017	1.617.583
Centro	2011-12	730.440
	2013-14	806.716
	2015-16	957.639
	2017	573.573
Sud e Isole	2011-12	220.396
	2013-14	446.455
	2015-16	535.610
	2017	335.919

La proposta di screening nei soggetti con più di 70 anni

Sia le Raccomandazioni del Consiglio d'Europa del 2003, che le Linee guida ministeriali indicano come target per i programmi di screening coloretale la fascia di età compresa tra i 50 e i 74 anni. Nella maggior parte delle regioni italiane la fascia oggetto della proposta di screening si limita ai 50-69enni, tuttavia non mancano i programmi in cui la proposta si rivolge anche a soggetti di età superiore.

Nel corso del 2017 sono stati complessivamente 277.930 i soggetti con oltre 70 anni invitati allo screening coloretale (4,5% del totale). L'attività principale è stata svolta dai programmi del Lazio (125.026 invitati, pari al 45% del totale nazionale), della Lombardia (69.221 invitati, 25%) della Campania (41.831 invitati, 15%), Toscana (17.046 invitati, 6%) e dell'Umbria (14.980 invitati, 5%). In Lazio e in Umbria, l'estensione dell'invito fino ai 74 anni è sistematica.

Complessivamente l'adesione all'invito tra gli ultra70enni è stata del 55,9% (155.575 soggetti). Il valore più alto rispetto al 40,9% nella fascia 50-69 anni è in parte dovuto al fatto che in alcuni programmi vengono reinvitati solo i soggetti che avevano partecipato precedentemente.

Rettosigmoidoscopia: la prevenzione a intervalli lunghi

I programmi che utilizzano la rettosigmoidoscopia sono 9 e complessivamente hanno esaminato circa 14.500 persone nel 2016 e 15.600 nel 2017.

L'adesione media all'invito è intorno al 25%, 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 con sangue occulto, a indicare l'elevato potenziale di prevenzione di questa strategia di screening.

Tabella 6. Programmi con rettosigmoidoscopia. Risultati principali dal 2013 al 2017

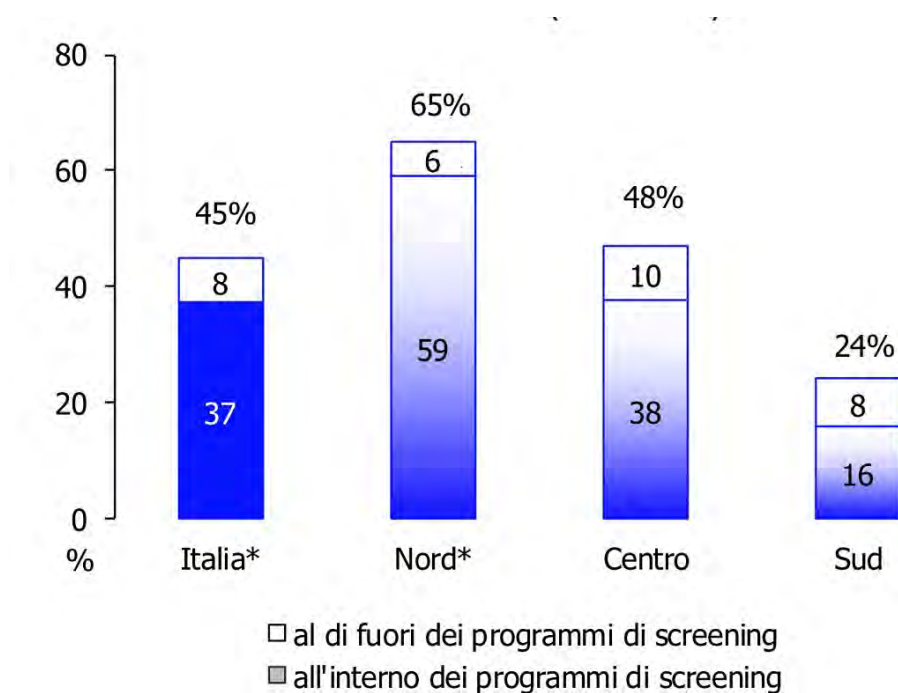
	2013	2014	2015	2016	2017	Standard accettabile Giscor
Numero di persone invitate	52.368	49.587	49.641	59.190	60.110	-
Adesione corretta all'invito	23%	22%	24%	24%	24%	>45%
Numero di persone sottoposte a screening	11.563	11.165	11.988	14.538	15.637	-
Proporzione di persone con test positivo	11.5%	10.9%	10.6%	11.2%	11.2%	<8%
Numero di persone richiamate a colonscopia	1.329	1.217	1.268	1.629	1751	-
Proporzione di aderenti all'approfondimento	82.2%	81.4%	87.9%	86.4%	83.8%	>90%
Numero di carcinomi individuati	38	32	43	47	35	-
Tasso di identificazione dei carcinomi (x 1000 sottoposti a screening)	3.3‰	2.9‰	3.6‰	3.2‰	2.2‰	>3‰
Numero di adenomi avanzati individuati	549	575	558	686	714	-
Tasso di identificazione degli adenomi avanzati (x 1000 sottoposti a screening)	47.5‰	51.5‰	46.5‰	47.2‰	45.7‰	>35‰
Proporzione di tumori trattati con resezione endoscopica	22.2%	14.3%	n.d.	58.3%	31.4%	non definito

