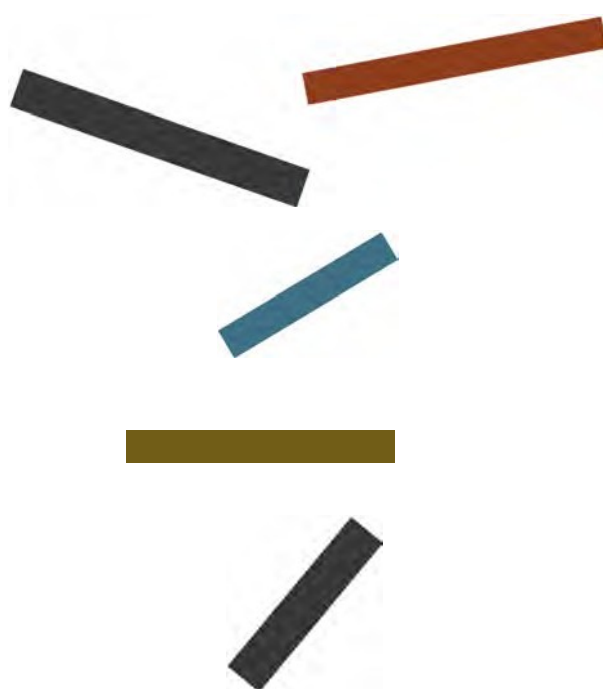




Osservatorio nazionale screening

Rapporto sul 2020



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

Sommario

Introduzione	3
Screening mammografico	5
Screening cervicale	6
Screening coloretale	7
Lo screening mammografico	9
Lo screening della mammella visto da Passi	15
Lo screening cervicale	19
Lo screening cervicale visto da Passi	25
Lo screening coloretale	29
Lo screening coloretale visto da Passi	33

Introduzione

Paola Mantellini - Osservatorio nazionale screening

Questo rapporto presenta i dati sui programmi di screening oncologico relativi al 2020, cioè di un anno in cui i programmi di screening hanno sofferto fortemente, sia perché è stato molto difficile recuperare i ritardi dal punto di vista organizzativo, sia perché, anche di fronte agli sforzi per garantire una offerta il più possibile adeguata, la popolazione ha partecipato meno. I dati di estensione e adesione rilevati dall'Osservatorio Nazionale Screening così come l'indagine campionaria Passi confermano quanto evidenziato nelle quattro indagini (fare il link) condotte durante in periodo pandemico e pubblicate su questo stesso sito.

Pur non essendo ancora disponibili i dati consolidati, sappiamo già che anche il 2021 è stato un anno di sofferenza, con differenze importanti, in termini di recupero, tra una Regione e l'altra. Solo pochissime Regioni, infatti, sono riuscite a colmare completamente il ritardo maturato, mentre ve ne sono diverse che sono state in grado di garantire l'offerta a tutta la popolazione che ne aveva diritto nel 2020 solo effettuando uno slittamento al 2022 degli inviti alla popolazione che ne aveva diritto nel 2021. Altre ancora non sono state grado di recuperare il ritardo maturato nel 2020 e in alcune realtà, come si dice in gergo, è proprio saltato un round, si è perso cioè, un anno di inviti.

Quando l'entità del ritardo è stata rilevante o, peggio, quando si è addirittura saltato un round è fortemente probabile che si siano generati dei ritardi diagnostici, evenienza che è stata presentata e discussa in diversi contesti. In sostanza, dal punto di vista dello screening non abbiamo vissuto una pandemia, ma piuttosto una vera e propria sindemia, con un numero importante di diagnosi mancate o comunque di casi diagnosticati in fase più avanzata. Non solo, i dati Passi hanno messo in evidenza quello che si temeva e cioè che i differenziali socio-economici osservati nel triennio 2017-2019 si sono amplificati, confermando un aumento delle disuguaglianze. Con la sindemia si è quindi ridotta quella capacità di ri-equilibrio sociale caratteristica dei programmi di screening organizzati.

Se tuttavia allarghiamo la nostra visuale, possiamo affermare che alcune realtà non erano in grado di assicurare l'offerta di screening già da prima dell'emergenza pandemica. Quindi in alcuni contesti si potrebbe dire che "è piovuto sul bagnato".

Partita aperta sul futuro

E quindi cosa possiamo prevedere per il futuro? Come molti altri ambiti della sanità pubblica, anche gli screening organizzati sono affetti da problematiche di tipo strutturale: per esempio la mancanza di una serie di figure professionali, sia in generale (come i radiologi) sia in particolare, come la carenza di professionisti con competenze in ambito di screening oncologico. La formazione specifica sullo screening oncologico organizzato è infatti limitata a pochi corsi di studio e l'acquisizione delle competenze specifiche si realizza pressoché esclusivamente sul campo. A queste criticità, dovute a un difetto di previsione e a una mancanza di programmazione che si sono aggravate negli anni, se ne associano altre più specifiche e spesso legate al contesto. Alla carenza di risorse, sia di personale dedicato che di tecnologia (carenza che si è accentuata durante la pandemia) si associa un depauperamento di competenze organizzativo-gestionali che spesso contribuisce alla non adeguata allocazione delle risorse esistenti.

Eppure nonostante questo elenco di criticità, la partita è ancora aperta e senz'altro ci sono strade da percorrere per migliorare. In particolare per garantire una offerta più elevata e più omogenea riducendo le differenze osservate, la Linea di supporto centrale 10 del Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025 traccia degli indirizzi precisi. Infatti la sfida che ci si pone davanti, e che le singole Regioni hanno recepito nei propri Programmi liberi sugli screening oncologici, prevede il potenziamento dei coordinamenti multidisciplinari regionali di screening, la cui funzione di supporto e di monitoraggio è essenziale per il buon andamento dei programmi aziendali. Molte delle carenze osservate sono dovute alla debolezza dei coordinamenti regionali che non hanno avuto la possibilità di esercitare le proprie funzioni. Peraltro la presenza di coordinamenti efficienti risponde alle logiche dei sistemi a rete, così come lo screening si è dimostrato essere anche durante questo ultimo difficilissimo biennio.

Costruire coordinamenti regionali efficienti però non basta, è necessario ripensare ai modelli organizzativi sia perché nuove evidenze di efficacia ci indirizzano in tal senso sia perché dobbiamo tenere conto della sostenibilità del nostro sistema. È quindi venuto il momento di impegnarsi in uno sforzo per definire i requisiti tecnici, organizzativi e professionali la cui applicazione debba essere condivisa e realizzata da parte di tutte le Regioni e il cui monitoraggio sia ragionato e concordato anche con il Ministero della Salute. Queste azioni e iniziative si inseriscono a pieno titolo nelle logiche di cambiamento sottese alla Missione 6 sulla salute del PNRR e proprio per questo ci si augura che il modello dello screening oncologico organizzato, così come l'impianto culturale alla sua base trovino ampio spazio nella declinazione operativa del Decreto ministeriale 71.

Infine, un forte governo dello screening organizzato sarà necessario per ottemperare alle nuove raccomandazioni del Consiglio Europeo che oltre a chiedere di garantire l'offerta di screening per il tumore della mammella, della cervice uterina e del colonretto ad almeno il 90% della popolazione avente diritto, comprendono anche precise indicazioni affinché siano implementati progetti pilota e trial anche per quanto riguarda nuove patologie come il tumore del polmone o quello della prostata.

Lo stato degli screening nel 2020

Di seguito i numeri assoluti considerando tutti gli screening e tutte le fasce di età: più di 9 milioni di inviti (9.379.419) e 3 milioni e mezzo di test eseguiti (3.594.826). Come già anticipato nelle indagini quantitative effettuate durante la pandemia, l'andamento positivo della copertura osservato negli anni precedenti si è fatalmente arrestato e si sono registrati oltre 4 milioni di inviti e 2 milioni di esami in meno, con una riduzione degli indicatori di estensione e adesione in tutte le macro aree considerate.

Queste osservazioni sono in sintonia con i dati Passi che completano, come sempre, questo rapporto.

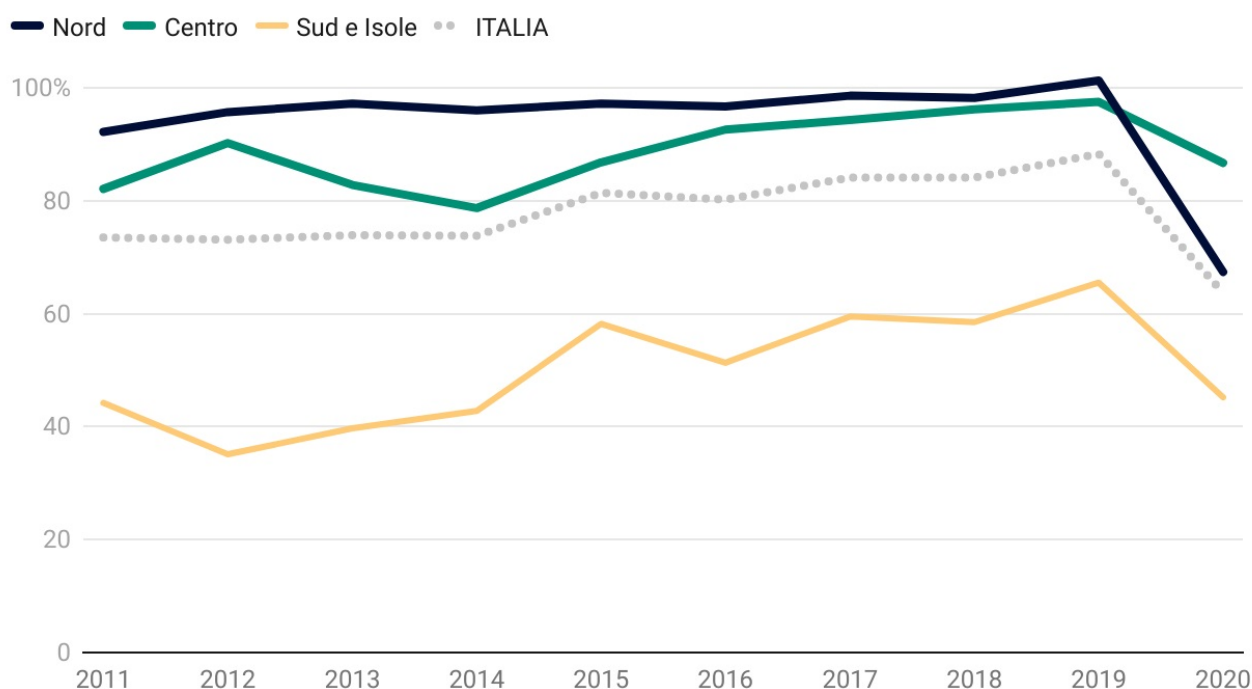
È opportuno ricordare che l'indagine quantitativa Ons e l'intervista telefonica campionaria Passi sono metodi differenti di indagine: in linea generale la survey Ons tende a sottostimare la reale copertura dei programmi organizzati, mentre la survey Passi tende a sovrastimarla. Questi due approcci, insieme, descrivono compiutamente la situazione reale dei programmi di screening, spaziando dalla valutazione delle performance di processo e di esito alla analisi dei differenziali demografici e socioeconomici.

Di seguito l'estensione degli inviti fra il 2011 e il 2020, sia complessiva, sia suddivisa per macro aree. 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 2011-2020 in Italia e nelle tre macro aree. Come si può vedere, nel 2020 il valore di copertura si è ridotto di 29 punti percentuali rispetto al 2019 (59% versus 88%) con 2.593.288 inviti effettuati. Le maggiori criticità si osservano al Nord con un calo di 42 punti percentuali (59% versus 101,7%) e al Sud con una riduzione pari a 23 punti percentuali (43% versus 66%), mentre la macro area Centro sembra essere stata maggiormente resiliente con un calo di soli 10 punti percentuali (87% versus 97%). Per quanto riguarda la classe di età 45-49enne, nel 2020 sono state invitate 275.454 donne pari a circa il 12% della popolazione bersaglio, un calo di 98.000 inviti in meno rispetto al 2019, dove si riusciva ad invitare il 15% di questa popolazione. Per quanto riguarda le 70-74enni, nel 2020 ne sono state invitate 228.542 (circa 67.000 in meno rispetto all'anno precedente), pari a circa il 26% della popolazione target.

