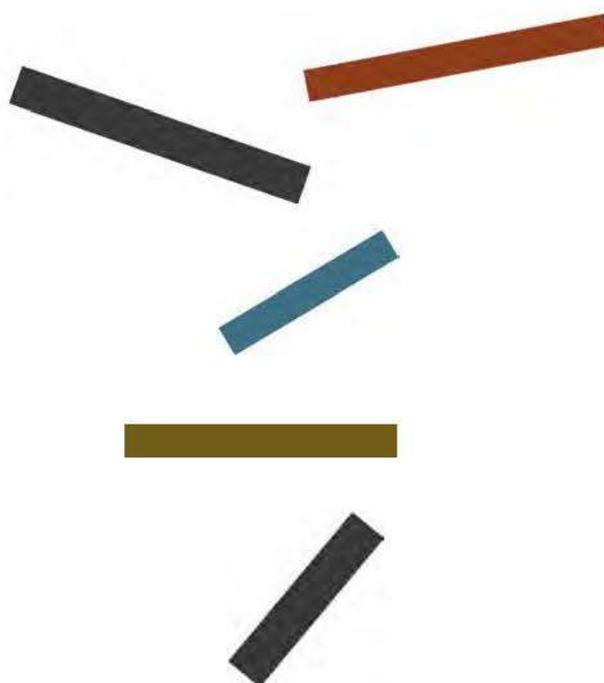


Osservatorio nazionale screening

Rapporto sul 2022



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

Sommario

Stabilità e progressione: le due facce di una stessa medaglia	3
Lo stato degli screening nel 2022	4
– Screening mammografico	5
– Screening cervicale	6
– Screening coloretale	7
Lo screening mammografico	9
Lo screening della mammella visto da Passi	16
Lo screening cervicale	20
Lo screening cervicale visto da Passi	28
Lo screening coloretale	32
Lo screening coloretale visto da Passi	39

Stabilità e progressione: le due facce di una stessa medaglia

Paola Mantellini – Osservatorio nazionale screening

Per il 2025 l'Europa ha posto un obiettivo sfidante: gli Stati Membri sono infatti chiamati a garantire l'offerta di screening organizzato per il tumore della mammella, della cervice uterina e del colon-retto al 90% dei cittadini europei aventi diritto. In questo senso, il 2022 fa ben sperare per il nostro paese. Infatti, relativamente alla estensione, si osserva una sostanziale stabilità, seppur con delle differenze, nelle Regioni del Nord e del Centro che sembrano non mostrare flessioni al di sotto del 90%, ma che anzi se ne mantengono sempre ben al di sopra in tutti e tre i programmi. Accanto a questa stabilità, si osserva una importantissima progressione della macroarea Sud e Isole con aumenti percentuali rilevanti. In estrema sintesi, per il Sud e le Isole, il 2022 rappresenta un momento di rinascita e di grande vitalità. Se nel 2023 e nel 2024 la tendenza in termini di stabilità per le Regioni delle macroaree Nord e Centro e di ulteriore progressione per il Sud e le Isole si confermerà, potremmo pensare davvero di poter raggiungere il traguardo europeo. Non tutto però è rose e fiori: i dati PASSI confermano ancora l'esistenza di disuguaglianze importanti non solo in termini di gradiente Nord-Sud, ma anche, come sempre, in termini di livelli di istruzione, socio-economici e di paese di provenienza. Per poter quindi rispondere adeguatamente, ai programmi di screening si offrono, in questo particolare periodo, delle opportunità da non perdere. In particolare per la macroarea Sud e Isole è da tenere in seria considerazione il Piano Nazionale Equità per la Salute 2021-2027 che, avvalendosi del Fondo Sociale Europeo (FSE) e del Fondo Europeo per lo sviluppo regionale (FESR) ha la possibilità di effettuare interventi di potenziamento strutturale e organizzativo in ambito di screening con particolare attenzione a quelle categorie di persone che si trovano in condizioni di svantaggio e di particolare vulnerabilità. Per tutte le Regioni il riferimento al Piano Oncologico Nazionale 2023-2027 deve essere costante in quanto in esso, in sinergia con il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, sono contenuti tutti gli indirizzi e delineate tutte le linee di intervento per rafforzare i programmi di screening.

Il potenziamento degli screening non può non beneficiare della nuova visione della medicina territoriale, al momento ancora francamente un po' indefinita, e degli sviluppi tecnologici supportati dal PNRR. Relativamente a questi due ambiti, la voce dei programmi di screening deve farsi sentire forte e chiara e massimo deve essere l'impegno speso dai programmi stessi in associazione con tutti gli stakeholder coinvolti. In particolare per quanto riguarda l'innovazione tecnologica, deve essere operato un salto di qualità di grande rilevanza non solo in termini di supporti tecnici e strutturali adeguati (sistemi informativi, sistemi software, sistemi di intelligenza artificiale), ma soprattutto e specialmente in termini di visione. In questo senso è quindi necessaria una maggiore conoscenza e consapevolezza del mondo che cambia da parte degli operatori dello screening e da parte delle imprese che dovranno rivedere il senso della propria responsabilità sociale.

A supporto di tutto questo, il corrente anno segna l'inizio dell'Azione Congiunta Europea sulla Implementazione degli Screening, il cui acronimo è EUCanScreen, che vuole abbracciare tutte le tematiche sopra affrontate in una logica di qualità, appropriatezza, equità e uniformità. Durante i prossimi quattro anni di vigenza di EUCanScreen, i programmi di screening italiani potranno dare, grazie alle esperienze maturate e ai modelli organizzativi sperimentati, un contributo fattivo a beneficio di tutta la comunità e al tempo stesso declinare al proprio contesto le esperienze europee in particolare in tema di mitigazione delle disuguaglianze.

Certamente l'adozione di percorsi più appropriati, più efficienti e più aderenti ai bisogni dei cittadini ai quali fa riferimento l'Azione Congiunta, quali ad esempio i modelli di screening personalizzato, pongono grandi sfide anche dal punto di vista delle scelte di priorità. In sostanza, specie nell'attuale congiuntura economica, si pone per tutti, decisori politici in primis, l'adozione di un nuovo paradigma di pensiero che dalla imprescindibile scelta delle priorità porti a una visione rinnovata della collaborazione e della comunicazione tra istituzioni e cittadini.

Lo stato degli screening nel 2022

Di seguito i numeri assoluti considerando tutti gli screening e tutte le fasce di età: più di 14 milioni di inviti (14.531.957) e oltre 5 milioni e mezzo di test eseguiti (5.805.528) evidenziano un trend in crescita che si colloca ormai stabilmente ai livelli pre-pandemici.

Come ogni anno, concorre al presente rapporto anche l'aggiornamento dei dati [Passi](#). È opportuno ricordare che l'indagine quantitativa Ons e l'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. Questi due approcci, insieme, descrivono compiutamente la situazione reale dei programmi di screening, spaziando dalla valutazione delle performance di processo e di esito all'analisi dei differenziali demografici e socioeconomici.

Di seguito l'estensione degli inviti fra il 2011 e il 2022, sia complessiva sia suddivisa per macroaree. Per estensione degli inviti intendiamo la percentuale di persone della popolazione target annuale invitata nell'anno in questione.

Screening mammografico

La Figura 1 riporta i dati dell'estensione effettiva nella fascia di età 50-69 fra il 2011-2022 in Italia e nelle tre macroaree. L'indicatore di copertura nel 2022, pari all'87%, supera i risultati raggiunti lo scorso anno (86%), allineandosi di fatto ai valori del 2019 (88%) con 3.637.962 donne invitate. La macroarea Sud e Isole, in particolare, ha registrato un importante incremento nel valore dell'indicatore passando dal 58% al 72%, confermando la ripresa evidenziata lo scorso anno e raggiungendo il valore più alto dell'ultimo decennio. La macroarea Centro, che nel 2020 aveva espresso le migliori performance (87%), registra anche nel 2022 un ottimo risultato (94%) evidenziando tuttavia una flessione rispetto allo scorso anno (99%). Analogò è l'andamento della macroarea Nord che si attesta al 95% dopo il 101% del 2021.

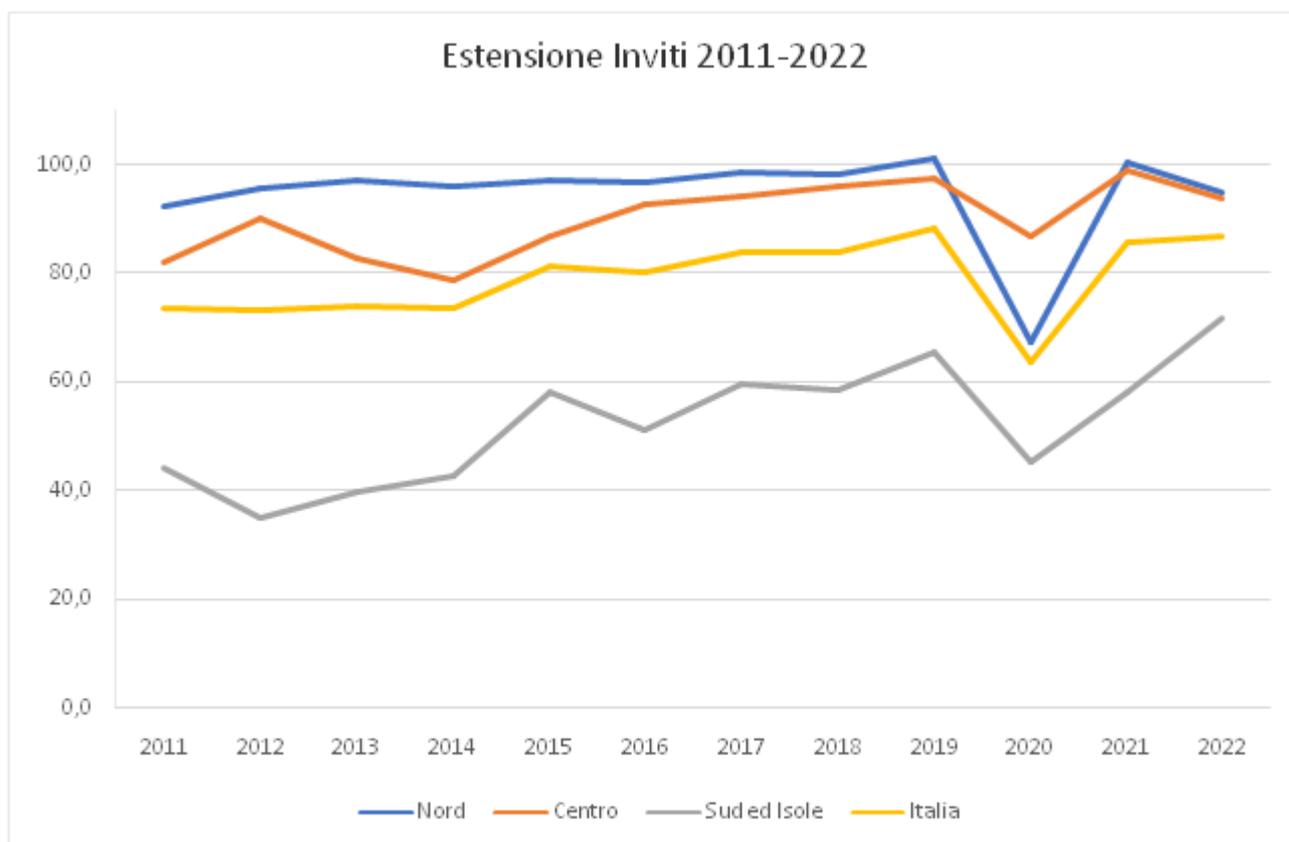


Figura 1. Estensione effettiva dello screening mammografico per area geografica (% di donne di età 50-69 anni che ricevono la lettera di invito alla popolazione target dall'anno 2011 al 2022).

Screening cervicale

La Figura 2 riporta l'andamento della copertura degli inviti per lo screening cervicale.

Nel 2022 sono state invitate allo screening cervicale con Pap test o Hpv test quasi 4 milioni (3.829.577) di donne di età compresa tra i 25 ed i 64 anni. L'estensione degli inviti è risultata pari al 101% con un importante recupero sia rispetto al 2021 (88%) che al 2020 (65%), superando di fatto i valori pre-pandemici (89% nel 2019). Come nell'anno precedente si è tenuto conto del diverso intervallo previsto per il test Hpv (5 anni) rispetto al Pap test (3 anni).

Rispetto al 2021, come per il programma di screening mammografico, la macroarea Sud e Isole ha evidenziato un buon recupero (circa 26 punti percentuali), raggiungendo una copertura del 95% (69% nel 2021) e superando così il dato 2019 (83%). La macroarea Nord registra un incremento dell'indicatore passando dall'85% del 2021 al 96% nel 2022, mentre la macroarea Centro, che già nel 2021 aveva effettuato un sostanziale recupero dei ritardi (129%), si attesta al 122% in diminuzione rispetto allo scorso anno.

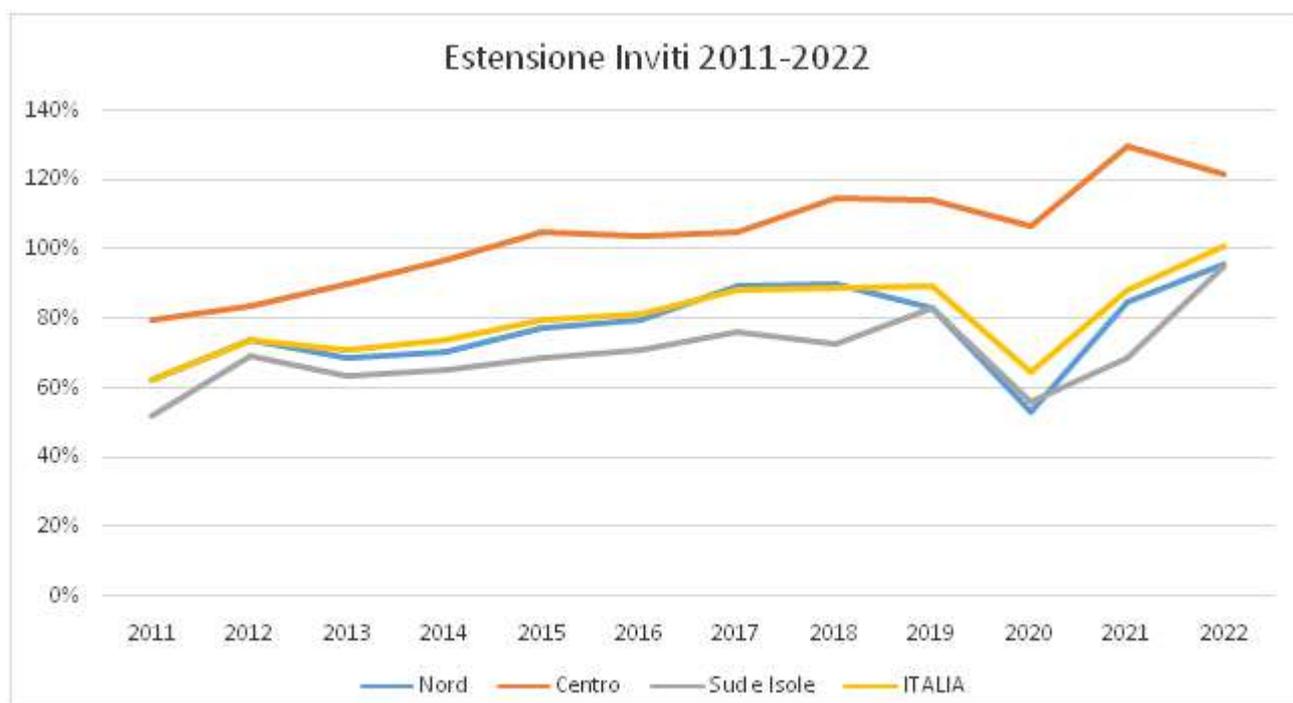


Figura 2. Estensione effettiva dello screening cervicale per area geografica (% di donne di età 25-64 anni che ricevono la lettera di invito alla popolazione target dall'anno 2011 al 2022).

Screening Coloretale

Nel 2022 sono stati invitati oltre 7 milioni di cittadini (7.064.418) di età compresa tra i 50 e i 69 anni a eseguire il test per la ricerca del sangue occulto (Sof) e 66.143 soggetti di 58 anni a eseguire la rettosigmoidoscopia come test di screening. Lo screening coloretale, infatti, prevede in quasi tutta Italia la ricerca del sangue occulto nelle feci, mentre nel Piemonte, fino al 2022, la popolazione è stata invitata a eseguire la rettosigmoidoscopia una volta nella vita a 58 anni di età e la ricerca del sangue occulto per coloro che non accettavano l'esame endoscopico.

La Figura 3 riporta l'andamento della copertura dei 50-69enni dal 2011 al 2022 complessivamente e per le tre macroaree. Il valore di estensione registrato in Italia nel 2022 è risultato pari all'84%, superiore di 7 punti percentuali rispetto al 2021 e più alto anche dei valori registrati negli anni precedenti la pandemia. Le macroaree Nord e Centro registrano valori di copertura pari a 92% e 102% rispettivamente, stabili rispetto allo scorso anno, mentre la macroarea Sud e Isole sia attestata al 62% incrementando di 18 punti percentuali rispetto al 2021 e confermando così l'andamento evidenziato nell'analisi degli altri due screening.