Lo screening coloretale visto da "Passi"

Sulla base dei dati raccolti dal sistema di sorveglianza [Passi](#), si stima che in Italia nel 2014-2017 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 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 25% al Sud (figura 1 e figura 2), con significative differenze regionali (range: 12% Puglia - 73% P.A. Trento).

Figura 1. Esame per la prevenzione dei tumori coloretali nei tempi raccomandati (%). Persone 50-69enni Passi 2014-2017 (n. 51.223)



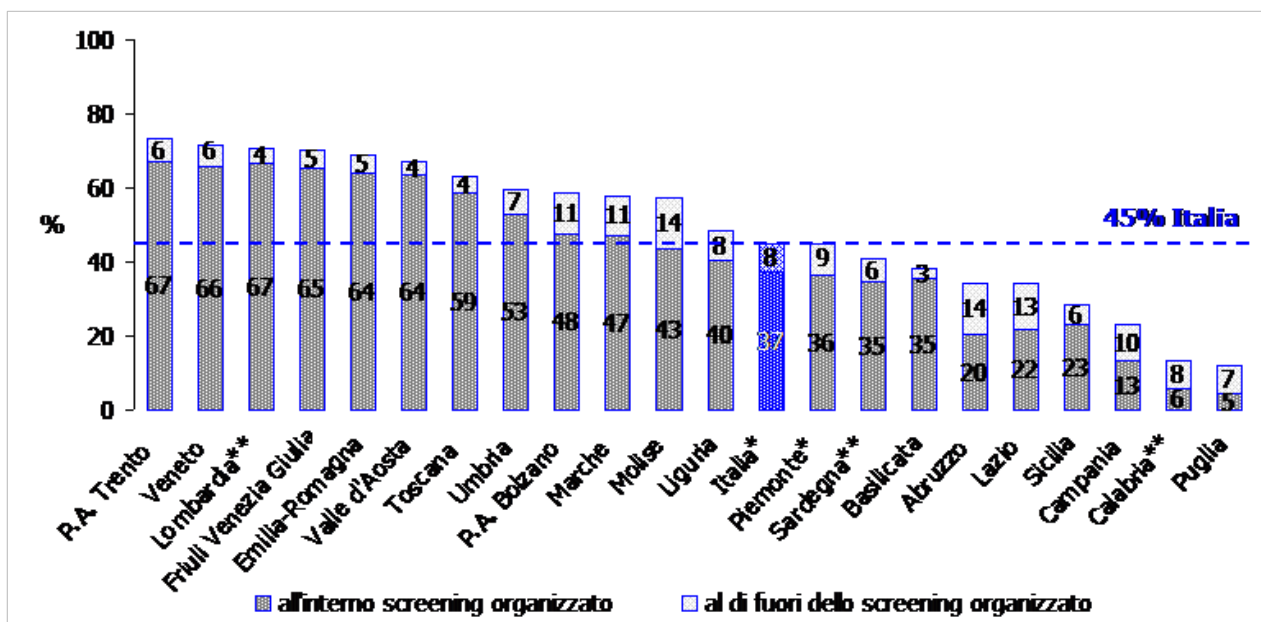
*

* 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).