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 2020)

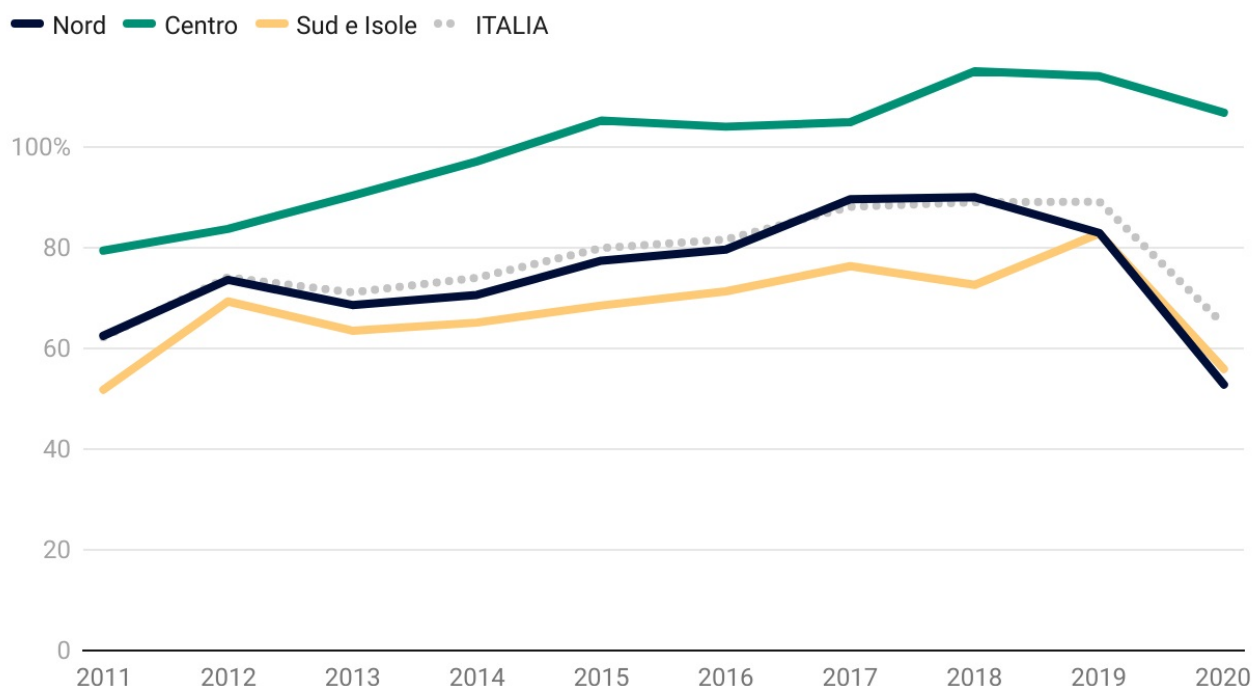


Screening cervicale

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

Nel 2020 sono state invitate allo screening cervicale 2.598.295 donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni, attestandosi quindi l'estensione degli inviti all'64,7%, in sensibile calo rispetto al 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). Il numero di programmi attivi con Hpv a livello nazionale è sostanzialmente stabile rispetto al 2019. Nel 2020, sono state invitate a un Pap-test 1.223.873 donne, mentre 1.374.422 sono state chiamate a test Hpv. Rispetto all'anno precedente si osserva una riduzione complessiva di 24 punti percentuali, con un calo di circa 7 punti percentuali al Centro (che comunque garantisce livelli ottimali di estensione) e importanti variazioni al Nord (30 punti percentuali) e al Sud e isole (26 punti percentuali).

Figura 2. Estensione effettiva dello screening cervicale per area geografica (% delle donne fra 25 e 64 anni di età che ricevono la lettera di invito alla popolazione target dall'anno 2011 al 2020)

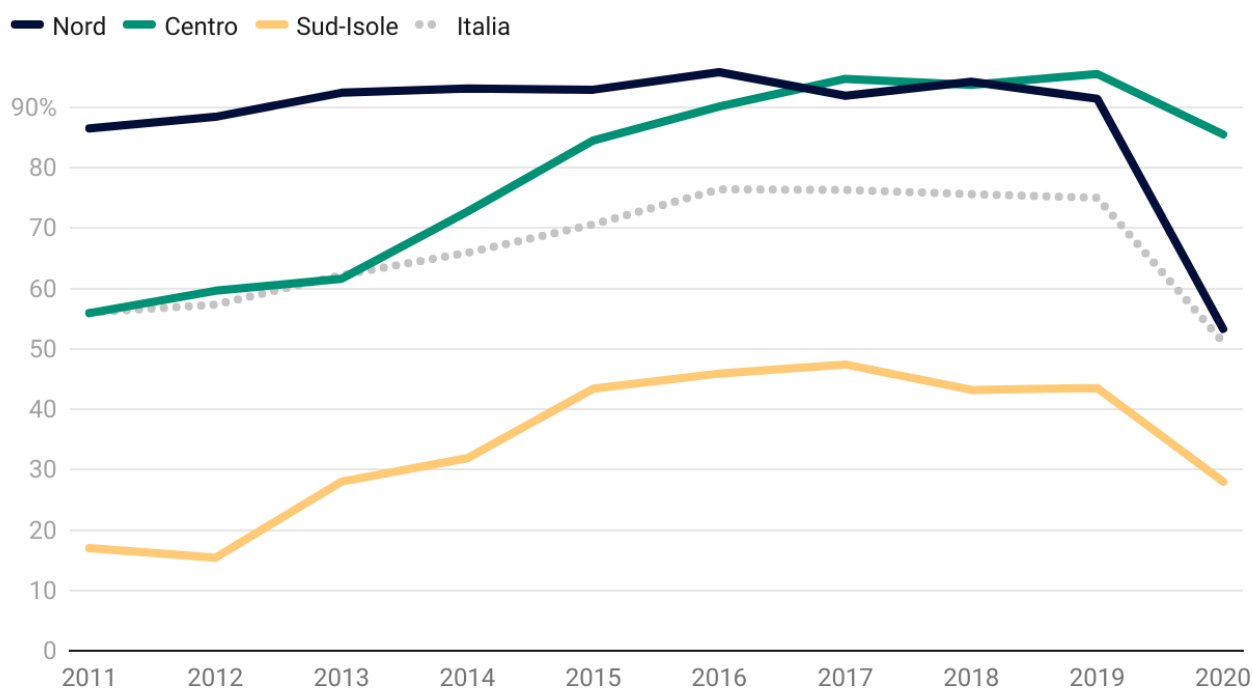


Screening Colorettale

Nel 2020 sono stati invitati poco più di 4 milioni di cittadini (4.159.765) di età compresa tra i 50 e i 69 anni a eseguire il test di per la ricerca del sangue occulto (Sof) e 28.071 soggetti di 58 anni a eseguire la rettosigmoidoscopia come test di screening. Lo screening colorettale, infatti, prevede in quasi tutta l'Italia la ricerca del sangue occulto nelle feci, mentre il Piemonte vede la proposta della rettosigmoidoscopia una volta nella vita a 58 anni di età e la ricerca del sangue occulto per coloro che non accettano l'esame endoscopico. Relativamente alla fascia di età 70-74 anni, rispetto ai 430.748 invitati nel 2019, nel corso del 2020 sono stati complessivamente 267.401 le persone con oltre 70 anni invitati allo screening colorettale, pari al 6% del volume complessivo degli inviti.

La figura 3 riporta l'andamento della copertura dei 50-69enni dal 2011 al 2020 complessivamente e per le tre macro aree. Il valore di estensione registrato in Italia nel 2020 è risultato pari al 51,1%, ridotto di quasi 24 punti percentuali rispetto al 2019 (75%). La riduzione di estensione è stata maggiore al Nord (53,3% versus 91,4%), mentre più contenute sono risultate le differenze percentuali al Centro e al Sud pari a 10 e 15 punti percentuali, ma i valori sono sensibilmente diversi infatti al Centro l'estensione è stata pari all'85,5% e al Sud al 28%.

Figura 3. Estensione effettiva dello screening colorettale per area geografica (% di persone di età 50-69 anni che ricevono la lettera di invito alla popolazione target dall'anno 2011 al 2020)



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 e Jessica Battagello (survey sullo screening coloretale), l'Ispro Firenze con i colleghi Patrizia Falini e Giuseppe Gorini (survey sullo screening mammografico) ed infine il collega Giuliano Carozzi per i dati di screening dell'indagine Passi. Il coordinamento e la realizzazione grafica ed editoriale sono stati possibili grazie ai contributi delle Regioni che hanno adempiuto al finanziamento del 5% a favore dell'Osservatorio Nazionale Screening, in attuazione del Patto per la salute 2014-2016 e al lavoro della redazione dell'agenzia Zadig (Eva Benelli, Monia Torre, Sergio Cima e Alessandra Craus). 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 2014 al 2020

Per effetto della pandemia, le donne invitate nel 2020 si riducono del 25,3%, ovvero a circa 2.600.000 donne, rispetto alla media delle donne invitate per anno nel biennio precedente, circa 3.500.000 donne (Tabella 1). Nel 2018-2019 in Italia è stato invitato l'86% della popolazione bersaglio (donne 50-69enni), mentre nel 2020 solo il 64%, con una riduzione relativa del 26% rispetto al biennio precedente, effetto legato alla pandemia.

L'adesione grezza all'invito nel biennio 2018-2019 tende a calare lievemente al 54,0% rispetto al biennio precedente (55,6%). Nel 2020 (Tabella 1) il valore si abbassa ulteriormente al 47,9%, registrando rispetto all'ultimo biennio un calo relativo dell'11,3%, per gli effetti della pandemia. L'adesione corretta, calcolata escludendo dal denominatore gli inviti inesitati e le donne che si sono sottoposte a una mammografia negli ultimi 12 mesi, cala in tutte le fasce di età (Figura 1) e, complessivamente, nel 2020 è pari al 51,0%, registrando un calo relativo del 16% rispetto al biennio precedente. Ogni 100 donne esaminate, circa 6 vengono chiamate a effettuare un supplemento di indagine, solitamente un approfondimento radiologico, un'ecografia, una visita clinica e, più raramente, un prelievo. Il numero di carcinomi diagnosticati allo screening supera le 16.000 unità nel biennio 2018-2019 (contro circa 2.000 lesioni benigne), con un tasso di identificazione intorno a 4,4 casi ogni 1.000 donne sottoposte a screening. Per l'anno 2020 il numero di lesioni benigne è pari a 741, mentre i carcinomi diagnosticati allo screening risultano intorno alle 6.000 unità, circa il 75% di quelli diagnosticati annualmente nel biennio 2018-2019. Il tasso di identificazione nel 2020 è pari a 4,9 casi ogni 1.000 donne esaminate.