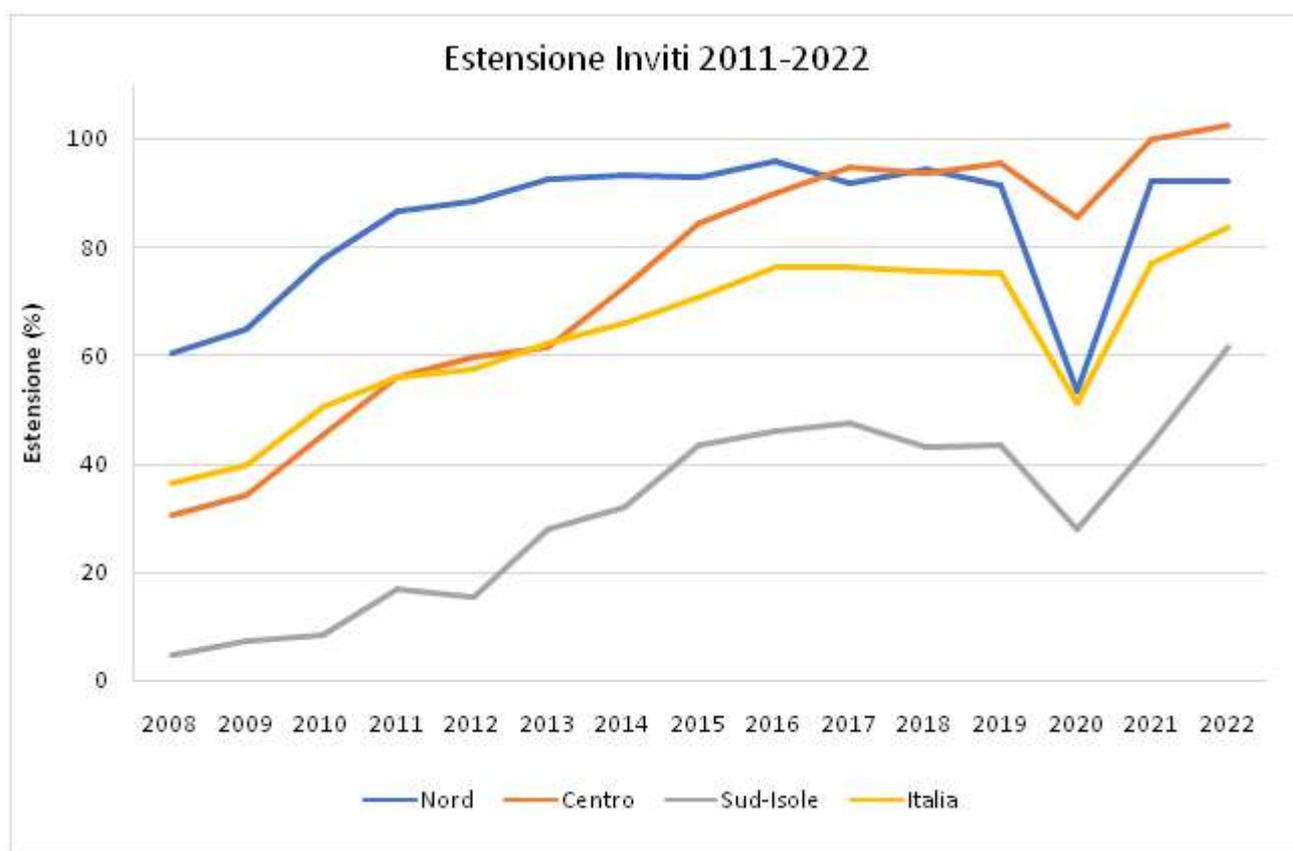


Figura 3. Estensione effettiva dello screening coloretale per area geografica (% di persone di età 50-69 anni che ricevono la lettera di invito alla popolazione target dall'anno 2011 al 2022)

Ringraziamenti

Questo rapporto è dovuto al lavoro di molte persone. Desideriamo ringraziare in particolare: il Cpo Piemonte con le colleghe Paola Armaroli e Pamela Giubilato (survey sullo screening cervicale), l'Azienda Zero del Veneto con i colleghi Manuel Zorzi, Claudio Barbiellini Amidei e Jessica Elisabeth Stocco (survey sullo screening coloretale), l'Ispro Firenze con i colleghi Patrizia Falini, Giuseppe Gorini (survey sullo screening mammografico) e Francesca Battisti e infine i colleghi Giuliano Carozzi e Maria Masocco per i dati di screening dell'indagine Passi. Il coordinamento e la realizzazione grafica ed editoriale, operati da Eva Benelli e Alessandra Craus dell'Agenzia Zadig, sono stati possibili grazie ai contributi delle Regioni che hanno adempiuto al finanziamento del 5‰ a favore dell'Osservatorio nazionale screening, in attuazione del Patto per la salute 2014-2016. Inoltre, il nostro ringraziamento va ai moltissimi operatori che si sono adoperati con grande impegno nella raccolta dei dati.

Lo screening mammografico

Dati di attività dal 2019 al 2022

Nel 2022 sono state invitate 68.000 donne in più rispetto all'anno precedente (2% in più degli inviti); fra queste hanno effettuato la mammografia 99.000 donne in meno, registrando un calo nell'adesione grezza del 7% (dal 53,6% nel 2021 al 49,9% nel 2022) (Tabella 1).

L'adesione corretta, ottenuta escludendo dal denominatore gli inviti inesitati e le donne che si sono sottoposte a una mammografia negli ultimi 12 mesi, si assesta al 53%, riducendosi di 3,5 punti percentuali rispetto al 2021. Il 2021, anno successivo al lockdown, ha registrato una performance migliore rispetto al 2020, mentre nel 2022 evidentemente si assiste a un fenomeno di rimbalzo nella partecipazione che si manifesta anche per fascia di età (Figura 1).

Nel 2022, come negli anni precedenti, ogni 100 donne esaminate, 6,5 vengono chiamate a effettuare un supplemento di indagine, solitamente un approfondimento radiologico, un'ecografia, una visita clinica e più raramente un prelievo bioptico. Il numero di carcinomi diagnosticati allo screening è pari a 8.582 unità nel 2022 (contro 1.024 lesioni benigne), con un tasso di identificazione di 4,6 casi ogni 1.000 donne sottoposte a screening. Rispetto al 2019, anno pre-pandemico, dove si registrano un'adesione più elevata rispetto al 2022 e un tasso di richiamo per approfondimenti paragonabile, si rileva un lieve aumento del numero di carcinomi diagnosticati pari al 3,4%; infatti il tasso di identificazione passa dal 4,4‰ nel 2019 al 4,6‰ nel 2022. Il numero di carcinomi duttali in situ e di carcinomi invasivi ≤ 10 mm sono della stessa entità nel 2022 rispetto al 2019, nonostante oltre 100.000 mammografie in più siano state effettuate nel 2019 rispetto al 2022. Questo aumento dei tumori identificati rispetto al 2019 era già presente e più evidente nel 2020 e nel 2021.

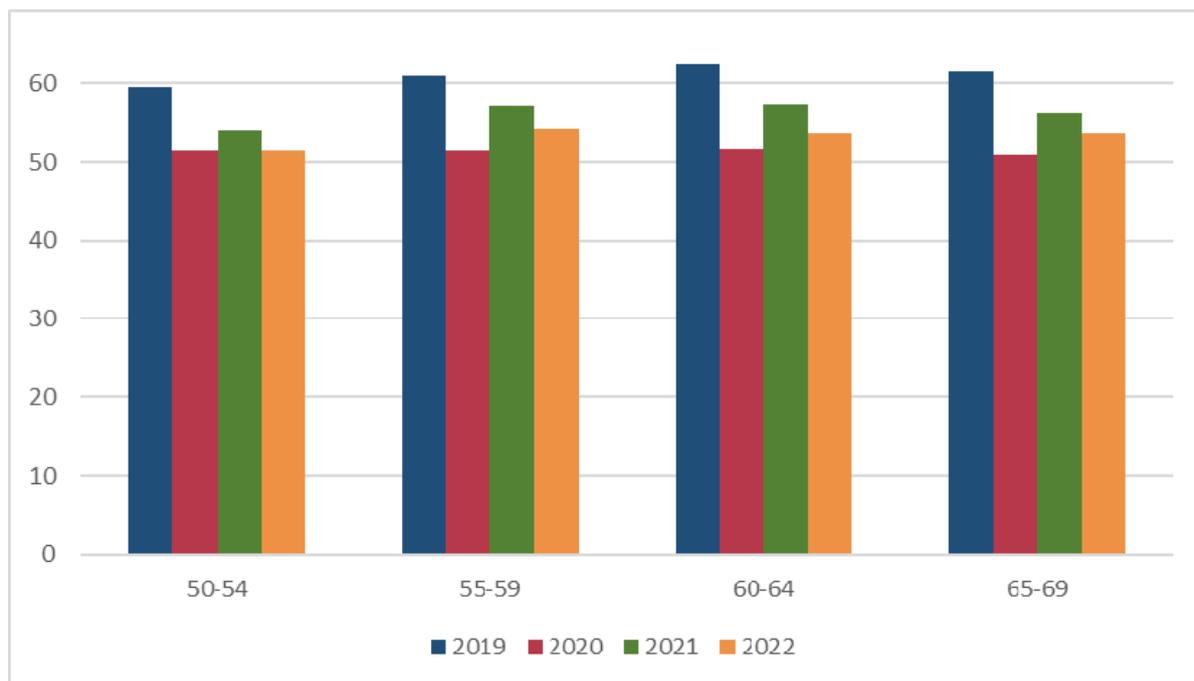
Tabella 1. Dati nazionali di attività di screening mammografico. Periodo 2019-2022.

Anno di attività	2019	2020	2021	2022
Numero di donne invitate al netto delle inesitate	3.582.635	2.593.288	3.569.763	3.637.962
Numero di donne aderenti all'invito	1.923.151	1.241.639	1.914.891	1.815.693
Adesione grezza all'invito (%)	53,7	47,9	53,6	49,9
Adesione corretta all'invito (%)	60,7	51,0	56,2	53,0
Numero di donne esaminate*	1.876.721	1.242.415	1.937.375	1.847.121
Numero di donne richiamate per approfondimenti	119.032	80.109	119.062	120.051
Percentuale di donne richiamate per approfondimenti (%)	6,3	6,4	6,1	6,5
Numero di lesioni benigne	952	741	1.343	1.024
Numero di carcinomi diagnosticati allo screening	8.300	6.061	9.845	8.582
Tasso di identificazione (‰)	4,4	4,9	5,1	4,6
Numero di carcinomi duttali in situ diagnosticati allo screening	1.133	801	1.316	1.097
Numero di carcinomi invasivi ≤ 10 mm diagnosticati allo screening	2.443	1.781	2.786	2.490
Carcinomi stadio II+ (esami successivi; %)	-§	23,7	22,9	22,1
Stadio ignoto (esami successivi; %)	-§	12,4	11,6	10,6

*Per "donne esaminate" si intendono quelle donne che hanno aderito dopo invito e per le quali si è recuperato l'iter diagnostico/terapeutico.

§A partire dal 2020 vengono inseriti gli indicatori relativi allo stadio che si caratterizzano per una migliore completezza e qualità del dato fornito dalle Regioni.

Figura 1. Adesione corretta all'invito per classi di età. Periodo 2019-2022.



La valutazione dei principali indicatori raccolti e il confronto con gli standard di riferimento italiani ed europei confermano complessivamente il buon andamento dell'attività italiana di screening mammografico (Tabella 2). Nel 2022 l'adesione grezza è alla soglia del livello accettabile del 50% (49,9%). Il rapporto tra diagnosi istologiche benigne e maligne nelle donne sottoposte a biopsia chirurgica o intervento è pienamente al di sotto della soglia raccomandata e tende a rimanere stabile nel tempo. Anche altri indicatori che valutano in modo più diretto la sensibilità del programma, come il tasso di identificazione dei tumori e quello dei carcinomi invasivi con diametro inferiore ai 10 mm, si dimostrano stabili nel tempo. Il trattamento chirurgico conservativo dei tumori con diametro inferiore ai 2 centimetri è per la prima volta al di sopra del limite di accettabilità (85%).

La quota di tumori con stadio II+ (Tabella 1) rientra nello standard raccomandato; si conferma in diminuzione la percentuale di casi con stadio ignoto, che si attesta quest'anno al 10,6%, valore lievemente superiore al valore massimo considerato accettabile (10%) per il calcolo dell'indicatore "Proporzione dei Carcinomi in Stadio II+", ai fini dell'adempimento Lea; tale indicatore evidenzia tuttavia differenze rilevanti fra le regioni.

Tabella 2. Indicatori e standard di riferimento. Periodo 2019-2022.

Anno di attività	2019	2020	2021	2022	Standard
Adesione grezza all'invito	53,7	47,9	53,6	49,9	≥ 50%
Percentuale di donne richiamate per approfondimenti	6,3	6,4	6,1	6,5	Primo esame: < 7% Esami succ.: < 5%
Rapporto biopsie benigne/maligne	0,12	0,13	0,15	0,13	Primo esame: ≤ 1:1 Esami succ.: ≤ 0.5:1
Tasso di identificazione dei tumori (‰)	4,4	4,9	5,1	4,6	
Tasso di identificazione dei carcinomi invasivi ≤ 10 mm (%)	1,3	1,4	1,4	1,3	
Percentuale di trattamento chirurgico conservativo nei tumori invasivi ≤ 2 cm (%)	84,1	82,2	80,8	85,9	> 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. Dal 2020 si registra comunque un netto miglioramento della percentuale di donne a cui è stato inviato l'esito negativo entro 21 giorni dall'esecuzione della mammografia e della percentuale di approfondimenti effettuati entro 28 giorni dall'esecuzione della mammografia. Nel 2020 potevamo ipotizzare che questo fosse dovuto al minor carico di lavoro legato alla pandemia, ma per il 2021 e il 2022 entrambi gli indicatori si confermano ai livelli del 2020, nonostante l'aumento del carico di lavoro.

Tabella 3. Tempi di attesa. Periodo 2019-2022.

Anno di attività	2019	2020	2021	2022	Standard accettabile Gisma
Invio dell'esito per i casi negativi entro 21 giorni dall'esecuzione della mammografia	59,6%	74,2%	72,2%	74,2%	90%
Approfondimento entro 28 giorni dall'esecuzione della mammografia	52,5%	59,5%	61,6%	63,8%	90%
Intervento entro 60 giorni dall'esecuzione della mammografia	29,4%	31,8%	28,5%	28,5%	

La Tabella 4 presenta i dati per macroaree geografiche: Nord, Centro, Sud e Isole. Il numero di inviti ha superato di gran lunga i livelli pre-pandemici del 2019 anche nel Sud, con 96.000 inviti in più rispetto al 2019 e addirittura 181.000 inviti in più rispetto al 2021, anche se si registra solo un aumento di 27.000 esami in più, con un calo dell'adesione dell'11% rispetto al 2021 (adesione grezza nel 2022: 35.9%). Invece nel Nord si assiste a circa 100.000 esami in meno nel 2022 rispetto al 2019 e al 2021, con una riduzione di 124.000 mammografie effettuate nel 2022, una riduzione del 7% nell'adesione grezza rispetto al 2021. La situazione risulta più stabile nel Centro, dove a un lieve calo degli inviti nel 2022 rispetto al 2021, si assiste a un'adesione lievemente superiore dell'anno precedente.

I tassi di richiamo superiori del 7%, quindi al di sopra degli standard di riferimento, riguardano le Regioni del Centro e del Sud-Isole, anche con una lieve tendenza all'aumento. Il tasso di identificazione dei carcinomi si attesta intorno al 5‰ al Nord ed al Centro e al 3.5‰ al Sud. Si nota una tendenza all'aumento in tutte le aree nel 2020 e nel 2021, con una tendenza all'assestamento nel 2022. La proporzione di donne con lesioni piccole sottoposte a trattamento chirurgico conservativo al Centro è dell'88%, al Nord dell'83% mentre al Sud e Isole arriva per la prima volta all'81%, valori vicini allo standard considerato accettabile pari all'85%.

Tabella 4. Indicatori per macroaree: Nord, Centro e Sud Italia. Periodo 2019-2022.

Area geografica	Nord				Centro				Sud e Isole			
Anno di attività	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022
N. totale di donne invitate al netto delle inesitate	1.870.402	1.253.283	1.902.452	1.824.122	805.430	713.140	846.088	811.142	906.803	626.865	821.223	1.002.698
N. di donne aderenti all'invito	1.133.972	741.648	1.173.136	1.048.513	426.283	316.070	408.776	406.768	362.896	183.921	332.979	360.412
Adesione grezza all'invito (%)	60,6	59,2	61,7	57,5	52,9	44,3	48,3	50,1	40	29,3	40,5	35,9
N. di donne esaminate nel periodo	1.144.752	748.045	1.195.271	1.086.979	426.283	316.070	411.882	406.768	305.686	178.300	330.222	353.374
% di donne richiamate per approfondimenti	5,01	5,15	4,95	5,21	8,48	8,52	8,66	9,09	8,33	8,24	7,33	7,47
Lesioni benigne	532	360	587	529	288	210	655	349	132	171	101	146
Tasso di identificazione dei carcinomi (%)	4,77	5,19	5,44	4,93	4,3	4,08	5,1	4,85	3,31	4,98	3,75	3,55
Tasso di identificazione dei carcinomi invasivi ≤ 10 mm (%)	1,4	1,57	1,47	1,37	1,34	1,41	1,56	1,66	0,88	0,9	1,16	0,91
% di trattamento chirurgico conservativo nei tumori invasivi ≤ 2 cm	84,51	81,84	82,63	86,12	91,23	88,51	85,46	88,05	67,92	71,74	63,64	80,92

L'andamento nella popolazione migrante

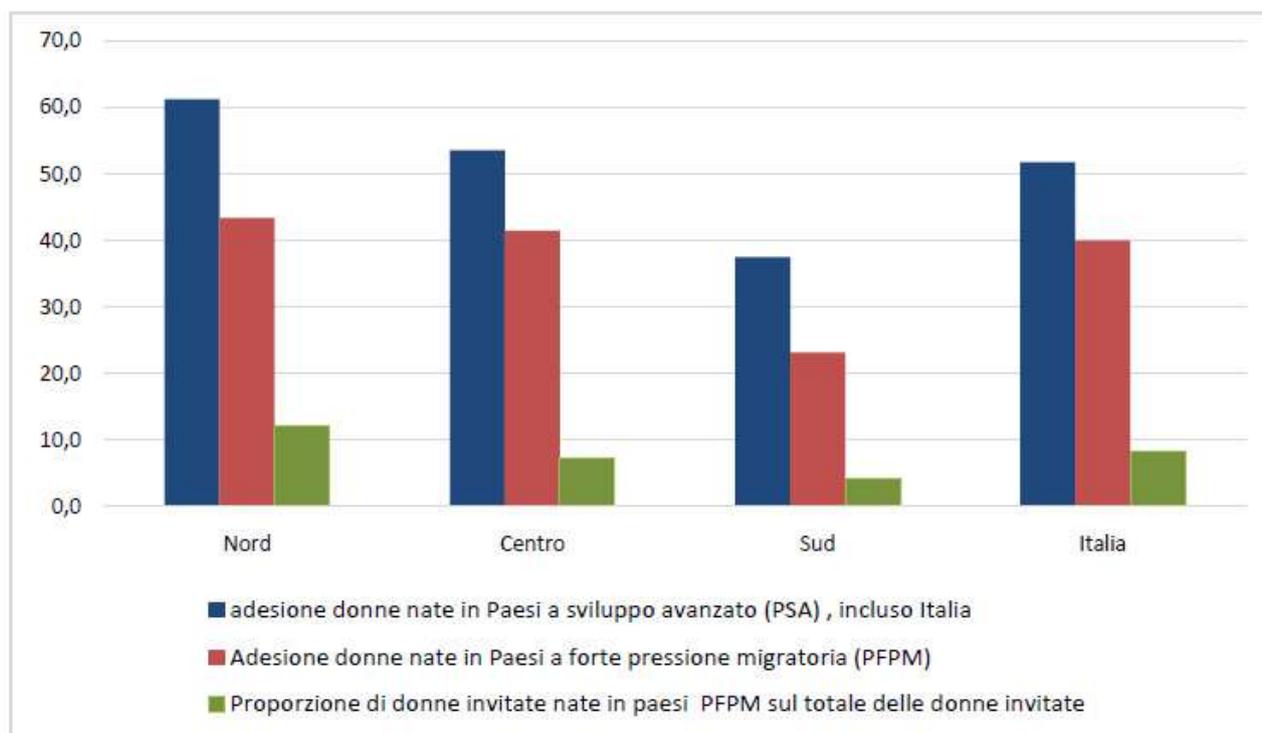
Nel 2022 è stata effettuata una survey facoltativa sulla partecipazione delle donne migranti 50-69enni allo screening della mammella. Hanno risposto tutti i programmi di screening delle regioni del Nord eccetto Veneto e Valle d'Aosta, 2 programmi di screening liguri (Chiavari e La Spezia) e 5 programmi di screening lombardi (Bergamo, Brescia, Montagna, Padana, Varese-Como). Al Centro hanno risposto tutti i programmi eccetto quelli delle Marche. Al Sud-Isole hanno risposto 5 su 7 programmi campani (mancano Avellino e Salerno), 6 su 8 programmi sardi (manca Olbia e Carbonia), i programmi delle regioni Molise, Puglia e Sicilia, mentre nessun programma di screening delle regioni Calabria, Basilicata e Abruzzo ha risposto.