Figura 2. Esame per la prevenzione dei tumori colorettrali nei tempi raccomandati (%). Persone 50-69enni
Passi 2014-2017 (n. 51.223)



Figura 3. Esame per la prevenzione dei tumori colorettrali nei tempi raccomandati (%). Persone 50-69enni
Passi 2014-2017 (n. 51.223)



* 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; il dato della Lombardia si riferisce al periodo 2014-2016.

Nel corso degli anni 2010-2017 la percentuale di persone che hanno riferito un esame per la prevenzione dei tumori coloretali appare complessivamente in aumento (andamento statisticamente significativo). Questa 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 più forte nell'ultimo quadriennio (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 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 2010-2017 (* p-value<0,05)

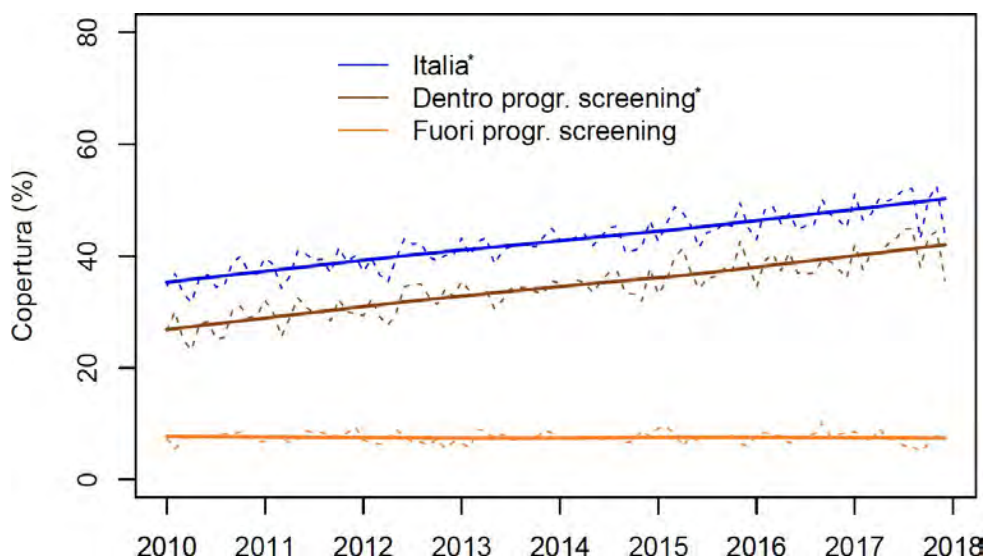
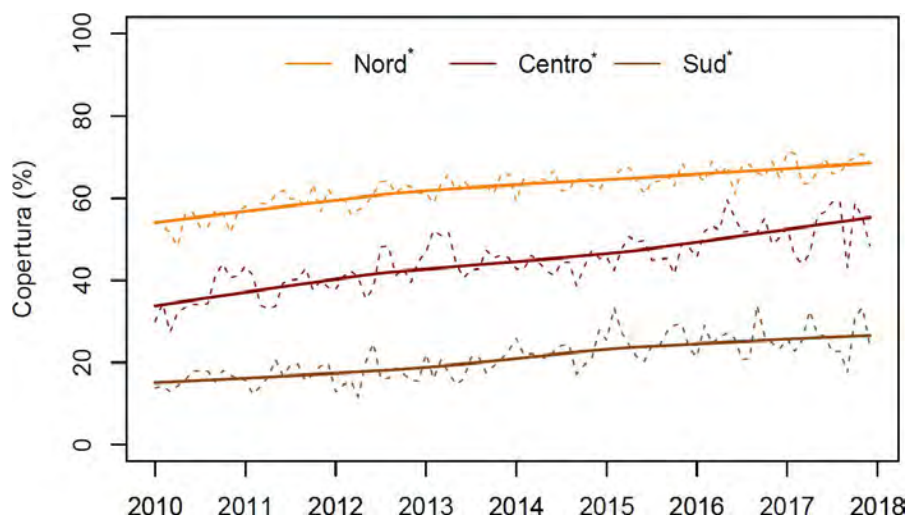
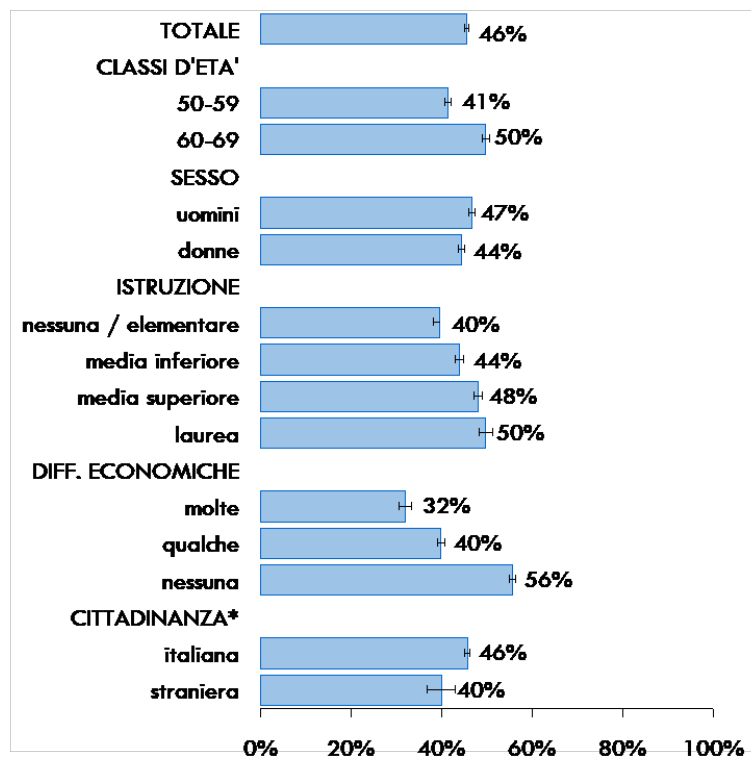