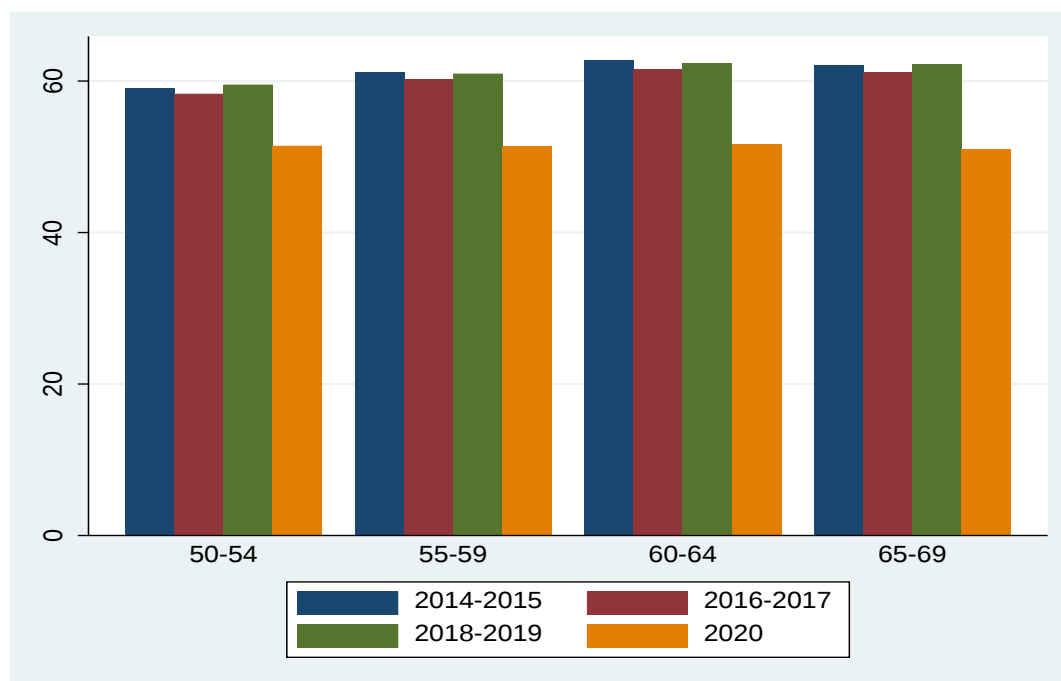
Tabella 1. Dati nazionali di attività di screening mammografico 2014-2020

Anno di attività	2014-2015	2016-2017	2018-2019	2020
Numero di donne invitate*	5.920.807	6.482.301	6.947.614	2.593.288
Numero di donne aderenti all'invito	3.305.361	3.605.948	3.748.434	1.241.639
Media aderenti per anno	1.652.681	1.802.974	1.874.217	1.241.639
Adesione grezza all'invito	55,8%	55,6%	54,0%	47,9%
Adesione corretta all'invito	60,1%	60,0%	60,7%	51,0%
Numero di donne esaminate [^]	3.294.855	3.541.039	3.699.572	1.242.415
Numero di donne richiamate per approfondimenti	19.1574	21.5687	23.4089	80.109
Percentuale di donne richiamate per approfondimenti	5,81%	6,09%	6,33%	6,45%
Numero di lesioni benigne	1.874	1.985	1.988	741
Numero di carcinomi diagnosticati allo screening	15.606	16.392	16.345	6.061
Tasso di identificazione	4,7‰	4,6‰	4,4‰	4,9‰
Numero di carcinomi duttali in situ diagnosticati allo screening	2.030	2.139	2.202	801
Numero di carcinomi invasivi ≤ 10 mm diagnosticati allo screening	4.584	5.047	4.942	1.781

*al netto delle inesitate.

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

Figura 1. Adesione corretta all'invito per classi di età, 2014-2020



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), eccetto che per l'adesione grezza che nel 2020 scende sotto il 50%, considerato livello accettabile. Questa rilevazione è in linea con quanto riportato nel monitoraggio dell'Osservatorio Nazionale Screening sui recuperi dei ritardi dopo il lock down di marzo aprile 2020 e in cui si era osservata una riduzione relativa della partecipazione, rispetto al 2019, del 15%. Il tasso di richiamo per approfondimenti nel 2020 mostra un leggero aumento al 6,5% rispetto al periodo precedente (6,3%), continuando un trend in aumento negli ultimi anni. Il rapporto tra diagnosi istologiche benigne e maligne nelle donne sottoposte a biopsia chirurgica o intervento è pienamente al di sotto della soglia raccomandata e tende a rimanere stabile nel tempo.

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

Il trattamento chirurgico conservativo dei tumori con diametro inferiore ai 2 centimetri mostra invece una leggera e costante flessione intorno al limite di accettabilità a partire fino al 2018-2019, per poi scendere ulteriormente nel 2020 all'82,2%.

Tabella 2. Indicatori e standard di riferimento

Anno di attività	2014-2015	2016-2017	2018-2019	2020	Standard
Adesione grezza all'invito	55,8%	55,6%	54,0%	47,9%	≥ 50%
Percentuale di donne richiamate per approfondimenti	5,8%	6,1%	6,3%	6,5%	Primo esame: < 7% Esami succ.: < 5%
Rapporto biopsie benigne/maligne	0,12	0,12	0,13	0,13	Primo esame: ≤ 1:1 Esami succ.: ≤ 0.5:1
Tasso di identificazione dei tumori	4,7‰	4,6‰	4,4‰	4,9‰	
Tasso di identificazione dei carcinomi invasivi ≤ 10 mm	1,4‰	1,4‰	1,3‰	1,4‰	
Percentuale di trattamento chirurgico conservativo nei tumori invasivi ≤ 2 cm	85,3%	84,1%	84,0%	82,2%	> 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. Nel 2020 invece si assiste a un netto miglioramento dei 3 indicatori dei tempi di attesa, dovuto presumibilmente al minor carico di lavoro legato alla riduzione degli invitati e dei rispondenti durante la pandemia.

Tabella 3. Tempi di attesa

Anno di attività	2014-2015	2016-2017	2018-2019	2020	Standard accettabile Gisma
Invio dell'esito per i casi negativi entro 21 giorni dall'esecuzione della mammografia	66%	62%	59%	70%	90%
Approfondimento entro 28 giorni dall'esecuzione della mammografia	59%	57%	51%	60%	90%
Intervento entro 60 giorni dall'esecuzione della mammografia	40%	32%	34%	42%	

La Tabella 4 presenta i dati per macroaree geografiche: Nord, Centro, Sud e Isole. Nel Sud e Isole l'attivazione dei programmi di screening è più recente e con livelli di copertura mediamente più bassi rispetto al resto del Paese, anche se negli ultimi anni si era registrato un notevole aumento del numero di inviti. Infatti il numero di donne invitate nel Sud e Isole dal 2014-2015 al 2018-2019 è aumentato del 27%. Nel 2020 invece, per effetto della pandemia, al Sud è stato invitato il 45% della popolazione bersaglio con una riduzione del 27% rispetto al biennio precedente; al Centro e al Nord nel 2018-2019 è stato invece invitato oltre il 95% della popolazione femminile 50-69 anni.

Nel 2020 l'adesione grezza all'invito, nonostante abbia sempre mostrato molte differenze tra Nord e Centro rispetto al Sud e Isole, si caratterizza per un ulteriore ampliamento del divario a causa della pandemia. Al Nord l'adesione grezza si è ridotta dal 62% nel 2018-2019 al 59% nel 2020, registrando un calo relativo del 4,8%, mentre al Centro è diminuita dal 53% al 44%, registrando una riduzione relativa del 17,0%. Al Sud hanno aderito nel 2018-2019 il 39% delle donne invitate, mentre nel 2020 solo il 29%, con una riduzione relativa del 25,6%. Nelle Regioni del Centro, del Sud e delle Isole il valore del tasso di richiamo risulta superiore del 7%, quindi al di sopra dello standard di riferimento. Il tasso di identificazione dei carcinomi si attesta intorno al 5‰ al Nord, a poco più del 4‰ al Centro e al 3‰ al Sud, dove si registra un aumento a quasi il 5‰ nel 2020. La proporzione di donne con lesioni piccole sottoposte a trattamento chirurgico conservativo nell'intero periodo di osservazione al Centro-Nord va dall'82% al 91%, mentre al Sud e Isole va dal 58% al 71%, con un valore accettabile che dovrebbe essere superiore a 85%. Riguardo al Sud e alle Isole, il miglioramento di questo ultimo indicatore e l'aumento del tasso di identificazione dei carcinomi potrebbero essere solo apparenti e legati a problematiche di conferimento dei dati.

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

Area geografica	Nord				Centro				Sud			
Anno di attività	2014-2015	2016-2017	2018-2019	2020	2014-2015	2016-2017	2018-2019	2020	2014-2015	2016-2017	2018-2019	2020
N. totale di donne invitate*	3.273.410	3.438.758	3.633.582	1.253.283	1.292.679	1.524.152	1.595.947	713.140	1.354.718	1.519.391	1.718.085	626.865
N. di donne aderenti all'invito	2.073.320	2.177.363	2.237.571	741.648	726.393	801.926	842.426	316.070	505.648	626.659	668.437	177.424
Adesione grezza all'invito	63%	63%	62%	59%	56%	53%	53%	44%	37%	41%	39%	29%
N. di donne esaminate nel periodo	2.084.726	2.186.504	2.253.839	748.045	719.203	801.940	842.548	316.070	490.926	552.592	603.186	178.300
% di donne richiamate per approfondimenti	5,08%	5,23%	5,06%	5,15%	7,23%	7,87%	8,53%	8,52%	6,85%	6,91%	7,99%	8,24%
Biopsie benigne	1.231	1.241	1.104	360	461	482	559	210	182	262	325	171
Tasso di identificazione dei carcinomi	5,12‰	4,99‰	4,86‰	5,19‰	4,36‰	4,66‰	4,30‰	4,08‰	3,64‰	3,15‰	2,92‰	4,98‰
Tasso di identificazione dei carcinomi invasivi ≤ 10 mm	1,51‰	1,52‰	1,45‰	1,57‰	1,39‰	1,59‰	1,38‰	1,41‰	0,89‰	0,82‰	0,87‰	0,90‰
% di trattamento chirurgico conservativo nei tumori invasivi ≤ 2 cm	87,59%	83,75%	85,64%	81,84%	90,98%	91,18%	90,53%	88,51%	58,06%	70,45%	59,51%	71,74%

*al netto delle inesitate.

Inviti nelle fasce di età 45-49 e 70-74 anni nel 2020

Nel 2020 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. Come per la fascia di popolazione 50-69 anni, anche per le altre fasce vi è stata, a causa della pandemia, una contrazione degli inviti e dei test di screening.

Per quanto riguarda la classe di età più giovane, nel 2020 sono state invitate 275.454 donne pari a circa il 12% della popolazione bersaglio, un calo di 98.000 inviti in meno rispetto al 2019, dove si riusciva a invitare il 15% della popolazione 45-49enne. L'Emilia-Romagna, la Basilicata, la VdA e il Piemonte riescono a invitare donne da tutta la regione, invitando rispettivamente il 70%, 18%, 33% e 19% delle donne. Registrano una copertura parziale sul territorio regionale anche la Lombardia (12%), la Toscana (16%), la Campania (12%) e la Liguria (6%). Il 62% delle donne ha accettato l'invito (169.306 donne).

Per quanto riguarda le ultrasessantenni, nel 2020 sono state invitate 228.542 donne, pari a circa il 26% della popolazione target; rispetto all'anno precedente sono state invitate 67.000 donne ultra70enni in meno; 139.810 hanno risposto all'invito, con una partecipazione del 61% (circa 57.000 esami in meno rispetto al 2019). Delle donne invitate in questa fascia di età, la Regione Emilia-Romagna nel 2020 ha invitato l'82% contro il 97% nel 2019; la Lombardia il 44% contro l'86% nel 2019, mentre il Veneto ha aumentato dal 67% nel 2019 al 77% nel 2022; anche in FVG sono aumentate le invitate dal 41% nel 2019 al 51% della popolazione bersaglio. In Umbria è stato invitato il 70% della popolazione bersaglio, contro l'83% dell'anno precedente; in Toscana si è passati dal 41% nel 2019 al 33% nel 2020. In Piemonte, VdA, Molise e Basilicata, l'invito è stato inviato rispettivamente all'11%, al 13% al 9% e al 61% della popolazione bersaglio del 2020, registrando qualche punto di riduzione percentuale rispetto all'estensione raggiunta nel 2019.

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 2020 il 73% 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 precedente (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 all'intervista.

La copertura complessiva a questo esame preventivo raggiunge valori elevati al Nord (82%) e al Centro (83%), mentre è più bassa al Sud (63%) (Figura 1). Maggiori variabilità si osservano, invece, a livello delle singole regioni (Figure 2 e 3).

Nell'intero Paese, come in tutte e tre le ripartizioni geografiche, la copertura complessiva del 2020 è sovrapponibile a quella del triennio precedente (Figura 1), interrompendo il progressivo aumento registrato nel periodo 2008-2019 (Figure 4 e 5). Si sono modificate, però, le percentuali di esami eseguiti all'interno dei programmi organizzati o al di fuori.

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 2020 la copertura all'interno dei programmi di screening è risultata in diminuzione, mentre è aumentata la quota al di fuori dei programmi. Questi andamenti sono in contrapposizione rispetto a quelli registrati negli anni precedenti (Figura 4). Questa tendenza è più evidente nelle regioni del Nord, dove la copertura all'interno dei programmi è passata dal 70% al 67% (Figure 1 e 5); al contrario al Centro si registra un aumento di tale copertura (dal 61% al 64%).

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. In particolare, il calo ha interessato la quota di esami eseguiti all'interno dei programmi di screening organizzati, che si è ridotta del 21%. Il modello di regressione logistica indica che i differenziali socioeconomici nelle donne che hanno effettuato un test preventivo nei 12 mesi precedenti l'intervista sono più evidenti nel 2020 rispetto al triennio precedente.