I risultati sono riportati in Figura 2. Complessivamente in Italia il 52% delle donne nate in Paesi a sviluppo avanzato (Psa), incluso l'Italia, partecipano allo screening della mammella a fronte di un 40% delle donne provenienti da Paesi ad alta pressione migratoria (Pfp), che rappresentano l'8% delle donne invitate.

Questo andamento, pur manifestando un'ampia eterogeneità a livello regionale, si ripresenta simile in tutte le macroaree geografiche. Interessante rilevare che al Sud e Isole l'adesione delle donne provenienti da Psa è inferiore a quella delle donne provenienti da Pfp che vivono al Nord e al Centro.

La minor partecipazione delle donne migranti potrebbe essere in parte influenzata anche da un maggior numero di inviti inesitati. A livello nazionale la proporzione inviti inesitati fra le donne nate in paesi Pfp è pari al 7,3% vs 3% fra le donne nate in paesi Psa.

Figura 2. Adesione corretta (%) dello screening mammografico per area e per Paese di nascita. Proporzione di donne invitate provenienti da Pfp sul totale delle donne invitate per programma – Anno 2022



Inviti nelle fasce di età 45-49 e 70-74 anni nel 2022

Nel 2022 alcune Regioni o singoli programmi hanno invitato allo screening anche le donne nelle fasce di età 45-49 (solitamente a intervallo annuale) e 70-74 (con intervallo biennale) con modalità organizzative diverse.

Per quanto riguarda la classe di età più giovane, nel 2022 sono state invitate 590.905 donne pari a circa il 26% della popolazione bersaglio. La maggior parte delle donne invitate in questa fascia di età proviene da 6 regioni: l'Emilia-Romagna invita il 98% delle donne residenti nella fascia di età, la Toscana il 65%, il Friuli Venezia Giulia il 60%, la Basilicata e la Lombardia il 45%, il Piemonte il 28%. Anche alcune aree della Campania, Liguria, Marche e Valle d'Aosta invitano le 45-49enni con un'estensione inferiore pari al 23% della popolazione bersaglio regionale. Il 62% delle donne accetta l'invito (336.919 donne). Piemonte, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Toscana e Lombardia registrano un'adesione nel range compreso dal 59% al 73%, mentre in Basilicata e in alcune aree della Liguria si attesta intorno al 48%-49%; in alcune aree della Campania e Marche il valore si posiziona intorno al 22%-29%.

Per quanto riguarda le ultrasessantenni è necessario premettere che vi sono modalità di invito differenti tra una regione e l'altra. Ad ogni modo, nel 2022 sono state invitate circa 360.000 donne, pari al 41% della popolazione target; 229.600 hanno risposto all'invito, con una partecipazione del 69%. Relativamente alle donne invitate in questa fascia di età, la Provincia Autonoma di Trento, la Lombardia, l'Emilia-Romagna e l'Umbria hanno invitato oltre l'87% delle donne ultrasessantenni; il Veneto e la Toscana ne hanno invitato circa l'80%, mentre la Basilicata e il Friuli Venezia Giulia si sono attestati intorno al 50%. Il Piemonte ha invitato circa il 39% delle donne di questa fascia d'età. La rispondenza è elevata in tutte le regioni, in un range compreso tra il 56% in Basilicata e l'80% in Toscana.

Copertura all'esame per la prevenzione dei tumori della mammella: i risultati del sistema di sorveglianza Passi

Secondo i dati della sorveglianza [Passi](#), in Italia, nel biennio 2021-2022, il 71% delle donne 50-69enni intervistate ha dichiarato di aver eseguito una mammografia preventiva entro gli ultimi due anni, percentuale di poco più bassa del triennio 2017-2019 (75%) (Figura 1).

Passi riesce solo parzialmente a mostrare la riduzione della copertura alla mammografia preventiva sia complessiva sia nei gruppi di popolazioni, dovuta direttamente o indirettamente alla pandemia da Sars-CoV-2, in quanto è retrospettivo, cioè indaga gli esami effettuati nei due anni precedenti l'intervista.

La copertura complessiva a questo esame preventivo raggiunge valori elevati al Nord (80%) e al Centro (77%), mentre è più bassa al Sud (58%) (Figura 1). Maggiori variabilità si osservano, invece, a livello delle singole regioni (Figure 2 e 3). È opportuno precisare che la Lombardia non contribuisce all'indagine Passi e pertanto i dati della macroarea Nord non sono rappresentativi dell'andamento della copertura in quella Regione.

Nell'intero Paese, come in tutte e tre le ripartizioni geografiche, la copertura complessiva del 2021-2022 è inferiore a quella del triennio 2017-2019 (Figura 1), interrompendo il progressivo aumento registrato nel periodo 2008-2019 (Figure 4 e 5). Si è modificata soprattutto la percentuale di esami eseguiti all'interno dei programmi organizzati.

Passi informa, infatti, sulla copertura alla mammografia nella popolazione target, comprensiva sia della quota di esami eseguiti all'interno dei programmi di screening organizzati o di altre offerte gratuite delle Asl¹ sia di quella effettuata al di fuori (*proxy* di screening spontaneo).

Più in dettaglio, nel 2021-2022 la copertura all'interno dei programmi di screening è risultata in diminuzione, andamento in contrapposizione rispetto a quelli registrati negli anni precedenti (Figura 4). Questa tendenza si registra in tutte e tre le ripartizioni geografiche ma risulta più evidente nelle regioni del Nord e del Centro, dove la copertura all'interno dei programmi è passata dal 70% al 64% e dal 61% al 54% (Figure 1 e 5).

Poiché Passi è retrospettivo e, quindi, meno veloce a registrare cambiamenti puntuali di copertura, si sono analizzate le percentuali di mammografie effettuate nei 12 mesi precedenti l'intervista. In questo modo si è evidenziato un calo superiore per questo indicatore, che è passato dal 40% nel 2019 al 34% nel 2020 e al 36% nel 2021, per tornare poi al 39% nel 2022. In particolare, il calo ha interessato la quota di esami eseguiti all'interno dei programmi di screening organizzati, che si è ridotta del 21% nel 2020 per poi aumentare leggermente nel 2021 (+6% rispetto al 2020) e nel 2022 (+11% rispetto al 2021). Il modello di regressione di *Poisson* mostra un differenziale per istruzione più evidente nel 2021-2022 rispetto al triennio 2017-2019 nella percentuale di mammografie preventive effettuate nei 12 mesi precedenti l'intervista.

Figura 1. Mammografia eseguita entro gli ultimi 2 anni (%). Donne 50-69enni

Passi 2017-2019 (n. 19.778) e 2021-2022 (n. 11.292)

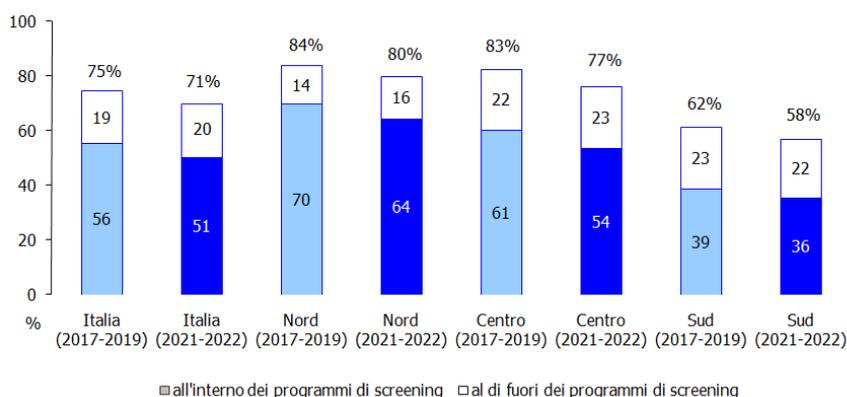


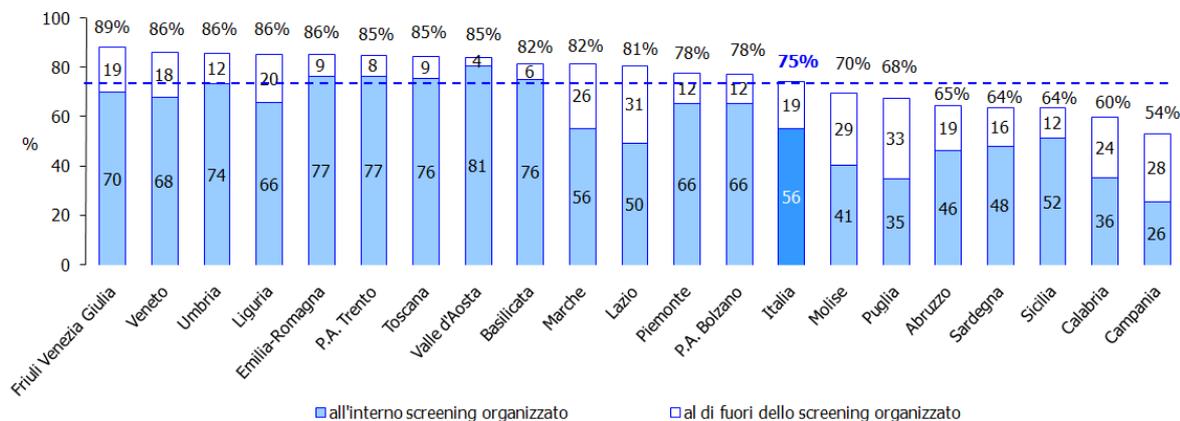
Figura 2. Mammografia eseguita entro gli ultimi 2 anni (%). Donne 50-69enni

Passi 2021-2022 (n.11.292)



¹La 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 sia 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 il test gratuitamente anche al di fuori dei programmi di screening organizzati (ad esempio in base all'articolo 85 della legge 338/2000 – finanziaria 2001); 2) alcune donne non ricordano esattamente la data di esecuzione (effetto telescopico); 3) le rispondenti all'intervista effettuano probabilmente il test in percentuale maggiore rispetto alle non rispondenti. A causa di un possibile mancato ricordo sull'informazione del pagamento, la somma della quota dentro e fuori dai programmi organizzati potrebbe non combaciare esattamente con la copertura totale.

Figura 3. Mammografia eseguita entro gli ultimi 2 anni (%).
Donne 50-69enni
Passi 2017-2019



Passi 2021-2022

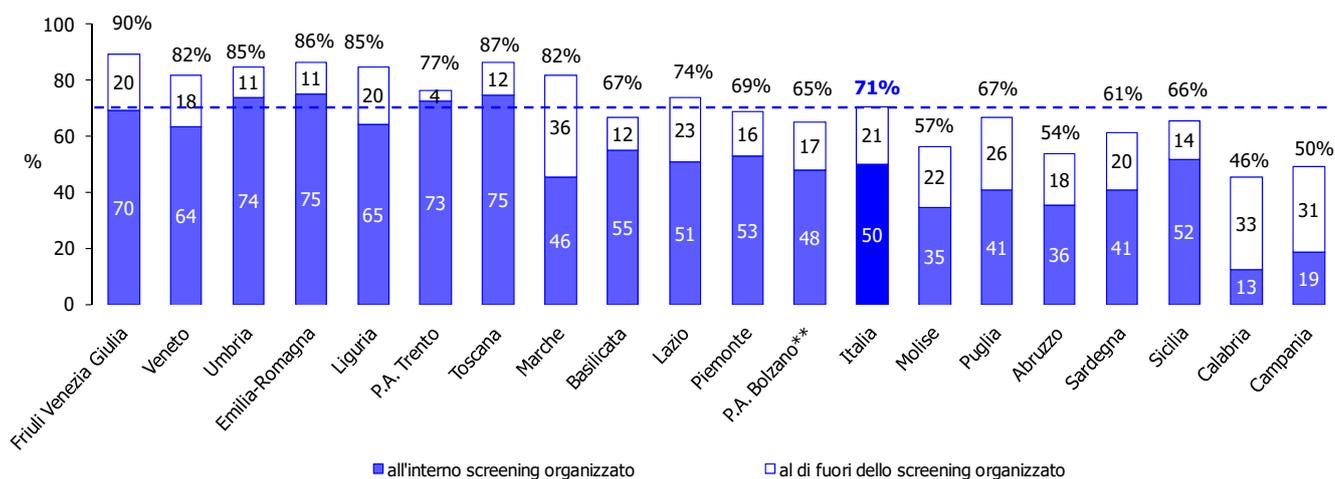


Figura 4. Mammografia eseguita entro gli ultimi 2 anni all'interno o al di fuori dei programmi organizzati (%).
Donne 50-69enni
Passi 2008-2022

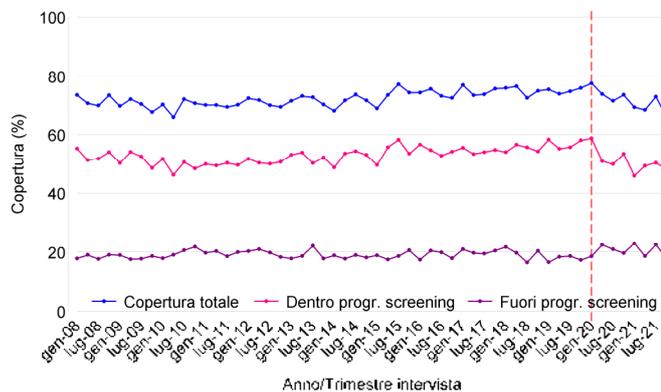
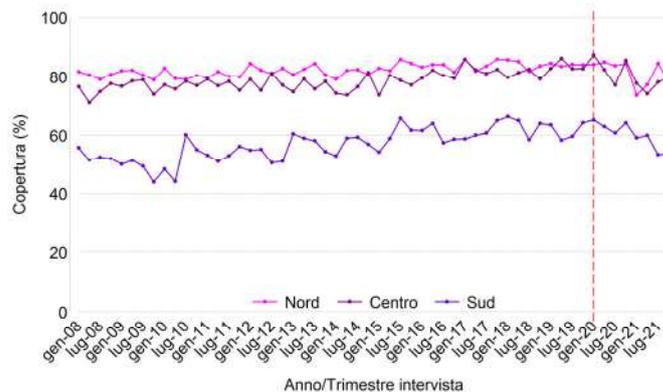
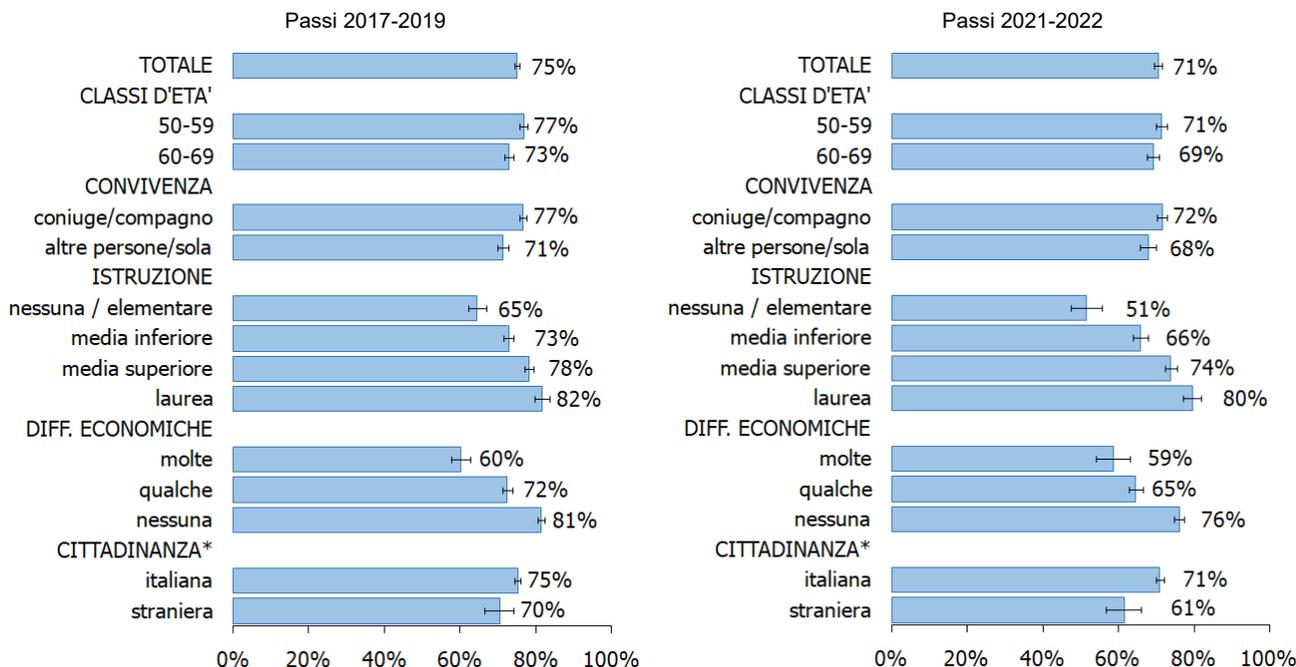


Figura 5. Mammografia eseguita entro gli ultimi 2 anni per ripartizione geografica (%).
Donne 50-69enni
Passi 2008-2022



Nel biennio 2021-2022 si confermano i differenziali già osservati per classe d'età, istruzione, difficoltà economiche e cittadinanza, più evidenti nella quota di esami effettuati al di fuori dei programmi di screening organizzati. Più in dettaglio, tra il 2021-2022 e il 2017-2019 si sono registrate le riduzioni maggiori nella copertura tra le donne con un livello d'istruzione basso, in quelle con molte difficoltà economiche riferite e nelle straniere (Figura 6).

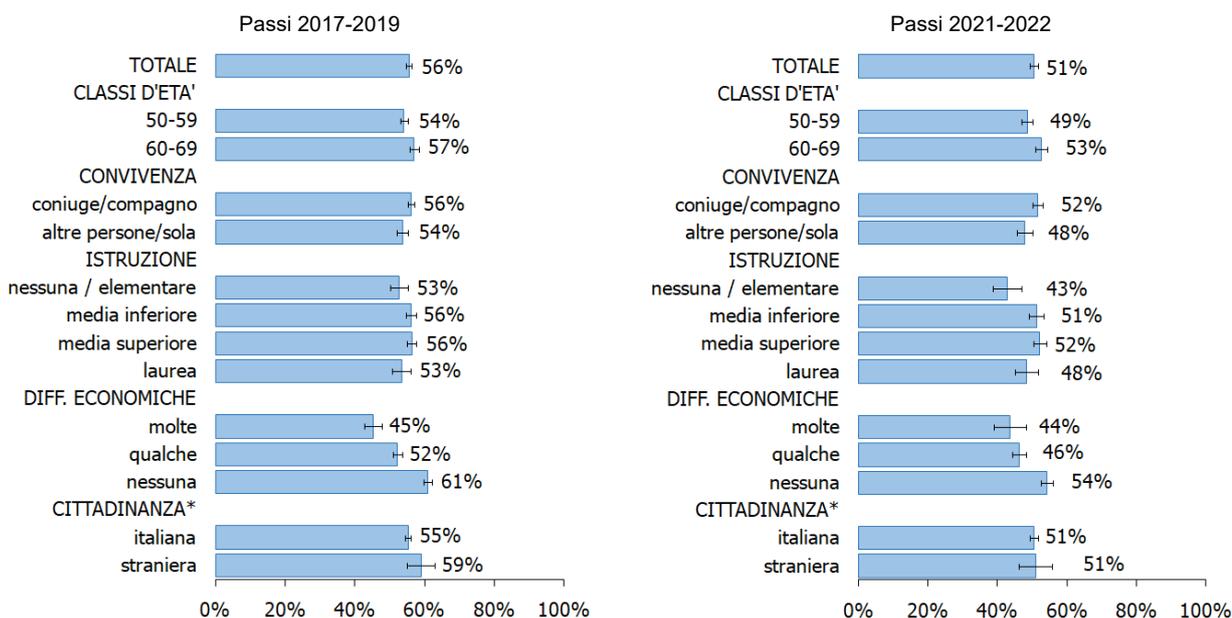
Figura 6. Copertura alla mammografia preventiva entro gli ultimi due anni per caratteristiche socio-demografiche. Donne 50-69enni (%)



*Italiana: donne con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a sviluppo avanzato (Psa); Straniera: donne immigrate da Paesi a forte pressione migratoria (Pfp).