Figura 5. Esame per la prevenzione dei tumori coloretali nei tempi raccomandati per ripartizione geografica (%). Persone 50-69enni. Passi 2010-2017 (* p-value<0,05)



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. 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. La copertura è inoltre 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 (Pfp).

Figura 6. Copertura agli esami per la prevenzione dei tumori colorettrali entro i tempi raccomandati per caratteristiche socio-demografiche (%). Persone 50-69enni (Passi 2014-2017)



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), registriamo più forti diseguità in questo secondo gruppo (figura 8), dove sono più evidenti le differenza di copertura per cittadinanza, difficoltà economiche riferite e per istruzione. Quest'ultime però restano sensibilmente forti anche all'interno dei programmi organizzati.

Figura 7. Copertura agli esami per la prevenzione dei tumori colorettrali nei tempi raccomandati all'interno programmi di screening organizzati (%). Persone 50-69enni. Passi 2014-2017

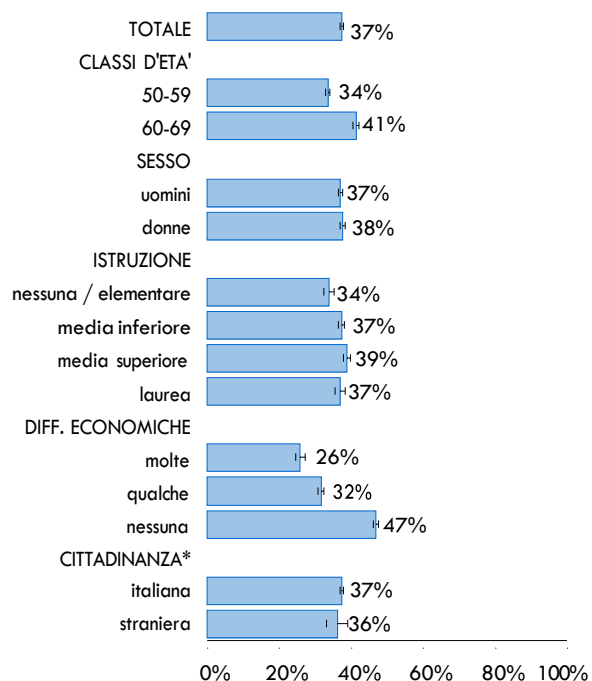
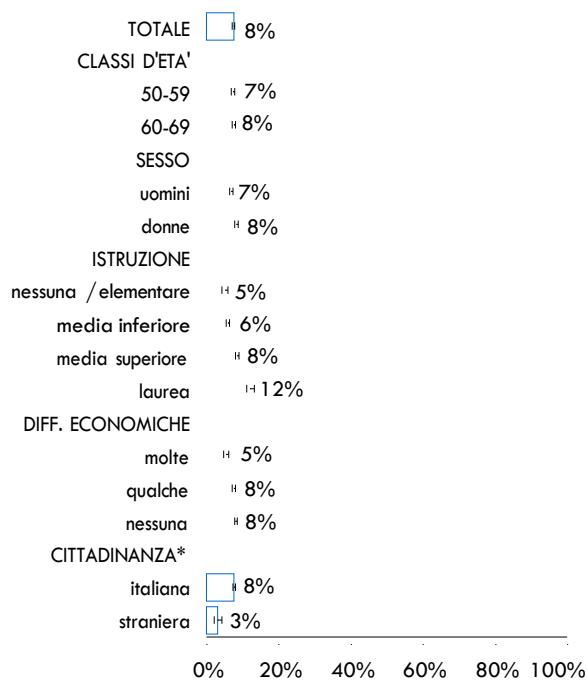