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

Passi 2017-2019 (n. 19.778) e 2020 (n. 3.501)

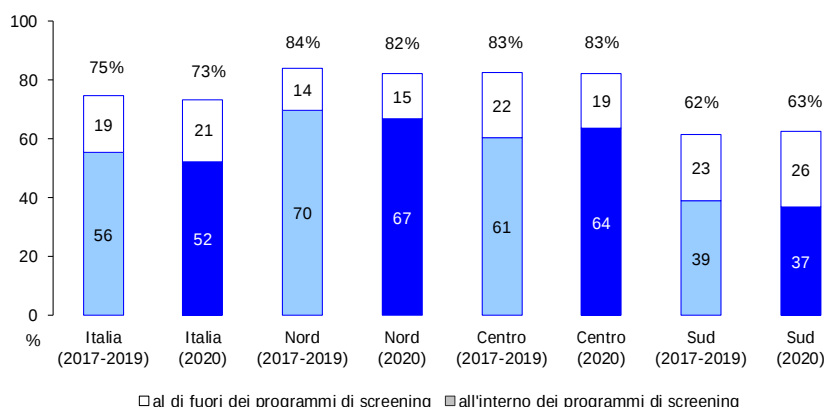
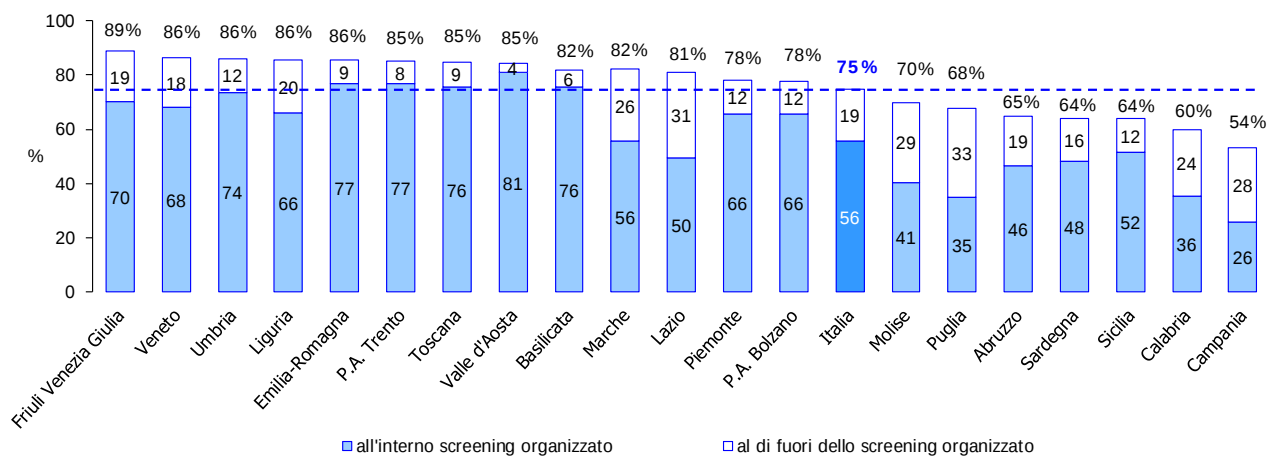


Figura 2. Mammografia eseguita entro gli ultimi 2 anni (%)
Donne 50-69enni
Passi 2020 (n. 3.501)

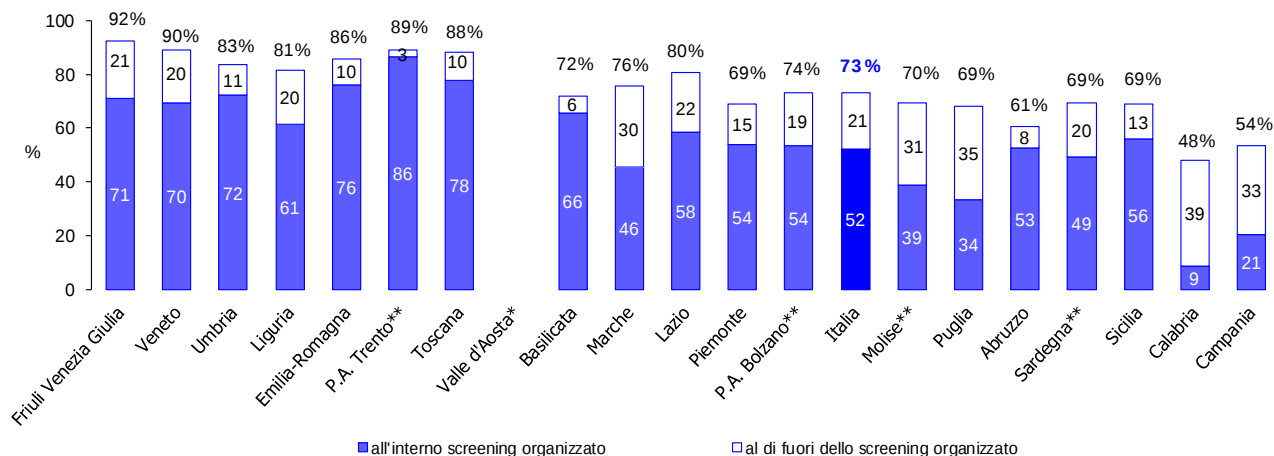


¹La stima della copertura dentro e fuori dai programmi di screening organizzati è stata effettuata mediante un indicatore *proxy* sull'aver pagato o meno l'esame. Per pagamento si intende sia quello relativo al costo completo dell'esame che quello del solo ticket. L'utilizzo di questo indicatore può 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.

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



Passi 2020



*Regioni che non hanno aderito nel 2020.
**Regioni con bassa numerosità nel 2020 (n<100).

Figura 4. Mammografia eseguita entro gli ultimi 2 anni all'interno o al di fuori dei programmi organizzati (%)
Donne 50-69enni
Passi 2008-2020

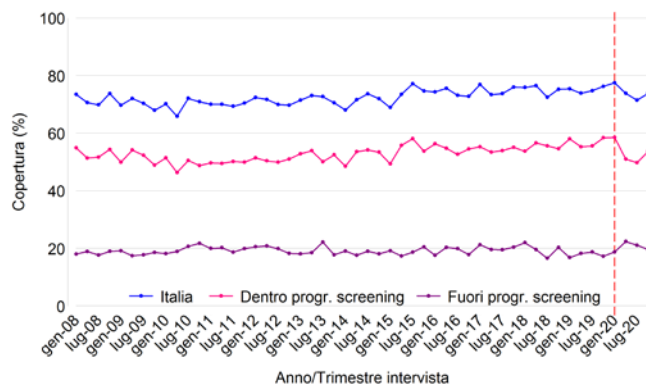
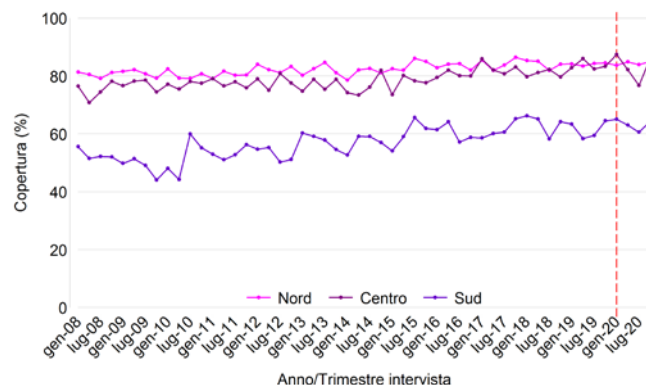
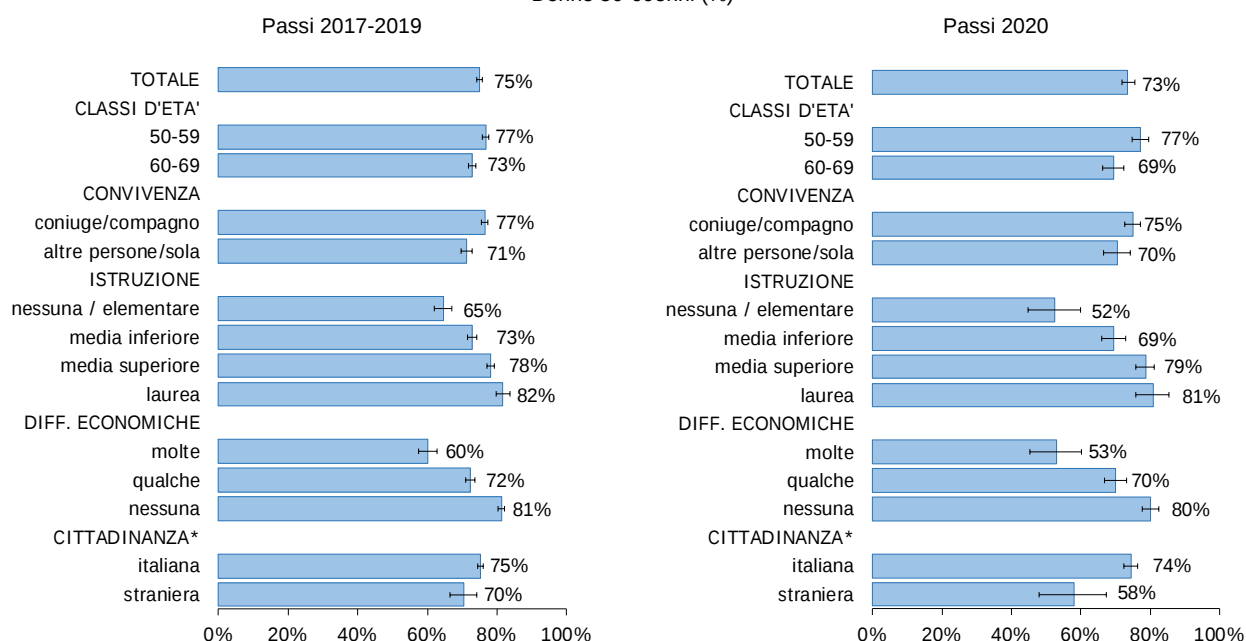


Figura 5. Mammografia eseguita entro gli ultimi 2 anni per ripartizione geografica (%)
Donne 50-69enni
Passi 2008-2020



Più in dettaglio, le riduzioni maggiori nella copertura tra 2020 e 2017-2019 si sono registrate tra le donne 60-69enni, in quelle 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 (%)

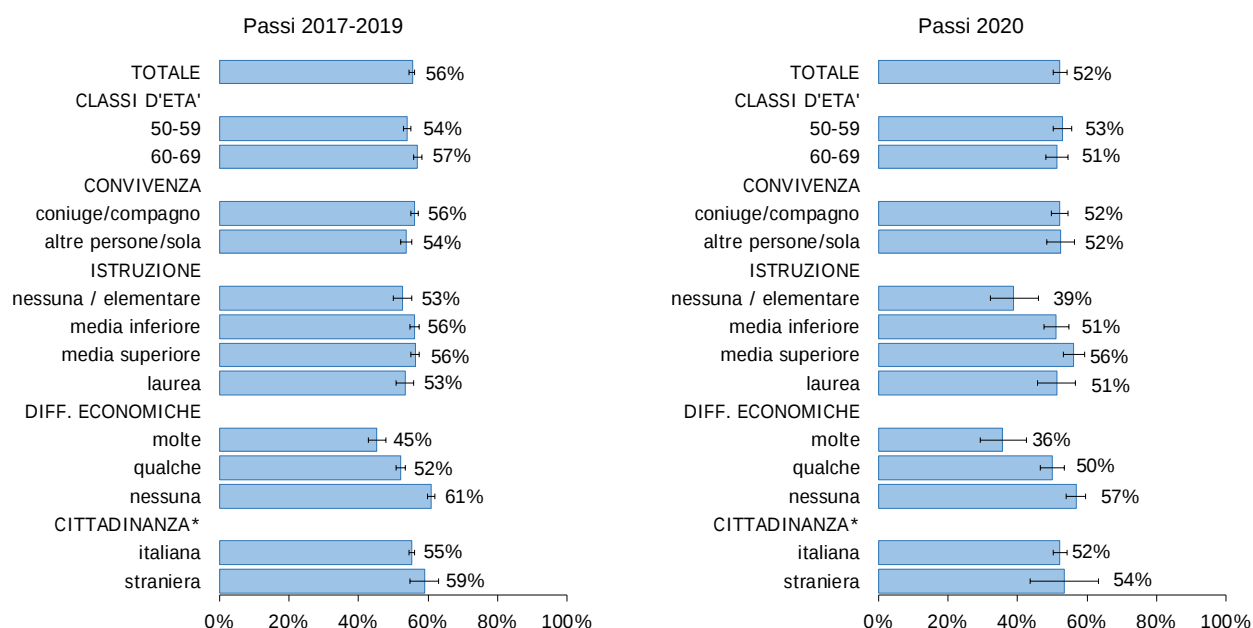


*Italiane: donne con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a sviluppo avanzato (PSA); Straniere: donne immigrate da Paesi a forte pressione migratoria (PFPm).