Anche per la quota di mammografie preventive eseguite all'interno dei programmi di screening organizzato, o di altre offerte gratuite delle Asl, si sono evidenziate variazioni maggiori tra le donne con bassa istruzione e quelle con cittadinanza straniera (Figura 7).

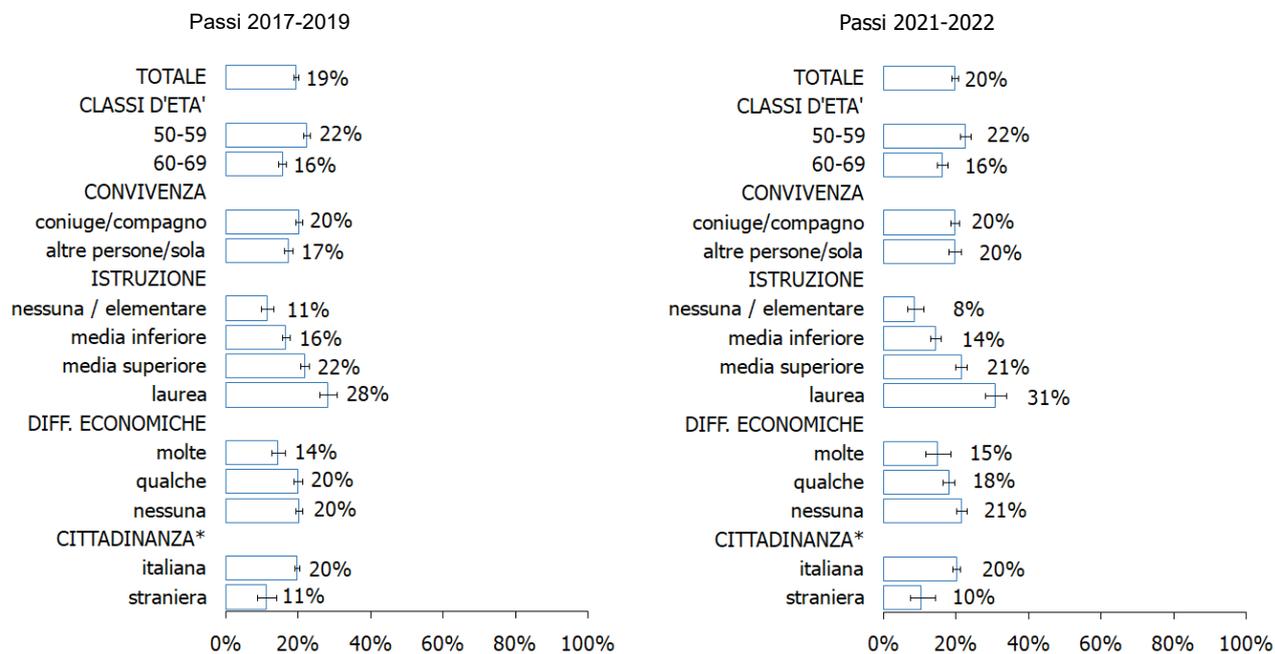
Figura 7. Copertura alla mammografia preventiva eseguita entro gli ultimi due anni all'interno dei programmi di screening organizzati per caratteristiche socio-demografiche. Donne 50-69enni (%)



*Italiana: donne con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a sviluppo avanzato (Psa); Straniera: donne immigrate da Paesi a forte pressione migratoria (Pfp).

In tutti i gruppi di popolazione si sono registrati valori pressoché uguali nella percentuale di esami effettuati al di fuori dei programmi di screening organizzati (Fig. 8).

Figura 8. Copertura alla mammografia preventiva eseguita entro gli ultimi due anni al di fuori degli screening organizzati per caratteristiche socio-demografiche.
Donne 50-69enni (%)



*Italiana: donne con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a sviluppo avanzato (Psa); Straniera: donne immigrate da Paesi a forte pressione migratoria (Pfp)

Lo screening cervicale

Dati di attività dal 2017 al 2022

I dati di attività del 2022 riflettono un andamento di ripresa delle attività di screening, successivamente alla sospensione e riduzione dell'erogazione dei test di screening in seguito all'andamento della pandemia di Covid-19. Rispetto al 2021, si osserva infatti un ulteriore aumento del numero delle donne invitate, aderenti all'invito e che hanno eseguito un esame di screening con Pap-test o test Hpv, nell'età 25-64 anni (Tabella 1). Il numero delle donne invitate ed esaminate ritorna a livelli sovrapponibili a quelli pre-pandemia del 2019.

Considerando l'adesione per classi di età, rispetto al 2021, nel 2022 si osserva un aumento in tutte le classi, e in particolare nella fascia 45-54 (+5%). Complessivamente l'adesione torna sovrapponibile ai livelli pre-pandemici (Tabella 2).

Tabella 1. Donne che hanno effettuato un Pap test o test Hpv di screening e adesione corretta all'invito. Periodo 2017-2022.

Anno di attività	2017-2019	2018	2019	2020	2021	2022
Numero di donne invitate	11.888.578	3.966.409	3.835.318	2.598.295	3.426.660	3.829.577
Numero di donne che hanno effettuato un test di screening	4.785.669	1.619.459	1.496.872	865.551	1.293.788	1.454.621
Proporzione di donne che hanno aderito all'invito	39,4%	39,6%	38,7%	32,9%	37,3%	38,2%
Adesione all'invito corretta in donne di 25-64 anni	41,6%	41,7%	40,7%	34,2%	39,2%	40,3%

Tabella 2. Adesione all'invito allo screening cervicale per fasce di età*. Periodo 2017-2022.

Fasce d'età	25-34	35-44	45-54	55-64	Totale*
2017-2019	36,3%	39,8%	42,3%	40,9%	40,0%
2018	36,3%	39,9%	42,9%	41,0%	40,2%
2019	36,2%	39,0%	41,7%	39,1%	39,1%
2020	31,2%	34,1%	34,0%	32,9%	33,1%
2021	35,0%	35,3%	37,6%	40,6%	37,3%

*Sono incluse solo le donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni per cui è disponibile l'informazione sulle classi di età.

Screening con Pap test come test primario, donne di 25-64 anni di età

Rispetto al 2021, nel 2022 si osserva un aumento del numero degli inviti e del numero delle donne che hanno eseguito un Pap test di screening, comunque in riduzione rispetto a quelli del 2019. Questa riduzione è una conseguenza dell'introduzione progressiva del test Hpv in sostituzione del Pap test, come test di screening per le donne di 30-64 anni.

Confrontando gli indicatori del 2019 con quelli del 2022 (Tabella 3), si osserva una proporzione di donne che aderiscono all'invito simile ai livelli pre-pandemici (34% nel 2019 vs 33% nel 2022), una riduzione dei prelievi inadeguati al 2,3% (decisamente entro il livello desiderabile <5% degli standard Gisci), una proporzione di donne inviate in colposcopia sovrapponibile a quella pre-pandemia e una riduzione dell'adesione tra le donne inviate in colposcopia per qualunque alterazione citologica (colposcopia per ASCUS+). Se si considerano le donne inviate in colposcopia che presentavano alterazioni più gravi (colposcopia per HSIL+) l'adesione all'esame di approfondimento torna comunque ai livelli pre-pandemici. Si riduce il numero complessivo delle lesioni con istologia CIN2 o più grave (CIN2+) e anche il numero delle lesioni CIN2+ individuate ogni 1000 donne. La probabilità per una donna inviata in colposcopia di avere effettivamente una lesione che richiede un trattamento (lesioni con istologia CIN2+) (VPP) si conferma in progressiva riduzione (12%), con un progressivo aumento del numero di colposcopie necessarie per diagnosticare una lesione CIN2+.

Tabella 3. Principali indicatori dello screening con Pap test* e adesione agli standard di qualità. Periodo 2017-2022.

Anno di attività	2017-2019	2018	2019	2020	2021	2022
Donne invitate	7.516.914	2.453.583	2.212.192	1.223.873	1.434.395	1.516.287
Proporzione di donne che hanno aderito all'invito	34,9%	34,2%	33,7%	27,6%	34,8%	33,5%
Donne esaminate	2.425.257	839.423	661.503	333.209	496.055	483.947
Proporzione di Pap test inadeguati (Standard di qualità Gisci: desiderabile: < 5%, accettabile: < 7%)	3,3%	3,1%	3,1%	3,4%	2,8%	2,3%
Proporzione di donne inviate in colposcopia per qualsiasi causa	3,5%	3,3%	4,0%	4,7%	4,4%	3,9%
Proporzione di donne che hanno aderito alla colposcopia per citologia ASCUS+ (Standard di qualità Gisci: desiderabile: ≥ 90%, accettabile: ≥ 80%)	86,3%	90,0%	89,9%	85,1%	85,5%	85,5%
Proporzione di donne che hanno aderito alla colposcopia per citologia HSIL+ (Standard di qualità Gisci: desiderabile: ≥ 95% accettabile: ≥ 90%)	91,6%	94,2%	93,4%	90,4%	93,3%	92,4%
Probabilità di avere una lesione con istologia CIN2 o più grave (CIN2+) tra le donne che hanno fatto una colposcopia per citologia ASCUS+	16,2%	16,7%	14,7%	14,3%	12,8%	12,3%
Numero di colposcopie necessarie per individuare la presenza di istologia CIN2+	6	6	7	7	8	8
Lesioni con istologia CIN2+ individuate con Pap test	9.984	3.157	2.902	1.754	2.177	1.819
Lesioni con istologia CIN2+ individuate ogni 1000 donne che hanno fatto lo screening**	4,5	4,6	5	5,5	4,5	4,1

*Il dato include sia i programmi che invitano solo 25-29enni con Pap test poiché invitano le donne 30-64enni con test primario Hpv sia quelli che invitano tutta la popolazione con Pap test.

**Il denominatore del tasso di identificazione (DR per 1000) è inferiore rispetto al numero di esaminate presenti in questa tabella perché hanno fornito i dati per questo indicatore un numero inferiore di programmi rispetto a quelli che lo hanno fornito per il calcolo delle esaminate.

Quando consideriamo la suddivisione per area geografica (Tabella 4), nel 2022 l'adesione all'invito torna ai livelli pre-pandemici al Nord e al Sud e Isole, aumenta al Centro. L'adesione all'invito nel Sud e Isole è decisamente inferiore rispetto alle altre due aree. Rispetto ai livelli pre-pandemici, nelle tre aree si osserva una riduzione degli esami inadeguati, una simile proporzione di donne inviate in colposcopia, accompagnata da una riduzione della probabilità di avere effettivamente una lesione che richiede un trattamento e quindi a un aumento del numero di colposcopie necessarie per identificare una lesione. Il tasso di identificazione è in diminuzione nelle tre aree. Quest'ultimo dato è legato a un aumento delle donne che hanno fatto un Pap test e a una concomitante riduzione dell'adesione tra le donne inviate in colposcopia per qualunque alterazione citologica (colposcopia per ASCUS+) e quindi a un numero inferiore di lesioni individuate (ogni 1000 donne che hanno fatto il Pap test).

Tabella 4. Screening con Pap test. Principali indicatori per area geografica. Periodo 2019-2022.

Area geografica	Nord				Centro				Sud e Isole			
	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022
Anno di attività												
Proporzione di donne che hanno aderito all'invito	43,3%	38,3%	43,2%	43,4%	35,9%	30,0%	28,5%	37,1%	27,9%	20,6%	32,3%	27,3%
Proporzione di Pap test inadeguati	3,3%	3,6%	3,1%	2,5%	2,5%	2,3%	1,9%	1,3%	3,3%	3,9%	3,0%	2,6%
Proporzione di donne inviate in colposcopia per qualsiasi causa	4,9%	6,2%	5,2%	4,9%	3,7%	4,8%	5,2%	4,0%	3,0%	3,2%	3,4%	3,0%
Probabilità di avere una lesione con istologia CIN2 o più grave (CIN2+) tra le donne che hanno fatto una colposcopia per citologia ASCUS o più grave	15,2%	13,7%	14,6%	13,5%	14,4%	13,2%	12,7%	12,4%	13,9%	16,4%	9,8%	9,7%
Numero di colposcopie necessarie per individuare la presenza di una lesione con istologia CIN2+	6,6	7,3	6,8	7,4	7,0	7,6	7,8	8,0	7,1	6,1	10,1	10,3
Lesioni con istologia CIN2+ individuate ogni 1000 donne che hanno fatto il Pap test	6,0	6,4	6,1	5,7	4,9	5,5	5,7	4,3	3,5	4,5	2,4	2,3

Screening con Hpv test come test primario

Nel 2022, si osserva un ulteriore aumento dei programmi di screening che hanno utilizzato la ricerca del Dna di tipi "ad alto rischio" di Papillomavirus umano (Hpv) come test primario di screening (84 programmi nel 2022 vs 79 nel 2021). Tutti i programmi regionali hanno utilizzato il test Hpv in 14 regioni.

La progressiva conversione da Pap test a test Hpv è stata raccomandata nel 2013 dal ministero della Salute. Si sono rese necessarie una fase di riorganizzazione a livello regionale ed il passaggio diluito su 3-4 anni al fine di evitare drastici cambiamenti annuali nell'ammontare dei test da gestire a causa della modifica di intervallo tra due test (da 3 a 5 anni). Come riportato in Tabella 5, nel 2018 la proporzione di donne invitate allo screening con test Hpv sul totale delle donne invitate a fare screening era complessivamente a livello italiano del 38%; in progressivo aumento in ciascun anno, nel 2022 ha raggiunto il 60,4%.

Si mantengono importanti disparità sostanziali tra aree geografiche (Figura 1). Nelle regioni del Nord l'avvio della conversione è stato tempestivo: nel 2018 il 57% delle donne è stata invitata allo screening con test Hpv, negli anni successivi l'aumento degli inviti è stato progressivo, ed ha raggiunto il livello del 73% nel 2022. Al Centro la proporzione di invitate al test Hpv è aumentata dal 44% nel 2018, al 71% nel 2022, come risultato di una media tra alcune regioni che hanno avviato tempestivamente la conversione e altre che la stanno progressivamente realizzando. Nel Sud e Isole la proporzione di invitate al test Hpv rimane sostanzialmente inferiore, passando dal 9,4% nel 2018 al 39% nel 2022.

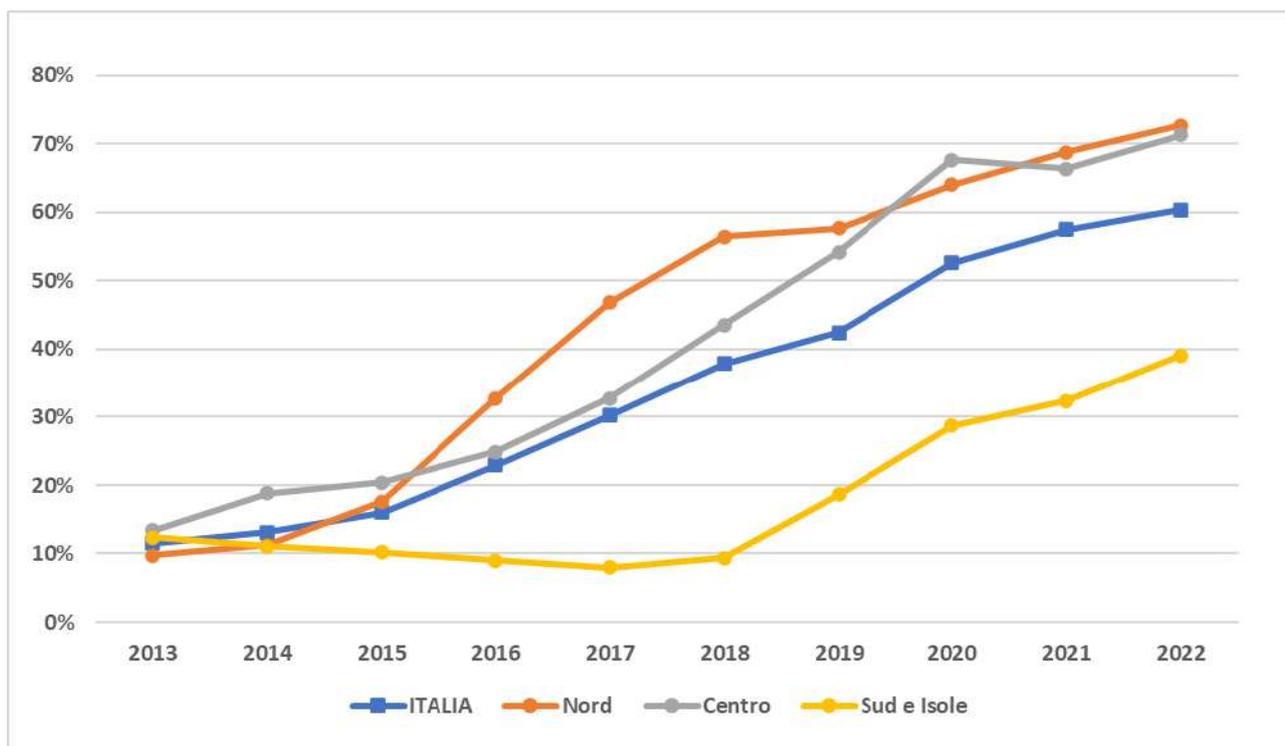
L'adesione nel 2022, mostra un aumento nelle tre aree geografiche rispetto al 2021, ma si mantiene comunque ridotta rispetto ai livelli pre-pandemici (-4 punti percentuali rispetto al 2019). La proporzione di donne positive al test è in diminuzione nelle tre aree, con una media italiana del 7,7%.

Tabella 5. Screening con Hpv test. Donne invitate e aderenti in numero assoluto e in percentuale, positività all'Hpv test complessivo e per area geografica. Periodo 2018-2022.