Figura 8. Copertura agli esami per la prevenzione dei tumori colorettrali nei tempi raccomandati fuori dai programmi di screening organizzati (%). Persone 50-69enni. Passi 2014-2017



L'analisi dei trend temporali 2010-2017 mostra un peggioramento nel differenziale di copertura per livello di istruzione e una sostanziale invarianza per quelli per difficoltà economiche riferite (figure 9 e 10).

Figura 9. Copertura agli esami per la prevenzione dei tumori colorettali per livello di istruzione (%). Persone 50-69enni. Passi 2010-2017

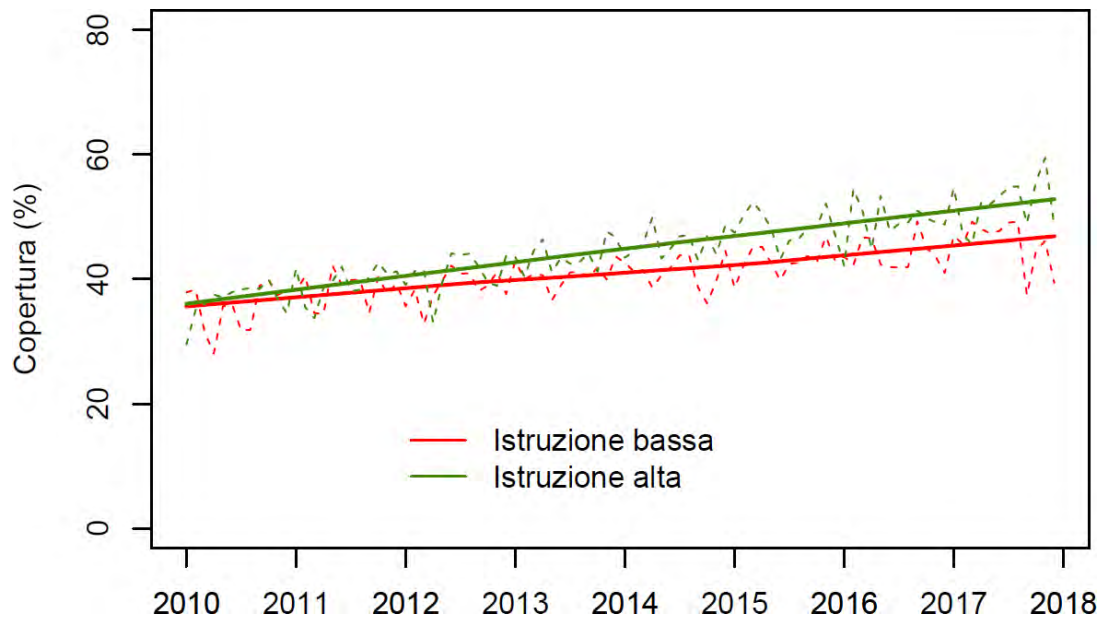


Figura 10. Copertura agli esami per la prevenzione dei tumori colorettali per difficoltà economiche (%). Persone 50-69enni. Passi 2010-2017