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 60-69enni, quelle coniugate o conviventi, quelle con bassa istruzione, quelle con molte difficoltà economiche e quelle con cittadinanza italiana (Figura 7).

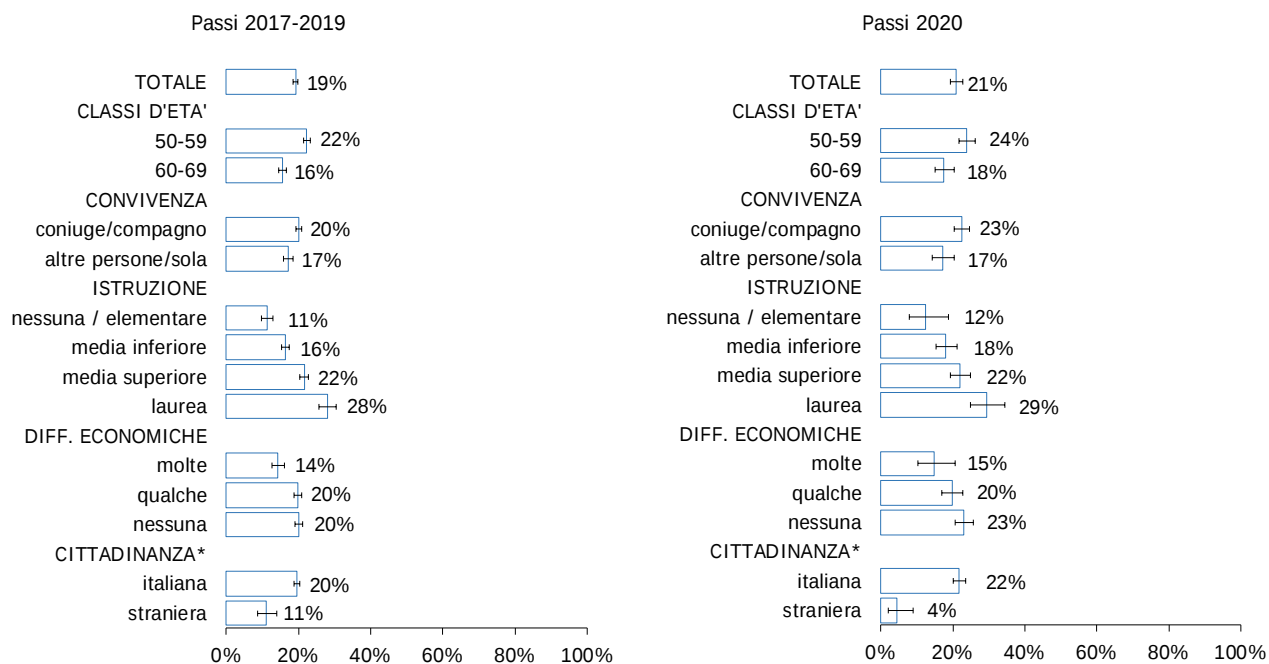
In tutti i gruppi di popolazione si sono registrati valori maggiori o uguali nella percentuale di esami effettuati al di fuori dei programmi di screening organizzati, a eccezione delle straniere, che mostrano una diminuzione (Figura 8).

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 (%)



*Italiane: donne con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a sviluppo avanzato (PSA); Straniere: donne immigrate da Paesi a forte pressione migratoria (PFPm).

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



**Italiane: donne con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a sviluppo avanzato (PSA); Straniere: donne immigrate da Paesi a forte pressione migratoria (PFPM)*

Lo screening cervicale

Dati di attività dal 2014 al 2020

I dati di attività del 2020 riflettono l'effetto della sospensione delle prestazioni di screening nei mesi di marzo e aprile 2020, su tutto il territorio nazionale e delle diverse modalità di riattivazione fra le varie Regioni, in seguito all'epidemia di Covid-19. Dopo un periodo di attività relativamente "costante" (2014-2019), nel 2020 si osserva una riduzione importante del numero di 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).

Prendendo come riferimento il 2019², si osserva una riduzione di circa 1.200.000 donne invitate e di circa 600.000 donne esaminate. La riduzione del numero di donne esaminate dipende non solo dalla riduzione del numero degli inviti, ma anche dalla riduzione dell'adesione osservata (41% vs 34%). Bisogna inoltre considerare la riduzione degli inviti e gli esami attesi nel 2020, per effetto dell'allungamento dell'intervallo di screening in seguito all'introduzione progressiva del test Hpv nelle Regioni.

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

Anno di attività	2014-2016	2017-2019	2019	2020
Numero di donne invitate	11.445.335	11.888.578	3.820.049	2.598.295
Numero di donne che hanno fatto screening	4.848.501	4.785.669	1.496.872	865.551
Proporzione di donne che hanno aderito all'invito*	40,8%	39,4%	38,7%	32,9%
Adesione all'invito corretta 25-64 anni	43,0%	41,6%	40,7%	34,2%

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

La riduzione dell'adesione si è verificata in tutte le classi di età (range -4,9, -7,7). Le donne giovani, come negli anni precedenti, mostrano un'adesione inferiore (Tabella 2).

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

Fasce d'età	25-34	35-44	45-54	55-64	Totale**
2014-2016	35,5%	40,1%	41,8%	41,6%	39,9%
2017-2019	36,3%	39,8%	42,3%	40,9%	40,0%
2019	36,2%	39,0%	41,7%	39,1%	39,1%
2020	31,2%	34,1%	34,0%	32,9%	33,1%

***sono incluse solo le donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni.*

² Come sottolineato nelle survey quantitative condotte dall'Ons durante l'emergenza pandemica, trattandosi di una comparazione tra due anni consecutivi, non si è in alcun modo tenuto conto della situazione di contesto del 2019, relativa all'obiettivo di estensione e al suo reale raggiungimento. Comunque la differenza fra il 2020 e il 2019 ci dice della differenza rispetto alla "normalità" precedente".

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

Nel 2020 si osserva una riduzione degli inviti, e del numero delle donne che hanno eseguito un Pap-test di screening. Questa riduzione è certamente legata all'interruzione della normale attività di screening, ma anche all'effetto dell'introduzione progressiva del test Hpv nelle varie Regioni.

Rispetto al 2019, si osserva un lieve aumento dei prelievi inadeguati (3,1% nel 2019 versus 3,4% nel 2020), come atteso in presenza di una riduzione degli esami e comunque entro il livello desiderabile <5% degli standard Gisci. Aumenta la proporzione di donne inviate in colposcopia (4,7% vs 4%), ma si riduce l'adesione tra le donne inviate in colposcopia per qualunque alterazione citologica (colposcopia per ASCUS+) ed anche tra le donne che presentavano alterazioni più gravi (colposcopia per HSIL+). Come atteso si riduce il numero complessivo delle lesioni con istologia CIN2 o più grave (CIN2+), ma si conferma il progressivo aumento delle lesioni CIN2+ individuate ogni 1000 donne, così come nel 2019 (5,5%). La probabilità per una donna inviata in colposcopia di avere effettivamente una lesione che richiede un trattamento (lesioni con istologia CIN2+) (Valore predittivo positivo, VPP) si conferma in progressiva riduzione (14,3%) rispetto ai periodi precedenti.

Tabella 3. Principali indicatori: adesione agli standard di qualità, Pap-test* primario

Anno di attività	2014-2016	2017-2019	2019*	2020*
Donne invitate	9.756.670	7.516.914	2.212.192	1.223.873
Proporzione di donne che hanno aderito all'invito	38,3%	34,9%	33,7%	27,6%
Donne screenate	3.738.465	2.425.257	661.503	333.209
Proporzione di Pap-test inadeguati Standard di qualità Gisci: desiderabile: < 5%, accettabile: < 7%	2,6%	3,3%	3,1%	3,4%
Proporzione di donne inviate in colposcopia per qualsiasi causa	2,8%	3,5%	4,0%	4,7%
Proporzione di donne che hanno aderito alla colposcopia per citologia ASCUS+ Standard di qualità Gisci: desiderabile: ≥ 90%, accettabile: ≥ 80%	87,4%	86,3%	89,9%	85,1%
Proporzione di donne che hanno aderito alla colposcopia per citologia HSIL+ Standard di qualità Gisci: desiderabile: ≥ 95% accettabile: ≥ 90%	91,0%	91,6%	93,4%	90,4%
Probabilità di avere una lesione con istologia CIN2 o più grave (CIN2+) tra le donne che hanno fatto una colposcopia per citologia ASCUS+ (VPP)	16,4%	16,2%	14,7%	14,3%
Numero di colposcopie necessarie per individuare la presenza di istologia CIN2+	6	6	7	7
Lesioni con istologia CIN2+ individuate con Pap-test	13.933	9.984	2.902	1.754
Lesioni con istologia CIN2+ individuate ogni 1000 donne che hanno fatto lo screening**	3,8	4,5	5	5,5

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

**il denominatore della DR è inferiore rispetto al numero di screenate presenti in questa tabella perché i dati per questo indicatore sono stati forniti da un numero inferiore di programmi rispetto a quelli che hanno fornito il dato sulle screenate.

Quando si considera la suddivisione per area geografica (Tabella 4), gli indicatori riflettono le diverse modalità organizzative adottate dalle diverse Regioni per la ripresa delle attività durante la pandemia da Covid-19. Nel 2020 l'adesione all'invito rimane costante al Centro, si riduce al Nord e al Sud, dove comunque si mantiene più bassa. Nelle tre aree si osserva un aumento progressivo dell'invio in colposcopia. Al Nord e al Centro l'aumento degli invii in colposcopia, si accompagna a una riduzione della probabilità di avere effettivamente una lesione che richiede un trattamento e quindi ad un aumento del numero di colposcopie necessarie per identificare una lesione. Al Sud viceversa, aumenta il Valore predittivo positivo (VPP). Nelle tre aree si osserva un aumento del tasso di identificazione di lesioni con istologia CIN2+, che al Sud si mantiene comunque inferiore.

Tabella 4. Principali indicatori per area geografica

Area geografica	Nord			Centro			Sud e Isole		
Anno di attività	2014-2016	2017-2019	2020	2014-2016	2017-2019	2020	2014-2016	2017-2019	2020
Proporzione di donne che hanno aderito all'invito	49,3%	46,5%	38,3%	35,5%	34,8%	30,0%	27,1%	27,3%	20,6%
Proporzione di Pap-test inadeguati	2,6%	3,3%	3,6%	1,9%	2,3%	2,3%	3,4%	4,0%	3,9%
Proporzione di donne invitate in colposcopia per qualsiasi causa	2,8%	4,1%	6,2%	2,7%	3,3%	4,8%	2,9%	2,8%	3,2%
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 (VPP)	17,1%	17,0%	13,7%	17,8%	16,3%	13,2%	13,0%	10,0%	16,4%
Numero di colposcopie necessarie per individuare la presenza di una lesione con istologia CIN2+	5,8	5,8	7,3	5,6	6,1	7,6	7,7	7,1	6,1
Lesioni con istologia CIN2+ individuate ogni 1000 donne che hanno fatto lo screening	4,1	5,6	6,4	4,3	4,7	5,5	2,6	2,3	4,5

Screening con Hpv test come test primario

Nel 2020, 75 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 13 regioni.

La progressiva conversione da Pap-test a test Hpv è stata raccomandata nel 2013 dal Ministero della Salute alle regioni. Si sono rese necessarie una fase di riorganizzazione a livello regionale e il passaggio diluito su 3-4 anni al fine di evitare sbalzi dell'attività dovuti al cambio di intervallo tra due test (da 3 a 5 anni). Come atteso, si osserva un aumento modesto nei primissimi anni e più marcato successivamente: nel triennio 2013-2015 la proporzione di donne invitate allo screening con test Hpv era del 14%, è salita al 23% nel triennio 2016-2018. Nel 2020 a livello italiano il 53% delle donne viene invitata a effettuare un Hpv test come test primario di screening, rispetto al 42% dell'anno precedente.