Anno	Area	N di donne invitate a screening con ricerca Hpv come test primario	% di donne invitate a screening con ricerca Hpv come test primario§	N. aderenti	Adesione al test Hpv	% Hpv+
2018	ITALIA	1.480.776	37,9%	718.533	48,5%	7,8%
	Nord	923.781	56,5%	493.317	53,4%	7,4%
	Centro	433.752	43,6%	167.468	38,6%	8,4%
	Sud e Isole	123.243	9,4%	57.748	46,9%	9,4%
2019	ITALIA	1.632.362	42,5%	737.898	45,2%	8,1%
	Nord	866.041	57,7%	444.244	51,3%	8,1%
	Centro	503.828	54,2%	208.659	41,4%	8,1%
	Sud e Isole	262.493	18,6%	84.995	32,4%	7,8%
2020	ITALIA	1.360.553	52,9%	511.474	37,6%	8,3%
	Nord	591.120	64,0%	280.044	47,2%	8,4%
	Centro	525.147	64,7%	183.395	34,9%	8,4%
	Sud e Isole	244.286	29,9%	48.035	19,7%	7,8%
2021	ITALIA	1.992.265	58,1%	778.933	39,1%	9,1%
	Nord	983.295	68,8%	459.578	46,7%	9,2%
	Centro	641.148	66,4%	215.906	33,7%	9,2%
	Sud e Isole	367.822	35,7%	103.449	28,1%	8,3%
2022	ITALIA	2.313.290	60,4%	955.383	41,3%	7,7%
	Nord	1.152.976	72,7%	558.648	48,5%	7,6%
	Centro	626.590	71,3%	221.992	35,4%	9,3%
	Sud e Isole	533.724	39,1%	174.743	32,7%	7,5%

§Tra tutte le invitate a screening cervicale.

Figura 1. Percentuale di donne invitate a screening con ricerca Hpv come test primario complessivo e per macroarea geografica.



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

Nel 2021, in Italia, 79 programmi hanno invitato complessivamente 1.942.583 donne e 769.567 hanno effettuato l'esame; il 39.6% ha aderito all'invito, in aumento rispetto all'anno precedente (+2%). La positività del test Hpv è dell'7.7%, in diminuzione. Aumenta il numero delle donne con test Hpv positivo ma con citologia negativa, invitate a ripetere un test Hpv dopo un anno, così come l'adesione all'invito alla ripetizione (80%). Il tasso di invio in colposcopia (invio immediato + invio dopo ripetizione) è costante, con livelli di adesione mantenuti al 90%.

Il numero delle lesioni con istologia CIN2+ individuate ogni 1000 donne che hanno fatto lo screening è del 6,6%.

Tabella 6. Screening con Hpv test primario. Risultati per coorti di invito. Periodo 2013-2021.

Anno di attività	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Numeri di programmi attivi con Hpv	21	29	49	59	58	65	73	75	79
Donne invitate	423.992	510.473	653.668	889.243	1.235.712	1.480.776	1.632.362	1.360.553	1.942.583
Donne aderenti	42,3%	48,4%	50,2%	52,1%	49,2%	48,5%	45,2%	37,6%	39,6%
Numero di donne che hanno effettuato test Hpv	179.390	236.376	324.201	458.413	614.978	718.533	737.898	511.474	769.567
Donne con test Hpv+	6,9%	7,1%	6,7%	7,0%	7,2%	7,8%	8,1%	8,3%	8,0%
Donne invitate a ripetere il test a 1 anno	4.663	9.948	10.658	21.319	29.392	36.617	15.479	12.733	42.810
Adesione alla ripetizione	74,6%	75,5%	79,2%	82,3%	81,4%	81,4%	87,2%	87,2%	79,8%
Tasso di invio in colposcopia	3,7%	4,0%	3,6%	4,2%	4,2%	4,8%	4,8%	5,1%	4,9%
Tasso di adesione all'invio in colposcopia	86,0%	88,3%	88,4%	91,7%	90,8%	90,2%	88,0%	89,0%	89,9%
Numero di lesioni individuate con test	801	1.139	1.490	2.176	2.982	3.997	4.509	3.474	5.029
Lesioni con istologia CIN2+ individuate ogni 1000 donne che hanno fatto lo screening*	8,6%	6,2%	10,5%	4,8	4,9	5,6	6,4	6,8	6,6
Valore predittivo positivo	14,0%	14,5%	14,7%	13,1%	12,9%	13,5%	15,3%	15,4%	14,9%

*il denominatore della DR è inferiore rispetto al numero di test effettuati presenti in questa tabella perché hanno fornito i dati per questo indicatore un numero inferiore di programmi rispetto a quelli che hanno inviato il dato per il calcolo dei test effettuati.

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

Tabella 7. Donne screenate con test Hpv per fasce di età*. Periodo 2017-2022.

Fasce d'età	2017-2019	2018	2019	2020	2021	2022
<25-34	8,0%	8,2%	10,5%	10,6%	10,2%	39,2%
35-44	26,0%	26,2%	28,7%	29,0%	23,8%	36,9%
45-54	37,4%	37,0%	35,0%	31,9%	31,4%	43,1%
55->65	28,6%	28,6%	25,9%	28,5%	34,7%	43,1%

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

L'andamento nella popolazione migrante

Ben 17 Regioni/Province Autonome (Abruzzo, Piemonte, Province Autonome di Trento e Bolzano, Veneto, Toscana, Emilia Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Umbria, Sardegna, Friuli, Puglia, Molise, Sicilia, Campania) hanno fornito i dati relativi al 2022 per le donne provenienti da Paese a forte pressione migratoria (Pfp).

Complessivamente il 67% dei programmi (74/110) ha fornito dati utili per l'analisi, per un totale di 313.836 donne provenienti da Pfp invitate allo screening nel 2022: 28 programmi al Nord (182.281 donne), 24 al Centro (75.903 donne), 22 al Sud e Isole (55.652 donne).

Considerando i programmi che hanno riportato la popolazione bersaglio annua per le donne Pfp, l'estensione degli inviti risulta del 97%, inferiore al Sud e Isole (76%). Questo indica che le donne presenti nelle liste anagrafiche vengono correntemente invitate. L'adesione aggiustata per le donne Pfp media italiana è del 35%, più elevata al Nord e al Centro (37%) rispetto al Sud e Isole (24%). Dal confronto (Tabella 8, Figura 2) con i dati sulle donne provenienti da Paesi a sviluppo avanzato (Psa) riportato dagli stessi programmi, l'adesione è mediamente inferiore di 4 punti percentuali. La differenza di adesione è maggiore al Nord (-11 punti percentuali), e nel Sud e Isole (-7 punti percentuali).

Considerando le diverse classi di età, la differenza di adesione è maggiore tra le donne con più di 50 anni (Tabella 9).

Tabella 8. Donne screenate con test Hpv per fasce di età*.
Periodo 2017-2022

Fasce d'età	2017-2019	2018	2019	2020	2021	2022
<25-34	8,0%	8,2%	10,5%	10,6%	10,2%	39,2%
35-44	26,0%	26,2%	28,7%	29,0%	23,8%	36,9%
45-54	37,4%	37,0%	35,0%	31,9%	31,4%	43,1%
55->65	28,6%	28,6%	25,9%	28,5%	34,7%	43,1%

Figura 2. Adesione allo screening cervicale nelle donne provenienti da PfpM e Psa complessive e per macroarea geografica – Anno 2022

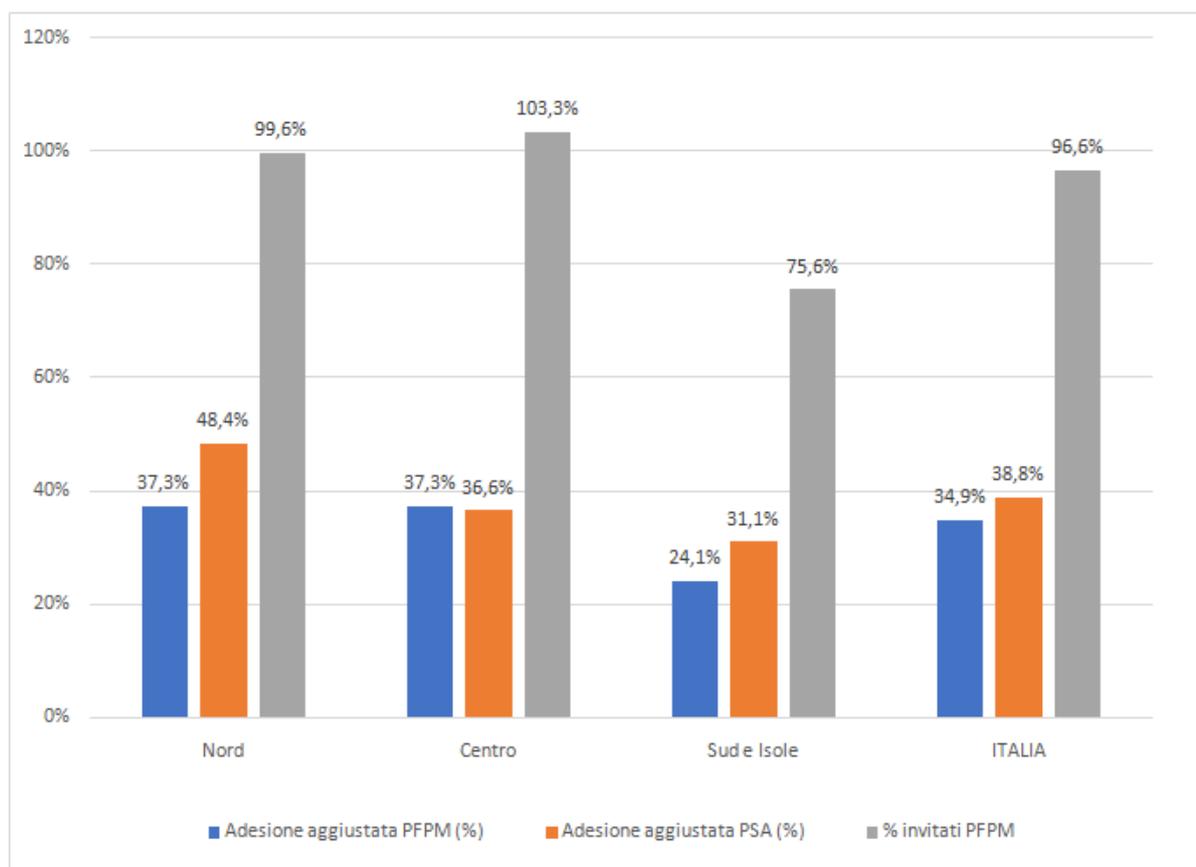


Tabella 9. Adesione (%) allo screening cervicale nelle donne provenienti da PfpM e Psa per fasce di età.

Fasce d'età	Adesione PfpM (%)	Adesione Psa (%)	Differenza PfpM, Psa (%)
<25	13.5%	29.7%	-16.2%
25-29	30.6%	33.1%	-2.5%
30-34	32.7%	34.2%	-1.4%
35-39	32.2%	33.9%	-1.7%
40-44	33.8%	36.0%	-2.1%
45-49	34.8%	38.1%	-3.3%
50-54	34.2%	40.6%	-6.4%
55-59	31.6%	41.2%	-9.6%
60-64	25.9%	38.1%	-12.2%
65+	20.8%	35.0%	-14.2%

Copertura al test per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero: i risultati del sistema di sorveglianza Passi

Secondo i dati della sorveglianza [Passi](#), in Italia nel biennio 2021-2022 il 78% delle donne 25-64enni intervistate ha dichiarato di aver eseguito un Pap test o un test dell'Hpv preventivo entro i tempi raccomandati, percentuale di poco più bassa di quella del triennio 2017-2019 (80%) (Figura 1).

Passi riesce solo parzialmente a mostrare la riduzione della copertura ai test preventivi sia complessiva sia nei gruppi di popolazioni, dovuta direttamente o indirettamente alla pandemia da Sars-CoV-2, in quanto è retrospettivo, cioè indaga, a seconda del test, gli esami effettuati nei tre o cinque anni precedenti all'intervista.

La copertura complessiva al test preventivo raggiunge valori elevati al Nord (84%) e al Centro (83%), mentre è più bassa al Sud (69%) (Figura 1). Maggiori variabilità si osservano, invece, a livello delle singole regioni (Figure 2 e 3). È opportuno precisare che la Lombardia non contribuisce all'indagine Passi e pertanto i dati della macroarea Nord non sono rappresentativi dell'andamento della copertura in quella Regione.

Nell'intero Paese, come in tutte e tre le ripartizioni geografiche, la copertura complessiva del 2021-2022 è sovrapponibile a quella del triennio 2017-2019 (Figura 1), interrompendo il progressivo aumento registrato nel periodo 2008-2019 (Figure 4 e 5). Si sono modificate, però, le percentuali di test eseguiti all'interno dei programmi organizzati o al di fuori di essi.

Passi informa, infatti, sulla copertura al test nella popolazione target, comprensiva sia della quota di esami eseguiti all'interno dei programmi di screening organizzati o di altre offerte gratuite delle Asl¹ sia di quella effettuata al di fuori (*proxy* di screening spontaneo).

Più in dettaglio, nel 2021-2022 la copertura all'interno dei programmi di screening è risultata in diminuzione, in contrapposizione rispetto a ciò che è stato registrato precedentemente (Figura 4). Questa tendenza è più evidente nelle regioni del Centro, dove la copertura all'interno dei programmi è passata dal 52% al 48%, differenza significativa anche sul piano statistico (Figure 1 e 5).

Poiché Passi è retrospettivo e, quindi, meno veloce a registrare cambiamenti puntuali di copertura, si sono analizzate le percentuali di test effettuati nei 12 mesi precedenti l'intervista. In questo modo si è evidenziato un calo di questo indicatore soprattutto nel 2020, passando dal 38% nel 2019 al 29% nel 2020, e un successivo recupero nel 2021 (34%) e nel 2022 (33%). In particolare, il calo ha interessato la quota di test eseguiti all'interno dei programmi di screening organizzati, che si è ridotta del 30% circa nel 2020 rispetto al 2019; anche questa componente è incrementata nel 2021 (+13% rispetto al 2020) e nel 2022 (+2% rispetto al 2021). Il modello di regressione di *Poisson* indica che i differenziali per classe d'età, livello d'istruzione e cittadinanza nella percentuale di test preventivi effettuati nei 12 mesi precedenti l'intervista sono più evidenti nel 2021-2022 rispetto al triennio 2017-2019.

Figura 1. Copertura al test preventivo entro i tempi raccomandati. Donne 25-64enni (%)

Passi 2017-2019 (n. 38.150) e 2021-2022 (n. 20.182)

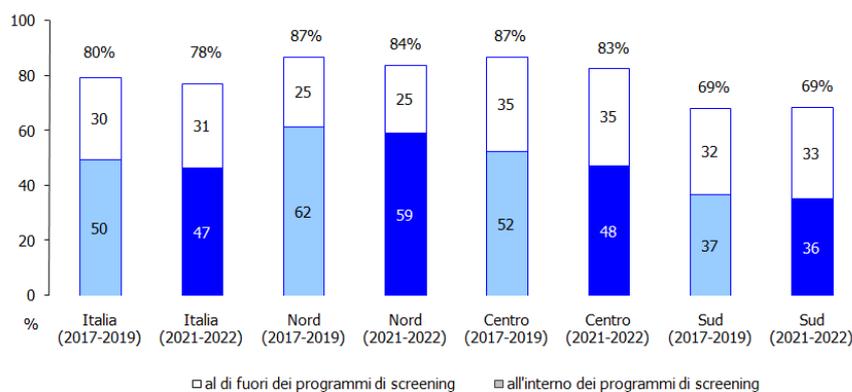


Figura 2. Copertura al test preventivo entro i tempi raccomandati. Donne 25-64enni (%)

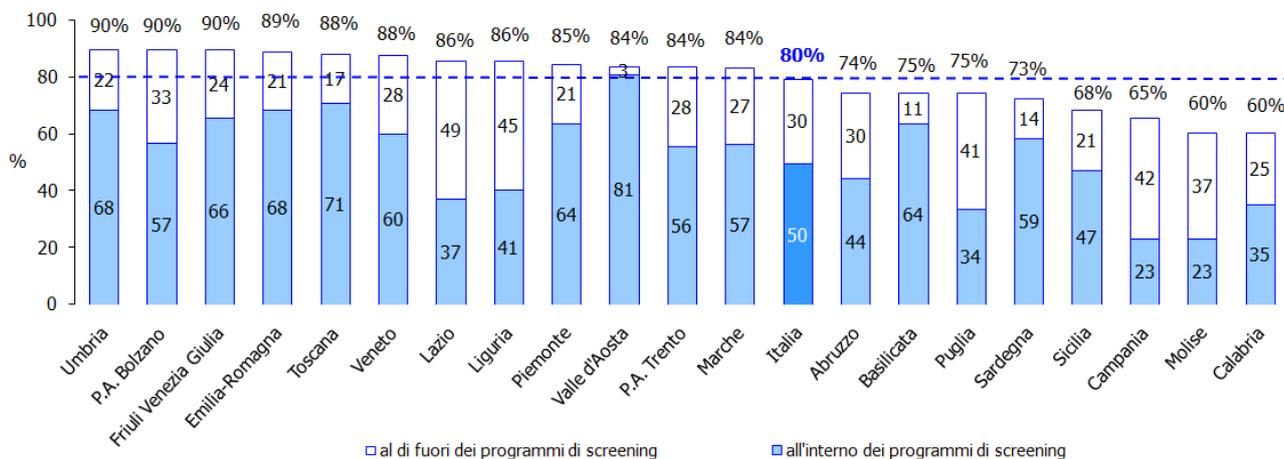
Passi 2021-2022 (n. 20.182)



¹La 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 il test gratuitamente anche al di fuori dei programmi di screening organizzati (ad esempio in base all'articolo 85 della legge 338/2000 - finanziaria 2001); 2) alcune donne non ricordano esattamente la data di esecuzione (effetto telescopico); 3) le rispondenti all'intervista effettuano probabilmente il test in percentuale maggiore rispetto alle non rispondenti. A causa di un possibile mancato ricordo sull'informazione del pagamento la somma della quota dentro e fuori dai programmi organizzati potrebbe non combaciare esattamente con la copertura totale.

Figura 3. Copertura al test preventivo entro i tempi raccomandati. Donne 25-64enni (%)

Passi 2017-2019 (n. 38.150)



Passi 2021-2022 (n. 20.182)

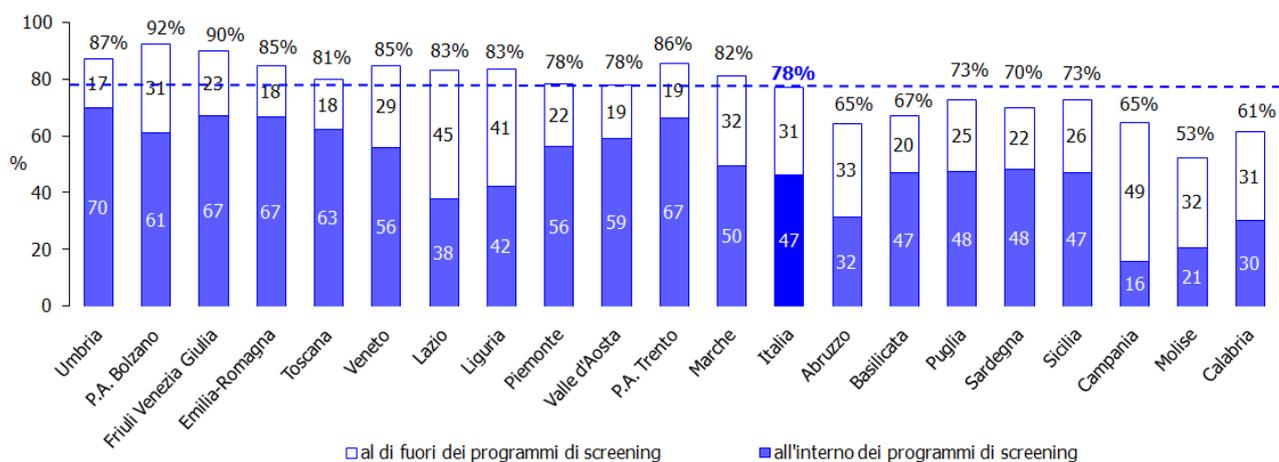


Figura 4. Copertura al test preventivo all'interno o al di fuori dei programmi organizzati (%).

Donne 25-64enni
Passi 2008-2022

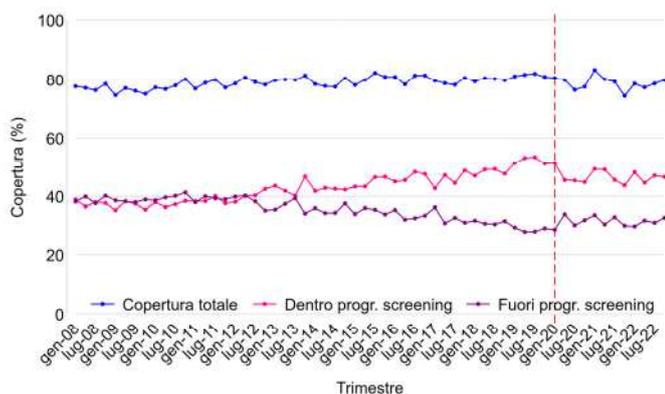
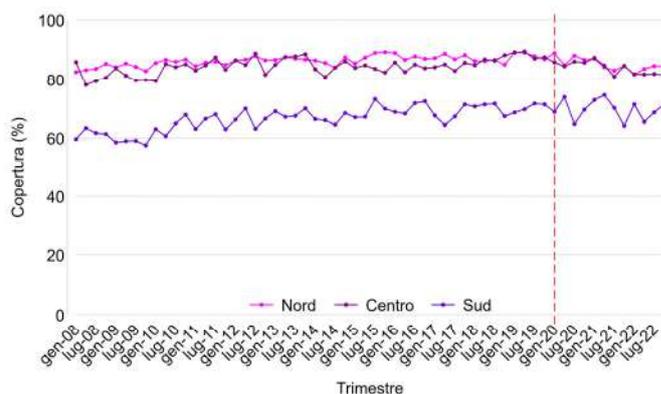


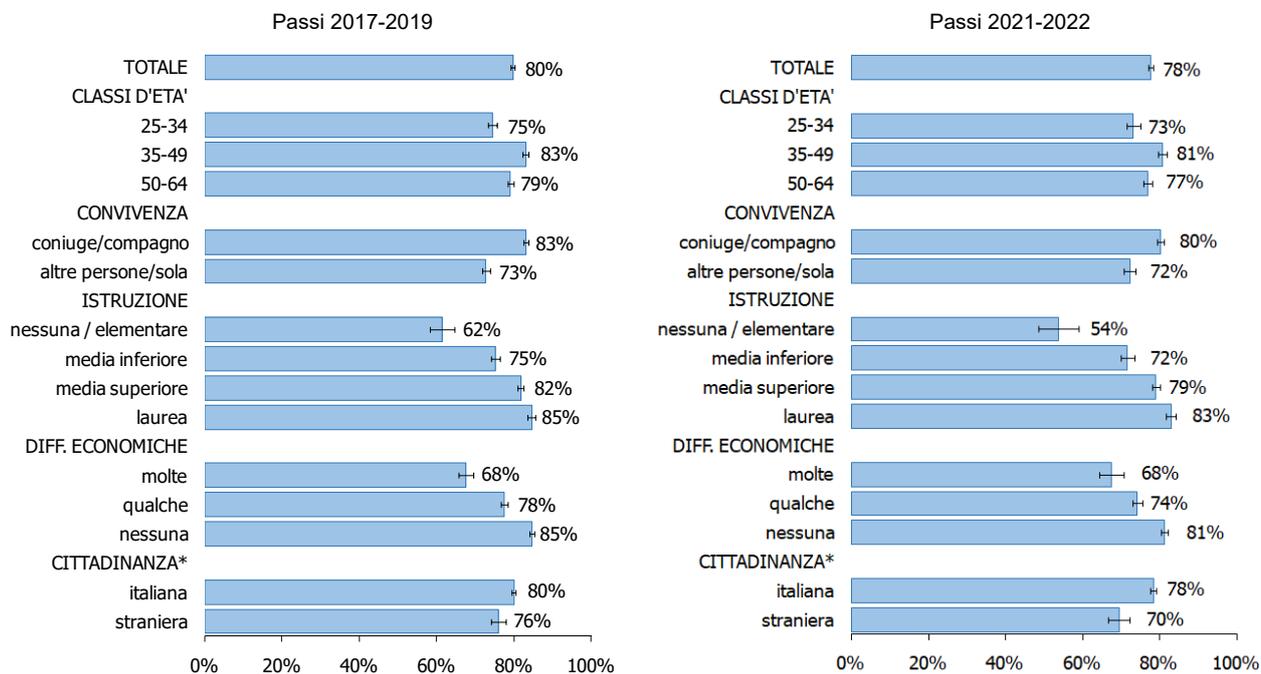
Figura 5. Copertura al test preventivo per ripartizione geografica (%).

Donne 25-64enni
Passi 2008-2022



Nel biennio 2021-2022 si confermano i differenziali già osservati per istruzione, difficoltà economiche e cittadinanza, più marcati nella quota di esami effettuati al di fuori dei programmi di screening organizzati. Più in dettaglio, tra il 2021-2022 e il 2017-2019 si sono registrate riduzioni maggiori nella copertura tra le donne con un livello d'istruzione medio-basso e nelle straniere (Figura 6).

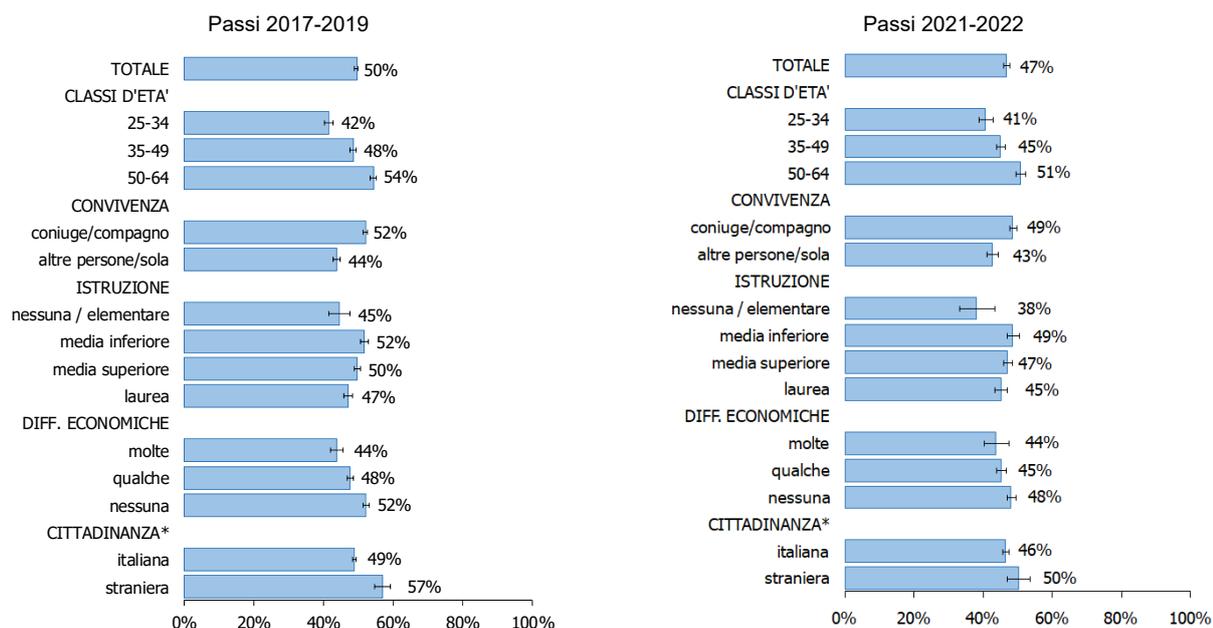
Figura 6. Copertura al test preventivo entro i tempi raccomandati per caratteristiche socio-demografiche. Donne 25-64enni (%)



*Italiana: donne con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a sviluppo avanzato (Psa); Straniera: donne immigrate da Paesi a forte pressione migratoria (Pfp).

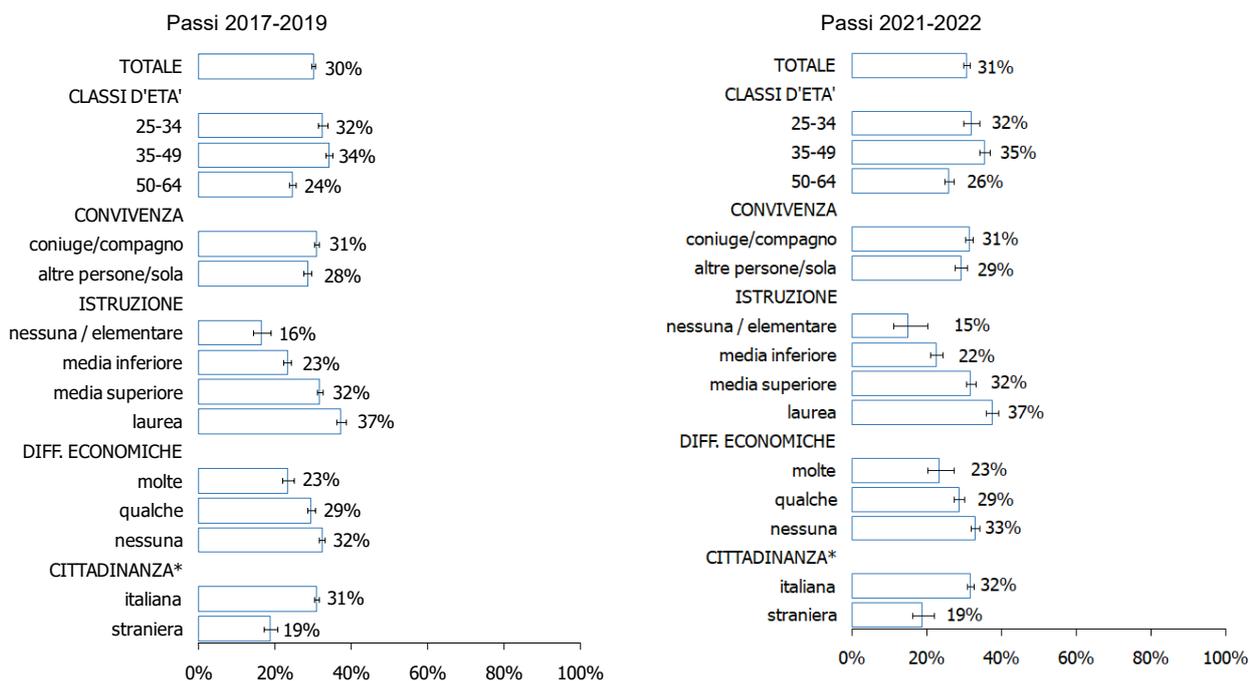
Nella copertura agli esami eseguiti all'interno dei programmi di screening organizzati, o di altre offerte gratuite delle Asl, si sono registrate variazioni maggiori tra i due periodi nelle donne con 50-64 anni, in quelle con più bassa istruzione, in quelle senza difficoltà economiche e in quelle con cittadinanza straniera (Figura 7). Nella quota di test effettuati al di fuori dei programmi di screening organizzati si sono evidenziate variazioni minori rispetto al triennio 2017-2019 (Figura 8).

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 (%)



*Italiana: donne con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a sviluppo avanzato (Psa); Straniera: donne immigrate da Paesi a forte pressione migratoria (Pfp).

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



*Italiana: donne con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a sviluppo avanzato (Psa); Straniera: donne immigrate da Paesi a forte pressione migratoria (Pfp)

Lo screening coloretale

Dati di attività dal 2019 al 2022

Nel 2022 l'attività dei programmi di screening coloretale ha subito un lieve incremento rispetto all'anno precedente, che già spiccava per gli elevati volumi di inviti estesi alla popolazione per recuperare il ritardo legato alla pandemia di COVID-19. Il numero di persone invitate dai programmi nel 2022 ammonta a oltre 7 milioni e mezzo, un valore superiore sia a quello registrato nel 2021 sia a quelli degli anni precedenti la pandemia. L'adesione all'invito, pari al 34,1%, risulta ancora inferiore rispetto ai valori pre-pandemici (Tabella 1).

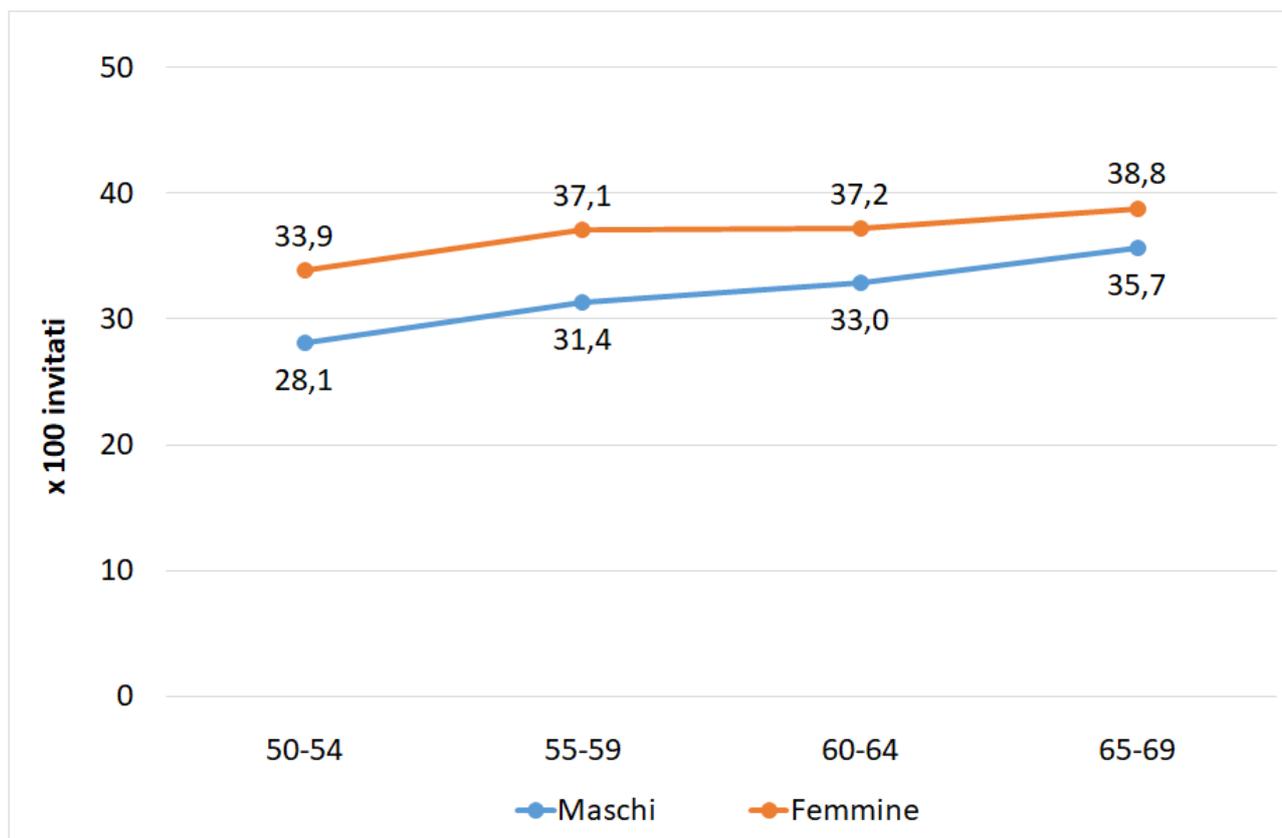
Come illustra la Tabella 1, nel 2022 sono state esaminate oltre 2.500.000 persone, sostanzialmente in linea con il numero di esaminati nell'anno precedente e nel periodo pre-pandemico.

Tabella 1. Programmi con ricerca del sangue occulto fecale. Risultati principali 2019-2022.

Anno di attività	2019	2020	2021	2022
Numero di persone invitate	5.921.032	4.159.765	6.416.162	7.064.418
Adesione corretta all'invito	40,5%	34,1%	38,7%	34,1%
Numero di persone sottoposte a screening	2.619.871	1.487.636	2.607.329	2.535.214
Proporzione di persone con test positivo	5,2%	5,5%	5,0%	4,8%
Numero di persone con test positivo richiamate a colonscopia	137.481	81.669	130.340	124.395
Proporzione di aderenti all'approfondimento	78,5%	78,3%	79,6%	80,0%
Numero di colonscopie totali	105.592	60.754	99.100	96.253
Proporzione di colonscopie complete	96,8%	95,7%	94,9%	93,2%
Numero di carcinomi individuati	2.877	1.402	2.678	2.824
Tasso di identificazione dei carcinomi (x 1000 sottoposti a screening)	1,1‰	0,9‰	1,0‰	1,1‰
Numero di adenomi avanzati individuati	17.356	10.286	16.020	14.060
Tasso di identificazione degli adenomi avanzati (x 1000 sottoposti a screening)	6,6‰	6,9‰	6,1‰	5,5‰
Proporzione di tumori trattati con resezione endoscopica	14,6%	19,3%	18,2%	14,9%

Nella Figura 1 è riportata l'adesione all'invito per sesso e per età. Come evidenziato anche negli anni precedenti, tale valore è risultato superiore nelle donne rispetto agli uomini in tutte le fasce d'età.

Figura 1. Programmi con ricerca del sangue occulto fecale. Adesione per età e sesso nel 2022.



In Tabella 2 sono riportati i principali indicatori di performance nelle tre macroaree geografiche del Nord, Centro e Sud-Isole dal 2019 al 2022. Se si considera l'indicatore di adesione, è necessario sottolineare che il dato nazionale si compone in realtà di valori estremamente eterogenei che caratterizzano le macro-aree geografiche. Come riporta la Tabella 2, infatti, l'adesione all'invito è risultata maggiore al Nord (45,3%), intermedia al Centro (27,1%) e più bassa al Sud (19,5%). Omogenea è invece la tendenza: infatti in tutte le macroaree l'adesione all'invito mostra una ripresa dopo la flessione nel 2020, senza però riportarsi sui valori pre-pandemici. Per quanto riguarda la diffusione dei programmi e l'adesione da parte della popolazione nel Sud-Isole, va notato che il numero di persone esaminate nel 2022 ha superato i valori registrati nel 2019 e indica un importante miglioramento della copertura dopo la marcata riduzione che si è verificata durante gli anni della pandemia.

Rispetto al dato del 2020 e del 2021, nel 2022 risulta in lieve miglioramento la percentuale di aderenti alla colonscopia tra le persone positive al test per la ricerca del sangue occulto fecale (Tabella 1). Poiché con un test positivo il rischio di carcinoma o adenoma avanzato (che possiede una più elevata probabilità di evoluzione verso la malignità) è molto alto (dal 25 al 30%) è essenziale sviluppare strategie efficaci di comunicazione del rischio, per garantire livelli elevati di adesione all'approfondimento.