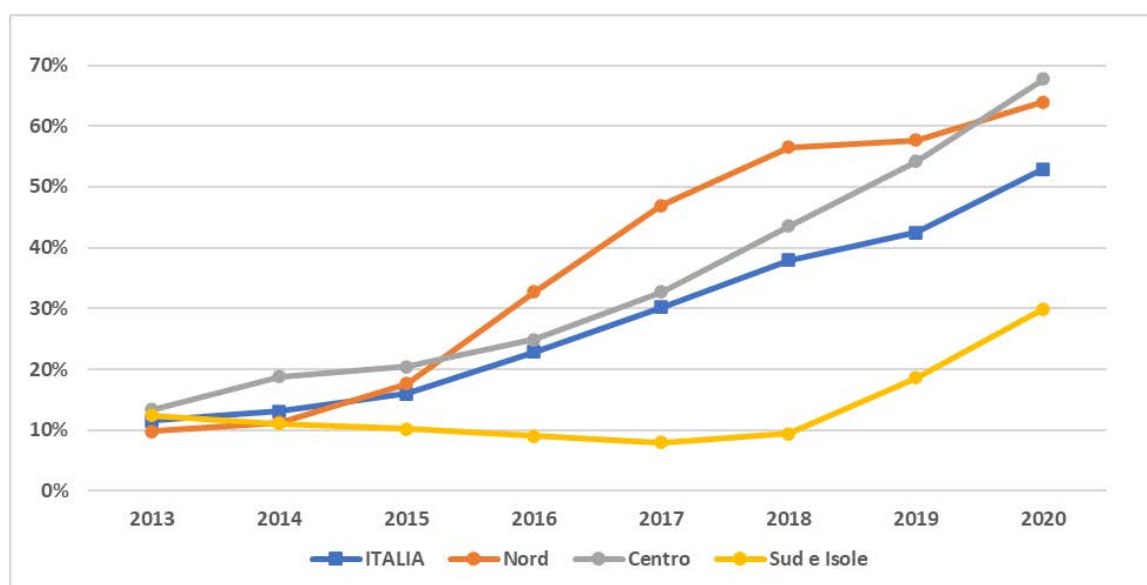
Si mantengono tuttavia importanti disparità sostanziali tra aree geografiche (Figura 1). In alcune regioni del Nord c'è stato un avvio tempestivo della conversione. Nel 2020 il 64% delle donne del Nord è stato invitato a screening con Hpv. Al contrario, al Sud, la proporzione di invitate al test Hpv rimane sostanzialmente inferiore nei trienni 2013-2015 e 2016-2018 confermando che in buona parte delle regioni non c'è stato l'avvio di una conversione al di fuori di alcuni programmi pilota (anche regionali) già esistenti. Negli ultimi due anni si osserva un aumento della proporzione, che arriva al 30% nel 2020. Al Centro, la proporzione di invitate all'Hpv è aumentata dal 13% nel triennio 2013-2015, al 34% nel triennio successivo, come risultato di una media tra alcune regioni che hanno avviato tempestivamente la conversione e altre che la stanno progressivamente realizzando. Nel 2020 arriva al 65%.

L'adesione nel 2020 mostra una riduzione nelle tre aree geografiche, decisamente importante al Sud (-12%). La proporzione di donne positive al test è in aumento nelle tre aree, più elevata al Centro, con una media italiana del 9,1%.

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

Anno	Area	N di donne invitate a screening con ricerca Hpv come test primario	Percentuale di donne invitate a screening con ricerca Hpv come test primario§	N. aderenti	Adesione al test Hpv	Hpv+
2014-2016	ITALIA	2.053.384	17,4%	1.038.751	50,6%	6,9%
	Nord	1.047.111	20,6%	567.418	54,2%	6,3%
	Centro	646.584	21,4%	305.434	47,2%	4,3%
	Sud e Isole	359.689	9,7%	165.899	46,1%	9,1%
2017-2019	ITALIA	4.336.582	23,3%	2.063.505	47,4%	7,7%
	Nord	2.596.233	32,4%	1.371.120	52,8%	7,3%
	Centro	1.252.982	43,3%	498.082	39,8%	8,2%
	Sud e Isole	497.948	12,1%	194.303	39,0%	9,0%
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	1.374.422	52,9%	515.220	37,5%	9,1%
	Nord	590.557	64,0%	279.616	47,3%	9,0%
	Centro	525.147	64,7%	183.395	34,9%	9,5%
	Sud e Isole	258.718	29,9%	52.209	20,2%	8,1%

§tra tutte le invitate a screening cervicale.

Figura 1. Percentuale di donne invitate a screening con ricerca Hpv come test primario

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

Nel 2019, in Italia 73 programmi hanno invitato complessivamente 1.632.362 donne; il 45% ha aderito all'invito, in riduzione. La positività del test Hpv è dell'8%, in aumento. Le donne con test Hpv positivo ma con citologia negativa, invitate a ripetere un test Hpv dopo un anno, hanno aderito all'invito alla ripetizione nell'87% dei casi. Il tasso di invio in colposcopia (invio immediato + invio dopo ripetizione) è costante del 5% circa nell'intero periodo, con livelli di adesione dell'88%, in riduzione. Il numero delle lesioni con istologia CIN2+ individuate ogni 1000 donne che hanno fatto lo screening si attesta al 6,4‰, in aumento.

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

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

****il denominatore della DR è inferiore rispetto al numero di test effettuati presenti in questa tabella perché hanno fornito i dati per questo indicatore un numero inferiore di programmi rispetto a quello 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*

Fasce d'età	<25-34	35-44	45-54	55->65
2014-2016	6,0%	22,1%	37,4%	34,5%
2017-2019	8,0%	26,0%	37,4%	28,6%
2019	10,5%	28,7%	35,0%	25,9%
2020	10,6%	29,0%	31,9%	28,5%

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

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 2020 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 precedente (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 (87%) e al Centro (87%), mentre è più bassa al Sud (69%) (Figura 1). Maggiori variabilità si osservano, invece, a livello delle singole regioni (Figure 2 e 3).

Nell'intero Paese, come in tutte le ripartizioni geografiche, la copertura complessiva del 2020 è sovrapponibile a quella del triennio precedente (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 ASL³ sia di quella effettuata al di fuori (proxy di screening spontaneo).

Più in dettaglio, nel 2020 la copertura all'interno dei programmi di screening è risultata in diminuzione, mentre è aumentata la quota al di fuori dei programmi. Questi andamenti sono in contrapposizione rispetto a quelli registrati negli anni precedenti (Figura 4). Questa tendenza si manifesta è più evidente nelle regioni del Sud, dove la copertura all'interno dei programmi è passata dal 37% al 33%, differenza significativa anche sul piano statistico (Figure 1 e 5); al contrario nelle regioni del Centro si registra un aumento statisticamente significativo di tale copertura (dal 52% al 59%).

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 superiore per questo indicatore, che è passato dal 38% nel 2019 al 29% nel 2020. In particolare, il calo ha interessato la quota di test eseguiti all'interno dei programmi di screening organizzati, che si è ridotta del 30%. Il modello di regressione logistica indica che i differenziali socioeconomici nelle donne che hanno effettuato un test preventivo nei 12 mesi precedenti l'intervista sono più evidenti nel 2020 rispetto al triennio precedente.

Figura 1. Copertura al test preventivo entro i tempi raccomandati
Donne 25-64enni (%)
Passi 2017-2019 (n. 38.150) e 2020 (7.699)

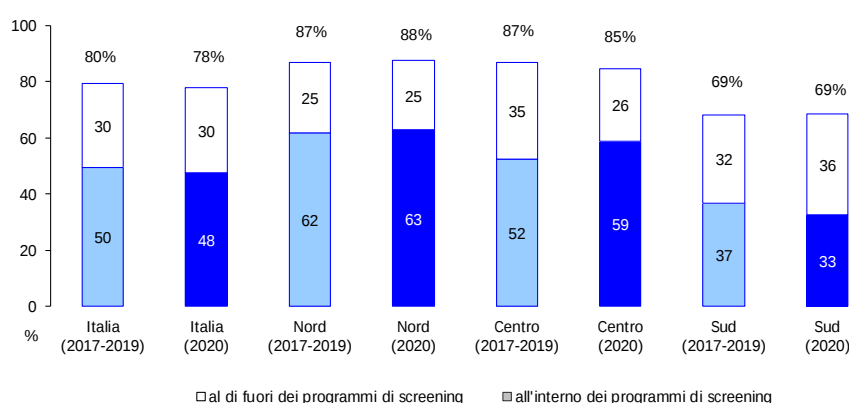
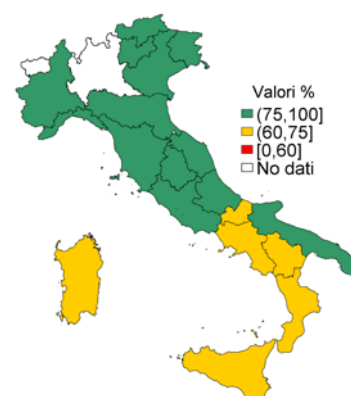
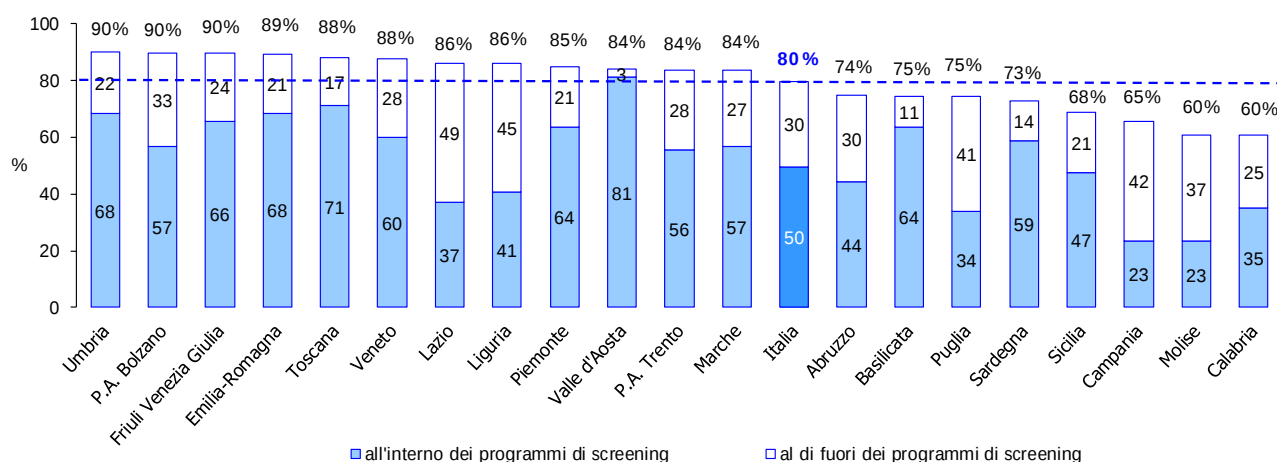


Figura 2. Copertura al test preventivo entro i tempi raccomandati
Donne 25-64enni (%)
Passi 2020 (n. 7.699)

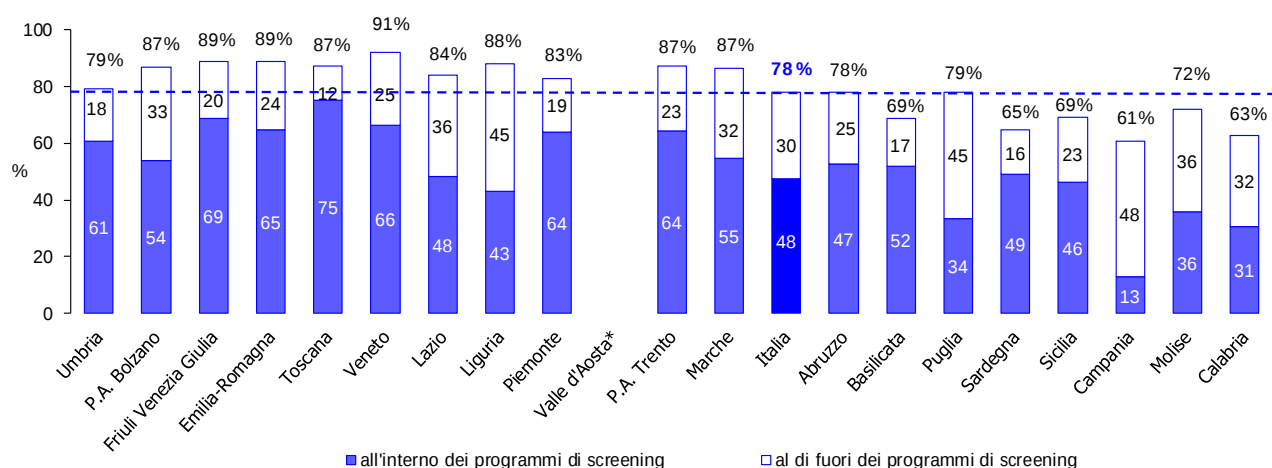


³ La stima della copertura dentro e fuori dai programmi di screening organizzati è stata effettuata mediante un indicatore *proxy* sull'aver pagato o meno l'esame. Per pagamento si intende sia quello relativo al costo completo dell'esame che quello del solo ticket. L'utilizzo di questo indicatore può comportare una leggera sovrastima della copertura effettuata all'interno dei programmi principalmente per tre motivi: 1) alcune donne effettuano 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.