I tassi di identificazione dei carcinomi e degli adenomi avanzati nelle diverse macroaree non mostrano un preciso andamento nel tempo. Va ricordato che diversi fattori influiscono sui risultati degli ultimi anni: accanto al fatto che è via via maggiore la proporzione degli esaminati che in passato avevano già aderito allo screening (una popolazione con una prevalenza di lesioni inferiore rispetto ai soggetti al primo episodio di screening), la pandemia ha influito negativamente anche sull'adesione alla colonscopia di approfondimento, particolarmente nelle regioni del Centro e Sud, con un riflesso negativo sul tasso di lesioni identificate negli anni della pandemia. D'altro canto, in situazioni di bassa adesione non si possono escludere fenomeni di auto selezione di aderenti a maggior rischio di malattia. Infine, è da considerare anche la difficoltà di recupero delle informazioni relative alla casistica. Come riportato in Tabella 1, la resezione endoscopica è stata risolutiva in poco meno del 15% delle persone con carcinoma, con un evidente impatto sulla qualità di vita.

Tabella 2. Risultati dei programmi con ricerca del sangue occulto fecale per macroarea. Età 50-69 anni. Periodo 2019-2022.

Area	Periodo	Numero di persone esaminate	Adesione all'invito	Proporzione di persone con test positivo	Tasso di identificazione dei carcinomi	Tasso di identificazione degli adenomi avanzati
Nord	2019	1.700.122	49,4%	5,1%	1,1‰	6,8%
	2020	945.170	46,8%	5,3%	1,0‰	7,7‰
	2021	1.734.441	47,9%	4,6%	1,0‰	6,3‰
	2022	2022	1.722.580	45,3%	4,2%	0,9%
Centro	2019	586.919	34,8%	5,1%	1,1‰	6,8‰
	2020	419.240	27,2%	5,1%	0,8‰	6,0‰
	2021	564.343	31,5%	5,1%	0,9‰	6,8‰
	2022	504.486	27,1%	4,8%	1,1%	7,4%
Sud e Isole	2019	247.234	25,7%	7,9%	2,1‰	6,9‰
	2020	89.099	15,8%	9,5%	1,1‰	4,0‰
	2021	193.727	23,7%	7,1%	1,6‰	4,2‰
	2022	351.639	19,5%	7,8%	1,9%	4,1%

Nel 2022 la performance relativa al tempo di attesa per l'esecuzione della colonscopia è lievemente migliorata rispetto agli anni precedenti (Tabella 3). Il dato medio nazionale, che si pone su un livello molto lontano dallo standard di riferimento del Giscor, sottende una situazione problematica in quasi tutte le Regioni. Il tempo che intercorre tra un test positivo e l'approfondimento coloscopico 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. Questa problematica va gestita a livello di programmazione e soprattutto di assegnazione di risorse al programma. I carichi di lavoro indotti dallo screening possono essere stimati con precisione: il reperimento delle risorse previste rappresenta quindi una precisa azione di politica sanitaria interna alle aziende sanitarie locali.

Tabella 3. Tempo di attesa per la colonscopia dei programmi con ricerca del sangue occulto fecale. Periodo 2019-2022.

Anno di attività	2018	2019	2020	2021	Standard accettabile Giscor
Percentuale di persone che eseguono l'approfondimento entro 30 giorni dal test positivo	47%	42%	43%	43%	>90%

La proposta di screening nei soggetti con più di 70 anni

Sia le Raccomandazioni del Consiglio d'Europa del 2003 sia quelle più recenti del 2022 e le Linee guida ministeriali indicano come target per i programmi di screening colorettales la fascia di età compresa tra i 50 e i 74 anni. L'estensione dello screening ai 70-74enni viene indicata anche nel Piano nazionale prevenzione 2020-2025. Nella maggior parte delle regioni italiane, tuttavia, la fascia oggetto della proposta di screening si limita ai 50-69enni, anche se non mancano i programmi in cui la proposta si rivolge anche a soggetti di età superiore.

Anche questa attività ha risentito degli effetti della pandemia da Covid-19. Infatti rispetto al 2019, quando erano stati invitati 430.748 soggetti, si è osservata nel 2020 una riduzione importante, seguita da una ripresa nel 2021 che è proseguita nel 2022 con oltre 580.000 invitati (pari al 7,6% del volume complessivo degli inviti a livello nazionale). La maggior parte dell'attività sui soggetti con più di 70 anni è stata svolta in Lombardia (248.640 invitati, pari al 43% del totale nazionale) e nel Lazio (141.644, 24%) e in Campania (109.820, 19%). Altre Regioni che hanno invitato soggetti in questa fascia d'età sono Umbria (22.997, 4%), Friuli Venezia Giulia (18.756, 3%) e Toscana (13.562, 2%).

Complessivamente l'adesione corretta all'invito tra gli ultra70enni è stata del 36,0% (201.313 soggetti). Nei 28.733 soggetti al primo episodio di screening la positività al sangue occulto è stata del 10,2%, il tasso di identificazione di carcinoma è del 3,9 per 1.000 e il tasso di adenomi avanzati dell'11,9% per 1.000. Nei 172.580 soggetti a un episodio di screening successivo al primo, la positività al sangue occulto è stata del 6,4%, mentre i tassi di identificazione sono stati rispettivamente pari a 1,8 e 6,3 per 1.000 per carcinomi e adenomi avanzati. Complessivamente sono stati diagnosticati 308 carcinomi e 1.104 adenomi avanzati.

Rettosigmoidoscopia: la prevenzione a intervalli lunghi

I nove programmi di screening colorettaile del Piemonte prevedono l'esecuzione della rettosigmoidoscopia come test di screening per i residenti di 58 anni di età. Dopo la flessione degli inviti registrata nel 2020, si è osservata una lieve ripresa nel 2021 e un marcato aumento nel 2022, con 66.143 soggetti invitati, un valore che si attesta ai livelli registrati prima della pandemia (Tabella 4).

Gli esaminati sono stati 12.038, con un'adesione del 18,1%, in lieve flessione rispetto al 2021 e al periodo pre-pandemico. In caso di mancata adesione alla rettosigmoidoscopia, è previsto un invito a sottoporsi al test per la ricerca del sangue occulto fecale. Nel 2022 tale proposta ha portato a un incremento di adesione da parte della popolazione target, con un valore cumulativo del 28,8%.

La quota di inviti ad approfondimento (10,6% nel 2022) si pone stabilmente su livelli superiori allo standard di riferimento. Nel 2022 in meno della metà dei casi il richiamo era dovuto alla presenza di adenomi avanzati, che costituiscono la categoria diagnostica per cui è documentato un aumento sostanziale del rischio di lesioni avanzate nel colon prossimale.

Gli altri indicatori sono in linea con gli standard; in particolare va evidenziato il tasso di identificazione degli adenomi (44,2 per 1.000 esaminati), che è circa otto volte maggiore rispetto ai programmi con sangue occulto, a indicare l'elevato potenziale di prevenzione di questa strategia di screening.

Tabella 4. Programmi con rettosigmoidoscopia. Risultati principali. Periodo 2019-2022.

Anno di attività	2019	2020	2021	2022	Standard accettabile Giscor
Numero di persone invitate	68.417	28.071	37.418	66.143	
Adesione corretta all'invito	23,0%	14,2%	21,9%	18,1%	>45%
Adesione a rettosigmoidoscopia o al test per la ricerca del sangue occulto fecale	28,5%	25,0%	30,6%	28,8%	
Numero di persone sottoposte a screening	16.848	5.279	8.098	12.038	
Proporzione di persone con test positivo	11,6%	11,2%	12,2%	10,6%	<8%
Numero di persone richiamate a colonscopia	1.941	593	986	1.278	
Proporzione di aderenti all'approfondimento	77,6%	79,4%	84,0%	87,1%	>90%
Numero di carcinomi individuati	39	13	22	42	
Tasso di identificazione dei carcinomi (x 1000 sottoposti a screening)	2,3‰	2,5‰	2,7‰	3,5‰	>3‰
Numero di adenomi avanzati individuati	699	202	348	532	
Tasso di identificazione degli adenomi avanzati (x 1000 sottoposti a screening)	41,5‰	38,3‰	43,3‰	44,2‰	>35‰

L'andamento nella popolazione migrante

Si riporta di seguito un approfondimento sui volumi di attività che hanno interessato la popolazione proveniente da paesi a forte pressione migratoria (PfpM). I dati derivano da una survey ad hoc che per l'anno 2022 è stata facoltativa, per cui il dato a livello nazionale risulta parziale, seppure molte Regioni abbiano fornito dati in merito (66 programmi su 109).

Complessivamente gli inviti a persone provenienti da PfpM sono stati 273.474, pari al 7,1% del totale degli inviti dei programmi che hanno fornito questi dati (Tabella 5). Nel Nord tale valore è più elevato (11,6%) rispetto alle Regioni del Centro (6,2%) e del Sud-Isole (3,5%).

L'adesione nella popolazione PfpM ammonta al 23,5% (dato nazionale), con 58.196 rispondenti. L'adesione complessiva nei programmi che hanno risposto alla survey è stata del 28,1%, ma sale al 28,4% se si considerano solo i soggetti provenienti da paesi a sviluppo avanzato (PSA). Dall'analisi per macroarea, emerge come l'adesione tra persone PfpM risulti sostanzialmente sovrapponibile al Nord e al Centro (26,2% e 25,7%, rispettivamente), mentre è molto più bassa nelle Regioni del Sud (8,7%). Tuttavia, è interessante notare come nelle Regioni del Centro, la differenza nel dato di adesione tra popolazione PSA e PfpM sia molto sfumata, diversamente da quanto riscontrato al Nord e al Sud (Tabella 5 e Figura 2).

Tabella 5. Screening con Pap test. Principali indicatori per area geografica. Periodo 2019-2022.

Fascia d'età 50-69 anni	Adesione all'invito	Italia	Nord	Centro	Sud e Isole
Totale	Invitati	3.836.901	1.196.907	1.547.481	1.092.513
	Aderenti	1.041.904	464.081	397.871	179.952
	Adesione Corretta	28,1	39,9	26,8	17,0
PfpM	Invitati	7,1%	11,6%	6,2%	3,5%
	% sul totale inviti	58.196	34.625	20.400	3.171
	Aderenti	23,5	26,2	25,7	8,7
	Adesione Corretta	3.563.427	1.057.506	1.451.985	1.053.936
Psa	Invitati	983.708	429.456	37.7471	176.781
	Aderenti	28,4	41,6	26,8	17,3
	Adesione Corretta	3.836.901	1.196.907	1.547.481	1.092.513

Nella popolazione Pfp, la partecipazione allo screening risulta stabilmente più alta nelle donne (26,3%) rispetto agli uomini (19,4%). I valori di adesione per sesso sono in linea con quelli osservati nel totale degli invitati, con un valore di adesione allineato al Nord e al Centro e nettamente più basso al Sud (Figura 3).

Figura 2. Adesione allo screening coloretale nella popolazione Pfp e Psa per macroarea geografica – Anno 2022.

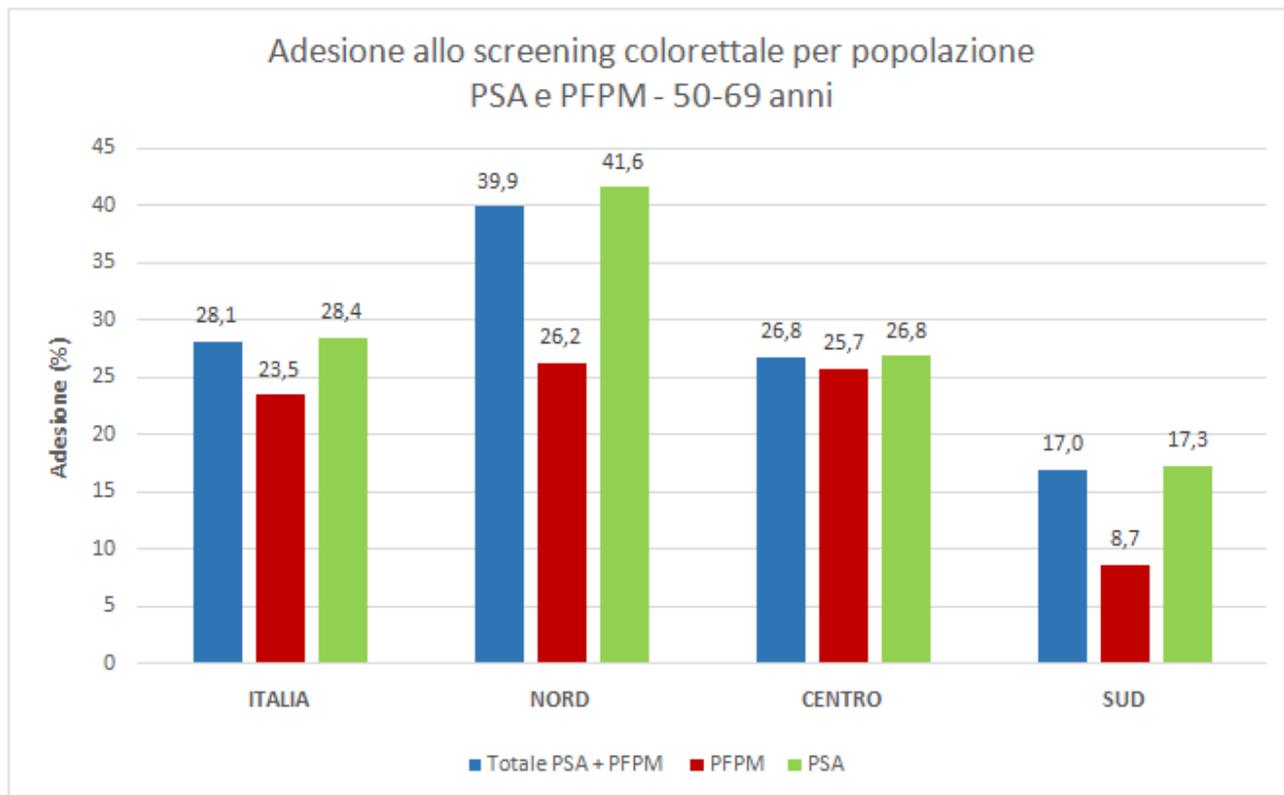
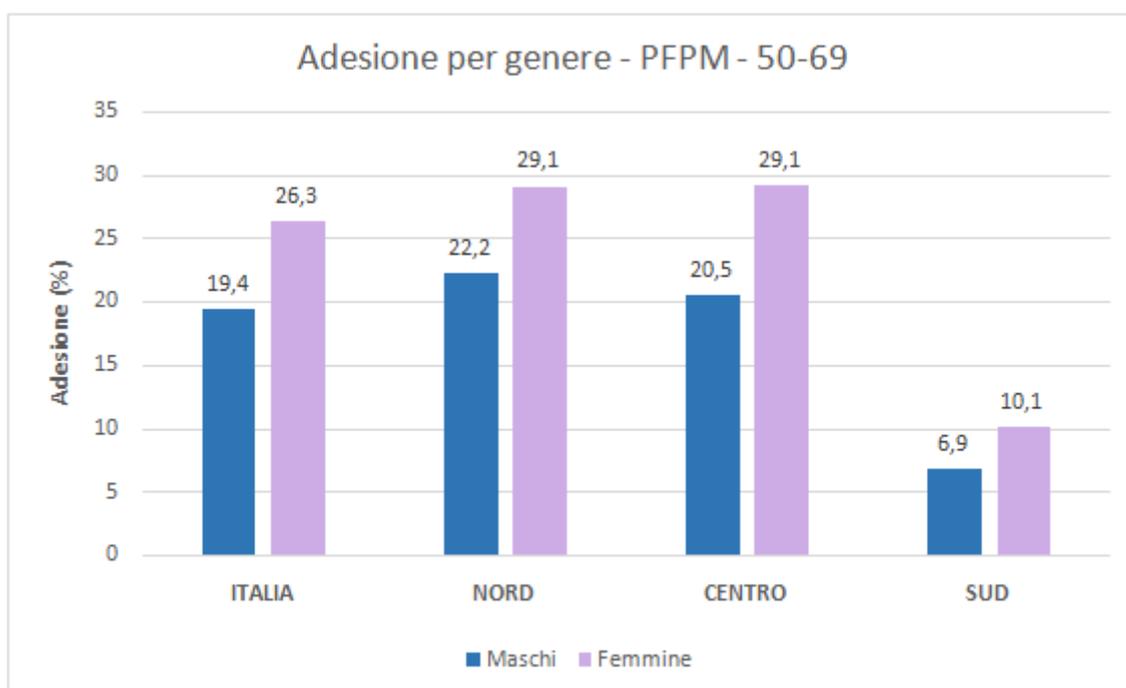


Figura 3. Adesione allo screening coloretale nella popolazione Pfp e Psa per macroarea geografica – Anno 2022.



Copertura all'esame per la prevenzione dei tumori coloretali: i risultati del sistema di sorveglianza Passi

Secondo i dati della sorveglianza [Passi](#), in Italia nel biennio 2021-2022 il 45% delle persone 50-69enni intervistate ha dichiarato di aver 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*), percentuale significativamente più bassa di quella del triennio 2017-2019 (48%) (Figura 1).

Passi riesce solo parzialmente a mostrare la riduzione della copertura ai test preventivi sia complessiva sia nei gruppi di popolazioni, dovuta direttamente o indirettamente alla pandemia da Sars-CoV-2, in quanto è retrospettivo, cioè indaga se è stata effettuata una ricerca del sangue occulto o una colonscopia/rettosigmoidoscopia, rispettivamente, nei due o cinque anni precedenti all'intervista.

La copertura complessiva per la diagnosi precoce dei tumori coloretali raggiunge valori più elevati al Nord (65%) e al Centro (51%), mentre è più bassa al Sud (26%) (Figura 1). Maggiori variabilità si osservano, invece, a livello delle singole regioni (Figure 2 e 3). È opportuno precisare che la Lombardia non contribuisce all'indagine Passi e pertanto i dati della macroarea Nord non sono rappresentativi dell'andamento della copertura in quella Regione.

Anche l'analisi della serie storica della copertura evidenzia un calo, più evidente nelle regioni del Nord e del Sud, interrompendo così il progressivo aumento registrato nel periodo 2010-2019 (Figure 4 e 5).

In particolare, nel 2021-2022 è diminuita l'esecuzione degli esami all'interno dei programmi di screening, andamento in contrapposizione rispetto a quello registrato negli anni precedenti (Figura 4). Questa tendenza è più evidente nelle regioni del Centro, dove la copertura all'interno dei programmi è passata dal 47% al 42% (Figura 1).

Passi informa, infatti, sulla copertura agli esami preventivi nella popolazione target, comprensiva sia della quota di quelli eseguiti all'interno dei programmi di screening organizzati o di altre offerte gratuite delle Asl¹ sia di quelli effettuati al di fuori (*proxy* di screening spontaneo).

Poiché Passi è retrospettivo e, quindi, meno veloce a registrare cambiamenti puntuali di copertura, si sono analizzate le percentuali di test effettuati nei 12 mesi precedenti l'intervista. Questo indicatore ha evidenziato un calo nel 2020 e nel 2021, passando dal 25% nel 2019 al rispettivamente 19% e 20%; nel 2022 è leggermente aumentato portandosi al 22%. In particolare, il calo ha interessato la quota di test eseguiti all'interno dei programmi di screening organizzati, che si è ridotta del 27% nel 2020 rispetto al 2019; questa componente è leggermente incrementata nel 2021 (+7% rispetto al 2020) e nel 2022 (+12% rispetto al 2021). Il modello di regressione *Poisson* indica che i differenziali per istruzione nella percentuale di esami preventivi effettuati nei 12 mesi precedenti l'intervista sono più evidenti nel 2021-2022 rispetto al triennio 2017-2019.