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



Passi 2020 (n. 7.699)



*Regione che non ha fatto interviste nel 2020.

Figura 4. Copertura al test preventivo all'interno o al di fuori dei programmi organizzati (%)
Donne 25-64enni
Passi 2008-2020

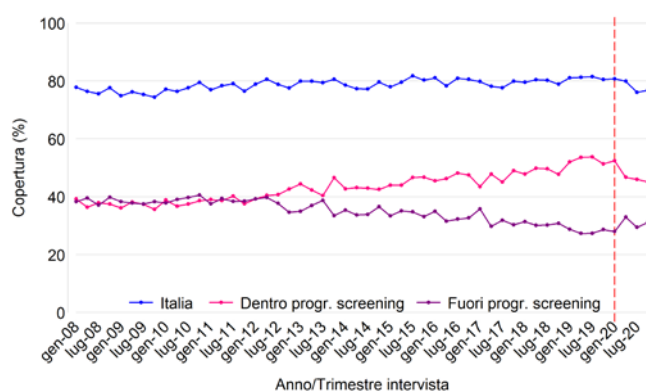
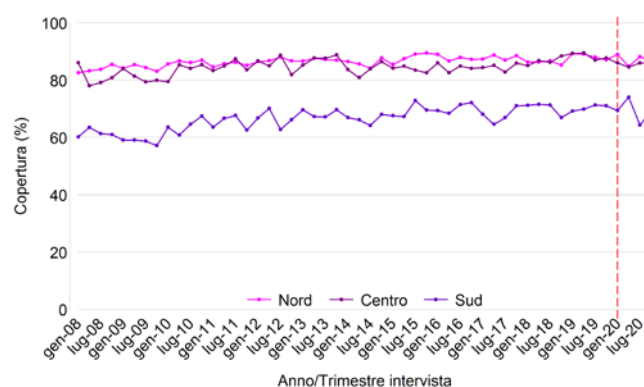
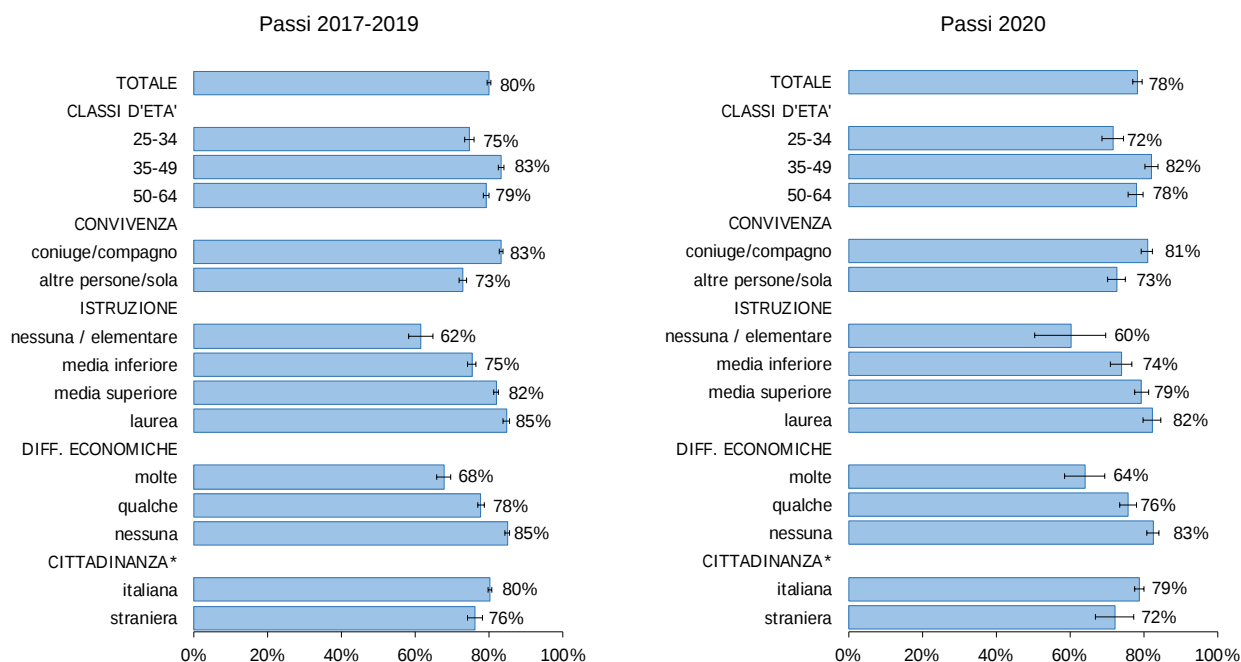


Figura 5. Copertura al test preventivo per ripartizione geografica (%)
Donne 25-64enni
Passi 2008-2020



Più in dettaglio, le riduzioni maggiori nella copertura tra 2020 e 2017-2019 si sono registrate tra le donne 25-34enni, in quelle coniugate o conviventi, in quelle con un livello d'istruzione medio-alto, in quelle con molte difficoltà economiche riferite e nelle straniere (Figura 6).

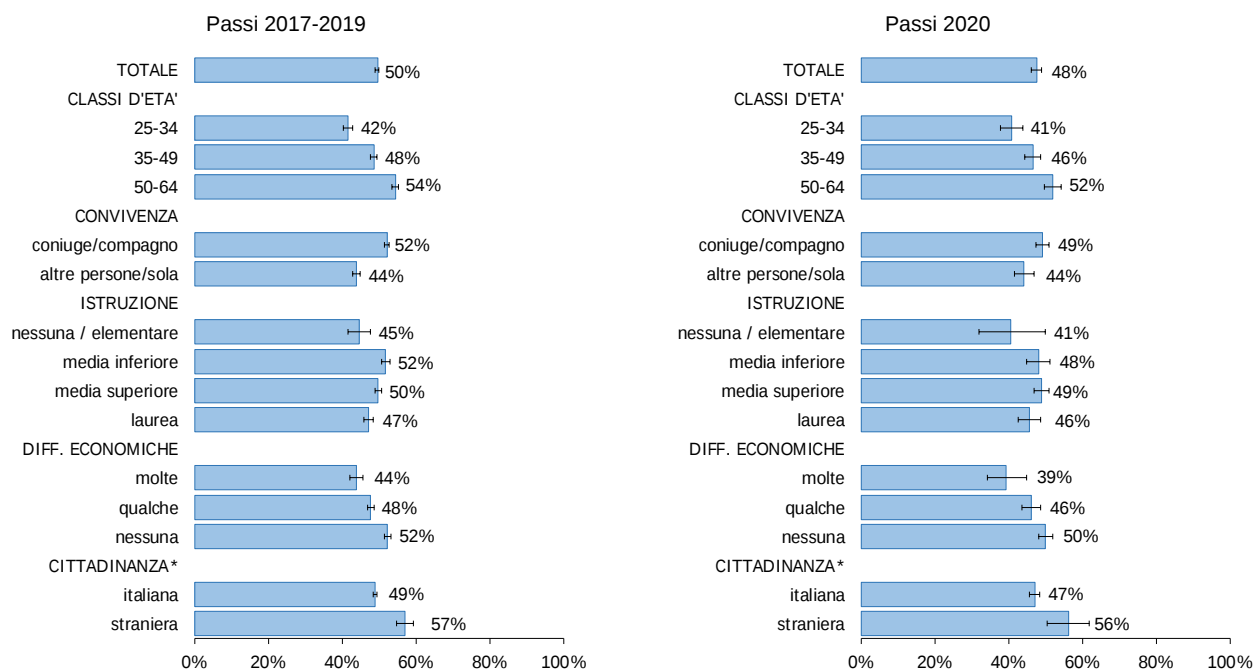
Figura 6. Copertura al test preventivo entro i tempi raccomandati per caratteristiche socio-demografiche
Donne 25-64enni (%)



*Italiane: donne con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a sviluppo avanzato (PSA); Straniere: donne immigrate da Paesi a forte pressione migratoria (PFPM)

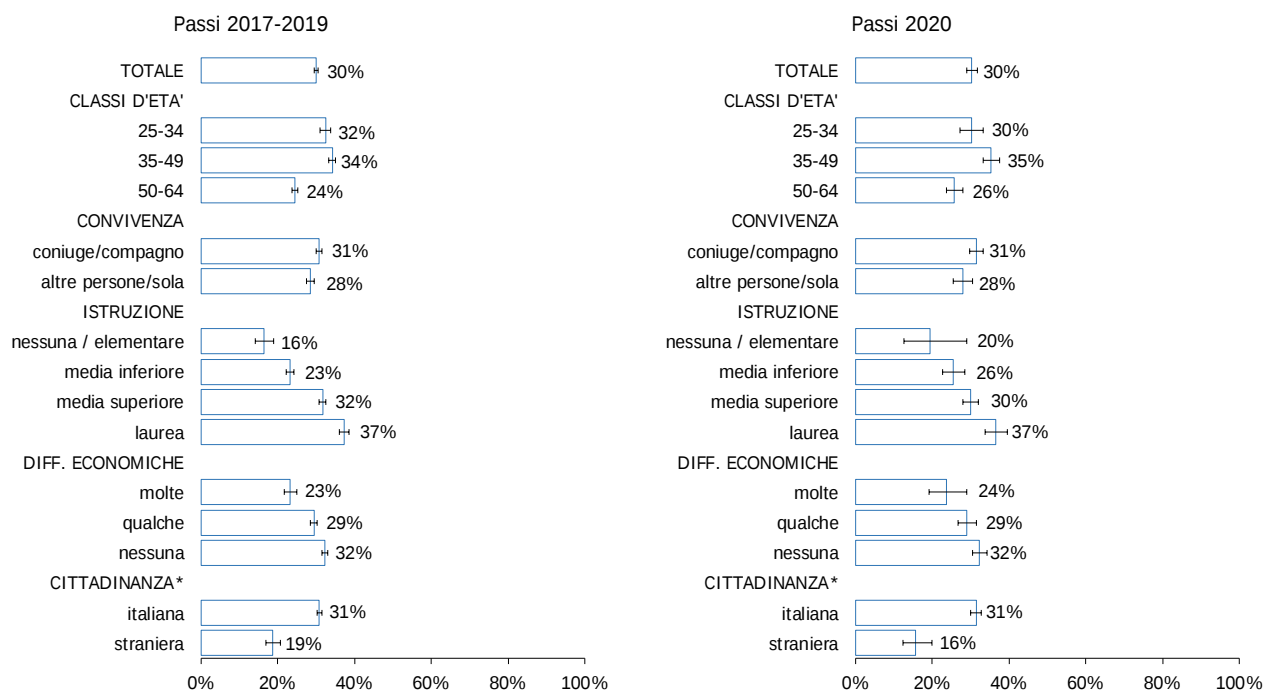
Nella copertura agli esami eseguiti all'interno dei programmi di screening organizzati, o di altre offerte gratuite delle ASL, si sono registrate variazioni maggiori tra le donne 50-69enni, quelle coniugate o conviventi, quelle con più bassa istruzione, quelle con molte difficoltà economiche e quelle con cittadinanza italiana (Figura 7). Nella quota di test effettuati al di fuori dei programmi di screening organizzati, si sono evidenziate diminuzioni maggiori nelle donne 25-34enni, in quelle con più alta istruzione e nelle straniere (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 (%)



*Italiane: donne con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a sviluppo avanzato (PSA); Straniere: donne immigrate da Paesi a forte pressione migratoria (PFPM)

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



**Italiane: donne con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a sviluppo avanzato (PSA); Straniere: donne immigrate da Paesi a forte pressione migratoria (PFPM)*

Lo screening coloretale

Dati di attività dal 2013 al 2020

L'attività dei programmi di screening coloretale nel 2020 è stata fortemente condizionata dalla pandemia da Covid-19. Il numero di persone invitate dai programmi nel 2020 è stato di circa 4 milioni e 160 mila persone, un valore nettamente inferiore ai quasi 6 milioni di inviti registrati nel 2019. L'adesione all'invito è risultata di poco superiore al 34% (Tabella 1). Questo dato, che rappresenta il valore medio nazionale, si compone di valori estremamente differenti che caratterizzano le macroaree geografiche. Come riporta la Tabella 3, infatti, l'adesione all'invito è risultata maggiore al Nord (47%), intermedia al Centro (27%) e inferiore al Sud (16%).