Figura 1. Esame per la prevenzione dei tumori coloretali nei tempi raccomandati* (%)
Persone 50-69enni

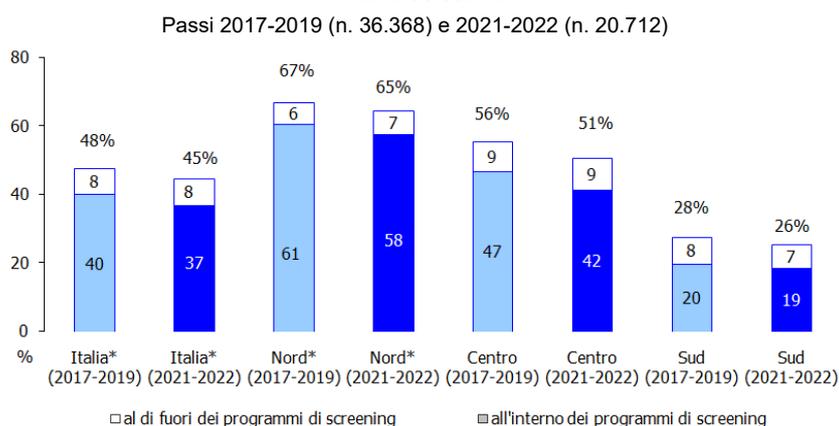
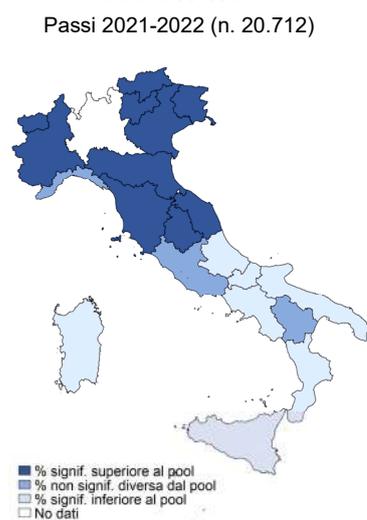


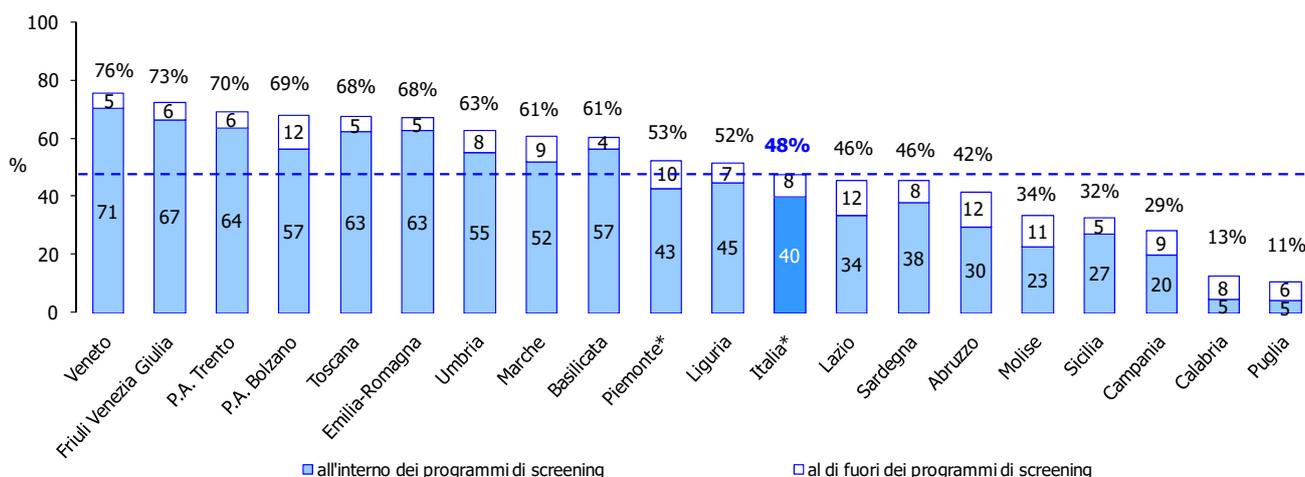
Figura 2. Esame per la prevenzione dei tumori coloretali nei tempi raccomandati* (%)
Persone 50-69enni



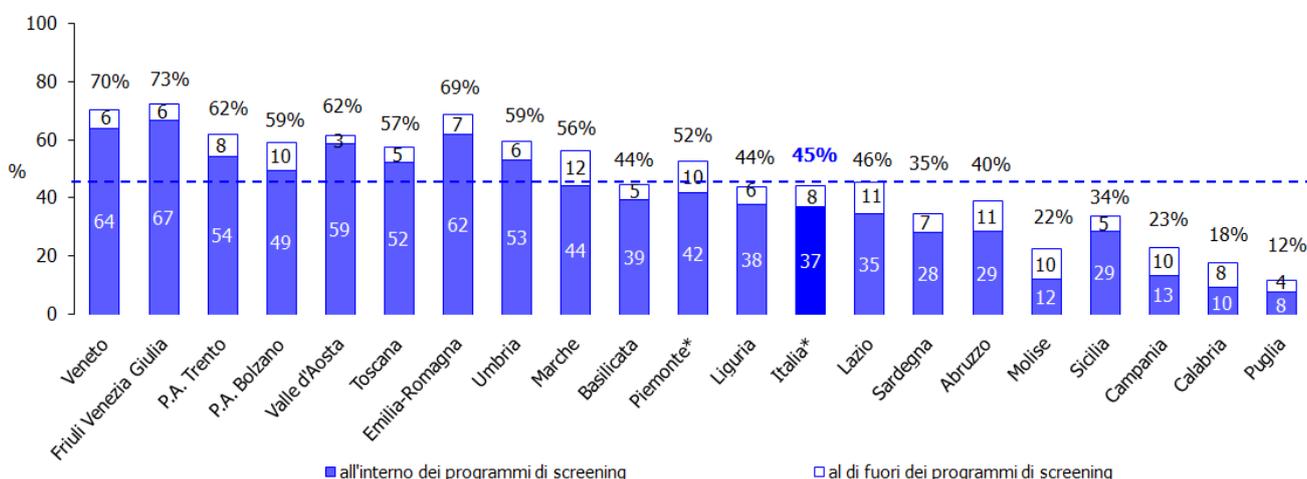
*Il dato relativo al Piemonte viene calcolato con un algoritmo apposito che tiene conto delle diverse modalità di organizzazione dello screening (rettosigmoidoscopia a 58 anni o in alternativa ricerca del sangue occulto ogni due anni nella fascia 59-69 anni).

¹La 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 sia 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) alcuni utenti effettuano il test gratuitamente anche al di fuori dei programmi di screening organizzati (ad esempio in base all'articolo 85 della legge 338/2000 - finanziaria 2001); 2) alcuni utenti non ricordano esattamente la data di esecuzione (effetto telescopico); 3) i rispondenti all'intervista effettuano probabilmente il test in percentuale maggiore rispetto alle non rispondenti. A causa di un possibile mancato ricordo sull'informazione del pagamento la somma della quota dentro e fuori dai programmi organizzati potrebbe non combaciare esattamente con la copertura totale.

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



Passi 2021-2022



*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 4. Esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati* all'interno o al di fuori dei programmi di screening organizzati (%)
Persone 50-69enni
Passi 2010-2022

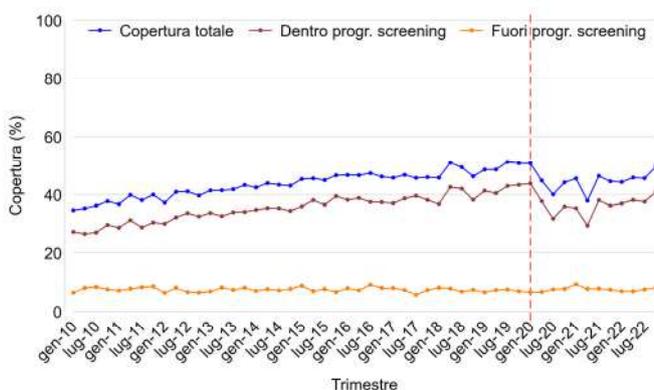
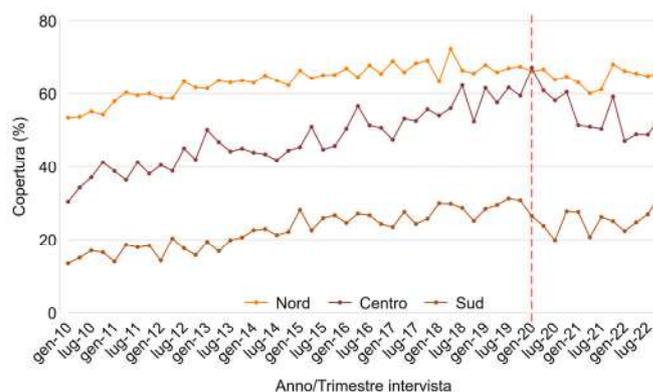


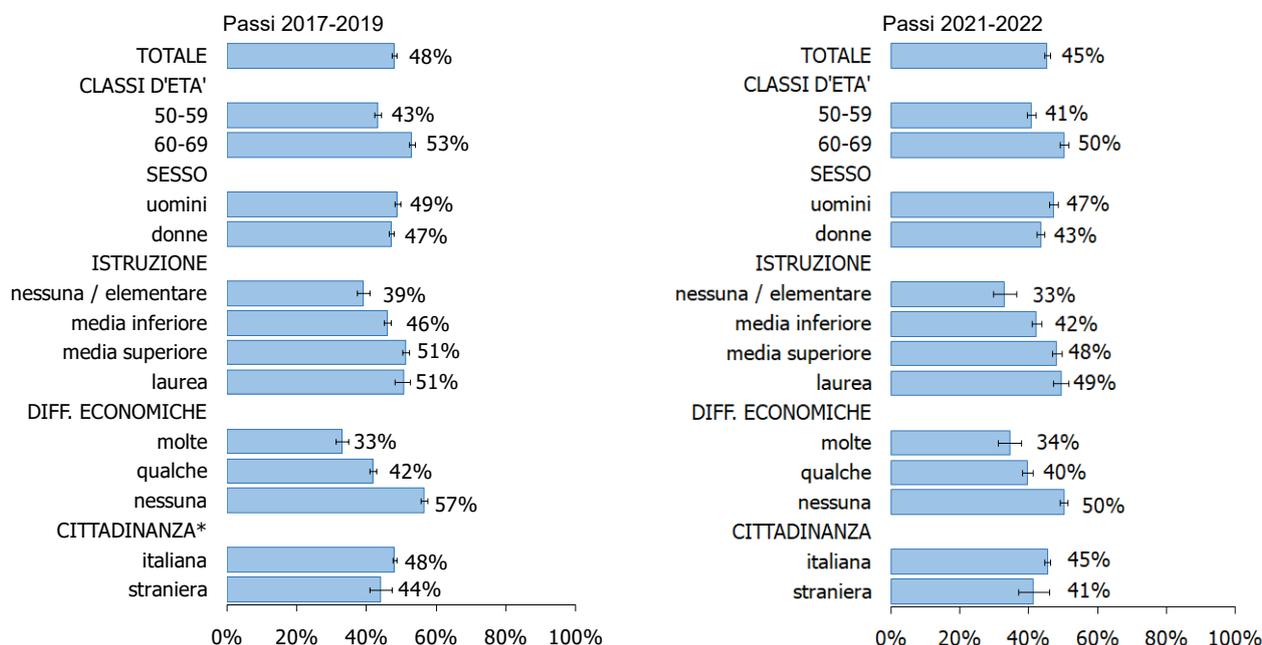
Figura 5. Esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati* per ripartizione geografica (%)
Persone 50-69enni
Passi 2010-2022



*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).

Nel 2021-2022 si confermano i differenziali già osservati per genere, classe d'età, istruzione e difficoltà economiche. Più in dettaglio, tra il 2021-2022 e il 2017-2019 si sono registrate le riduzioni maggiori nella copertura tra le donne, in quelle con un basso livello d'istruzione e in quelle senza difficoltà economiche riferite (Fig. 6).

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

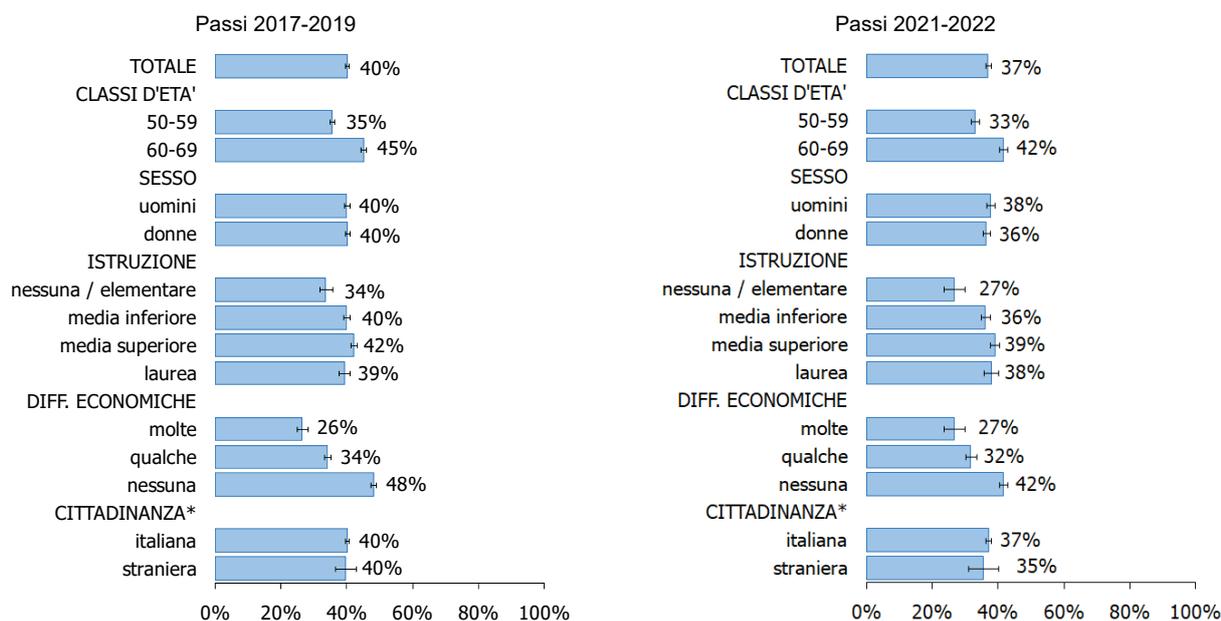


*Italiana: persone con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a sviluppo avanzato (Psa); Straniera: persone immigrate da Paesi a forte pressione migratoria (Pfp).

Nella copertura agli esami eseguiti nei programmi di screening organizzati, o di altre offerte gratuite delle Asl, si sono registrate variazioni maggiori tra le persone con istruzione medio-bassa e in quelle senza molte difficoltà economiche (Fig. 7).

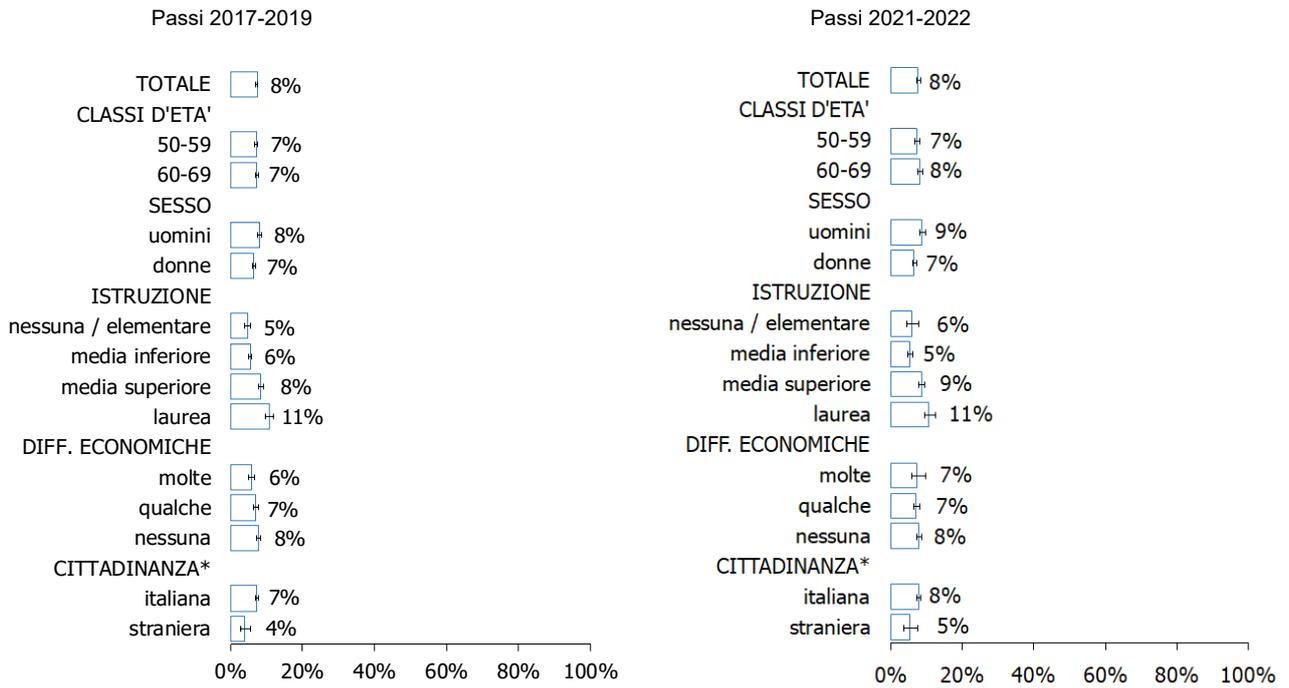
Nella quota di test effettuati al di fuori dei programmi di screening organizzati non si sono evidenziate variazioni significative tra il 2021-2022 e il triennio 2017-2019 (Fig. 8).

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



*Italiana: persone con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a sviluppo avanzato (Psa); Straniera: persone immigrate da Paesi a forte pressione migratoria (Pfp).

Figura 8. Copertura agli esami per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati al di fuori dei programmi di screening organizzati (%)
 Persone 50-69enni



*Italiana: persone con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a sviluppo avanzato (Psa); Straniera: persone immigrate da Paesi a forte pressione migratoria (Pfp).

Nome file: Rapporto ONS 2022_Definitivo.doc
Directory: C:\Users\Craus\Documents
Modello: C:\Users\Craus\AppData\Roaming\Microsoft\Templates\Normal
.dotm
Titolo:
Oggetto:
Autore: moniipc
Parole chiave:
Commenti:
Data creazione: 27/05/2022 13:08:00
Numero revisione: 34
Data ultimo salvataggio: 03/07/2024 15:17:00
Autore ultimo salvataggio: Craus
Tempo totale modifica 16.940 minuti
Data ultima stampa:03/07/2024 15:18:00
Come da ultima stampa completa
Numero pagine: 42
Numero parole: 11.336 (circa)
Numero caratteri: 64.621 (circa)