Come illustra la Tabella 1, il numero di persone che si sono sottoposte allo screening nei bienni 2016-17 e 2018-19 superava i 4 milioni e 700 mila unità, mentre nel 2020 ha raggiunto un valore inferiore a 1 milione e mezzo. Più del 20% delle persone positive al test per la ricerca del sangue occulto fecale non ha aderito alla successiva colonscopia di approfondimento. Poiché con un test positivo il rischio di carcinoma o adenoma avanzato (che possiede una più elevata probabilità di evoluzione verso la malignità) è molto alto (dal 25 al 30%) è essenziale sviluppare strategie efficaci di comunicazione del rischio, per garantire livelli elevati di adesione all'approfondimento.

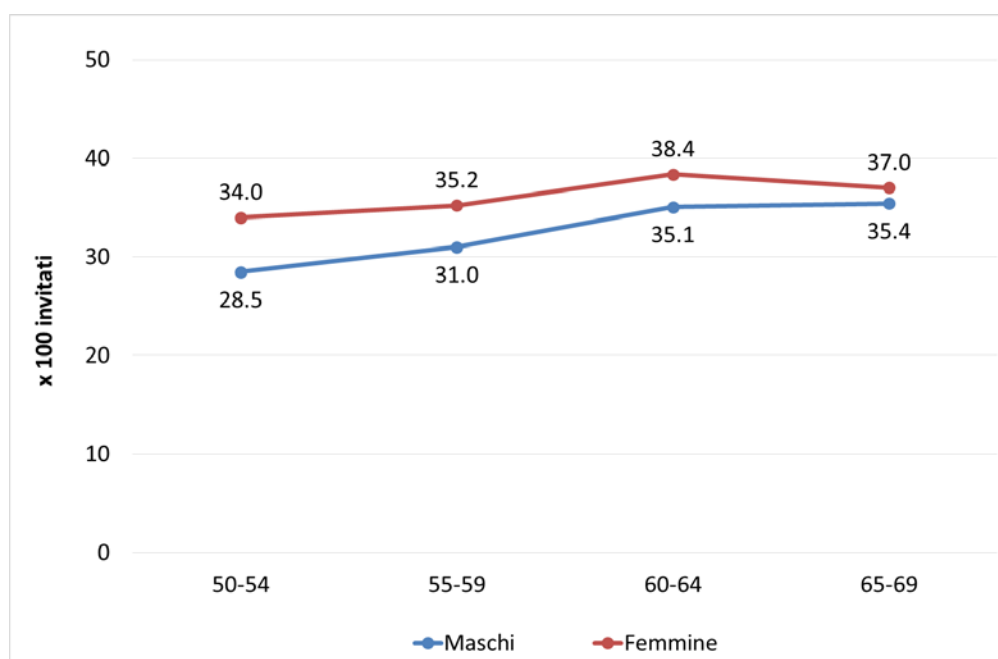
La resezione endoscopica è stata risolutiva per una quota importante di carcinomi, con un evidente impatto sulla qualità di vita delle persone interessate.

Tabella 1. Programmi con ricerca del sangue occulto fecale. Risultati principali 2014-2020

Anno di attività	2014-2015	2016-2017	2018-2019	2020
Numero di persone invitate	10.196.294	12.194.809	11.860.214	4.159.765
Adesione corretta all'invito	44,1%	40,8%	41,6%	34,1%
Numero di persone sottoposte a screening	4.493.536	4.903.688	4.785.096	1.487.636
Proporzione di persone con test positivo	5,0%	5,0%	5,5%	5,5%
Numero di persone con test positivo richiamate a colonscopia	226.549	246.682	262.007	81.669
Proporzione di aderenti all'approfondimento	78,1%	75,9%	77,6%	78,3%
Numero di colonscopie totali	176.863	187.332	203.196	60.754
Proporzione di colonscopie complete	94,5%	93,9%	96,0%	95,7%
Numero di carcinomi individuati	5.977	5.956	5.295	1.402
Tasso di identificazione dei carcinomi (x 1000 sottoposti a screening)	1,3‰	1,2‰	1,1‰	0,9‰
Numero di adenomi avanzati individuati	34.629	34.644	32.226	10.286
Tasso di identificazione degli adenomi avanzati (x 1000 sottoposti a screening)	7,7‰	7,1‰	6,7‰	6,9‰
Proporzione di tumori trattati con resezione endoscopica	13,1%	15,8%	16,3%	19,3%

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

Figura 1. Programmi con ricerca del sangue occulto fecale. Adesione per età e sesso nel 2020



Il tempo che intercorre tra un test positivo e l'approfondimento colonscopico deve essere il minore possibile, per ridurre il carico di ansia delle persone coinvolte. Tuttavia, una lunga attesa è un problema molto diffuso tra i programmi, e in alcune realtà questo tempo può essere addirittura superiore ai due mesi. Questo problema va gestito a livello di programmazione e soprattutto di assegnazione di risorse al programma.

I carichi di lavoro indotti dallo screening possono essere stimati con precisione: il reperimento delle risorse previste rappresenta quindi una precisa azione di politica sanitaria interna alle aziende sanitarie locali.

Nel 2020 si è osservato un leggero peggioramento della performance relativa al tempo di attesa per l'esecuzione della colonscopia rispetto al biennio precedente (Tabella 2). Il dato medio nazionale, che si pone su un livello molto lontano dallo standard di riferimento del Giscor, sottende una situazione problematica in quasi tutte le Regioni.

Tabella 2. Tempo di attesa per la colonscopia dei programmi con ricerca del sangue occulto fecale 2014-2020

Anno di attività	2014-15	2016-17	2018-19	2020	Standard accettabile Giscor
Percentuale di persone che eseguono l'approfondimento entro 30 giorni dal test positivo	45%	40%	45%	43%	>90%

La Tabella 3 mostra i principali indicatori di performance nelle tre macroaree geografiche del Nord, Centro e Sud-Isole dal 2014 al 2020. È da sottolineare il ritardo al Sud-Isole per quanto riguarda la diffusione dei programmi e l'adesione da parte della popolazione. Il numero di persone screenate, che mostrava una progressiva, seppur graduale, crescita, ha subito nel 2020 un pesante ridimensionamento in tutte le macroaree geografiche. I tassi di identificazione dei carcinomi e degli adenomi avanzati si sono ridotti nelle regioni del Centro e Sud-Isole. 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 screenati.

Tabella 3. Risultati dei programmi con ricerca del sangue occulto fecale per macroarea 2014-2020. Età 50-69 anni

Area	Periodo	Numero di persone screenate	Adesione all'invito	Proporzione di persone con test positivo	Tasso di identificazione dei carcinomi	Tasso di identificazione degli adenomi avanzati
Nord	2014-2015	2.947.864	51,7%	4,6%	1,1%	7,6%
	2016-2017	3.114.769	51,6%	4,6%	1,0%	6,9%
	2018-2019	3.190.547	50,5%	4,7%	1,0%	6,9%
	2020	937.343	46,8%	5,3%	1,0‰	7,7‰
Centro	2014-2015	911.168	36,9%	5,2%	1,8%	9,5%
	2016-2017	1.063.045	35,0%	5,1%	1,6%	9,1%
	2018-2019	1.141.508	35,4%	4,9%	1,2%	7,1%
	2020	419.505	27,2%	5,1%	0,8‰	6,0‰
Sud e Isole	2014-2015	506.109	25,5%	6,5%	2,0%	7,4%
	2016-2017	593.783	23,4%	6,7%	1,7%	6,0%
	2018-2019	584.107	28,4%	6,8%	2,0%	5,8%
	2020	96.050	15,7%	9,5%	1,1‰	4,0‰

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.

Rispetto agli anni precedenti, va rilevato che la proposta a questi soggetti ha subito una forte contrazione. Infatti, rispetto ai 430.748 invitati nel 2019, nel corso del 2020 sono stati complessivamente 267.401 i soggetti con oltre 70 anni invitati allo screening coloretale, pari al 6% del volume complessivo degli inviti. La maggior parte dell'attività è stata svolta dai programmi del Lazio (131.634 invitati, pari al 49% del totale nazionale) e della Lombardia (65.858 invitati, 25%); da segnalare inoltre l'attività svolta in Umbria (26.479, 10%), Friuli Venezia Giulia (14.097, 5%) e Toscana (11.899, 4%).

Complessivamente l'adesione corretta all'invito tra gli ultra70enni è stata del 35,6% (92.661 soggetti). Nei 9.437 soggetti al primo episodio di screening la positività al sangue occulto è stata del 8,5%, il tasso di identificazione di carcinoma del 2 per 1.000 e il tasso di adenomi avanzati del 10 per 1.000. Negli 85.861 soggetti a un episodio di screening successivo al primo, la positività al sangue occulto è stata del 7,3%, mentre i tassi di identificazione sono stati rispettivamente del 1.6 e 8.4 per 1.000 per carcinomi e adenomi avanzati.

Rettosigmoidoscopia: la prevenzione a intervalli lunghi

I nove programmi di screening coloretale del Piemonte utilizzano come test di screening la rettosigmoidoscopia e, complessivamente, nel 2020 hanno esaminato poco più di 5 mila persone (Tabella 4).

L'adesione media all'invito è stata del 14,2%, nettamente inferiore rispetto agli anni precedenti.

In caso di mancata adesione alla rettosigmoidoscopia, è previsto un invito a sottoporsi al test per la ricerca del sangue occulto fecale. Nel 2020 tale proposta ha portato a un incremento modesto di adesione da parte della popolazione target, con un valore cumulativo (25,0%).

La quota di inviti ad approfondimento si pone stabilmente su livelli superiori allo standard di riferimento.

Nel 2020, 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, che è circa sei volte maggiore rispetto ai programmi con sangue occulto, a indicare l'elevato potenziale di prevenzione di questa strategia di screening.

Tabella 4. Programmi con rettosigmoidoscopia. Risultati principali dal 2016 al 2020

Anno di attività	2016	2017	2018	2019	2020	Standard accettabile Giscor
Numero di persone invitate	59.190	60.110	68.893	68.417	28.071	
Adesione corretta all'invito	24,1%	24,5%	23,3%	23,0%	14,2%	>45%
Adesione a rettosigmoidoscopia o al test per la ricerca del sangue occulto fecale	38,0%	34,7%	39,8%	28,5%	25,0%	
Numero di persone sottoposte a screening	14.538	15.637	15.696	16.848	5.279	
Proporzione di persone con test positivo	11,2%	11,2%	11,8%	11,6%	11,2%	<8%
Numero di persone richiamate a colonscopia	1.629	1.751	1.856	1.941	593	
Proporzione di aderenti all'approfondimento	86,4%	83,8%	86,3%	77,6%	79,4%	>90%
Numero di carcinomi individuati	47	35	48	39	13	
Tasso di identificazione dei carcinomi (x 1000 sottoposti a screening)	3,2‰	2,2‰	2,9‰	2,3‰	2,5‰	>3‰
Numero di adenomi avanzati individuati	686	714	759	699	202	
Tasso di identificazione degli adenomi avanzati (x 1000 sottoposti a screening)	47,2‰	45,7‰	48,4‰	41,5‰	38,3‰	>35‰
Proporzione di tumori trattati con resezione endoscopica	58,3%	31,4%	31,6%	n.d.	n.d.	non definito

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

Secondo i dati della sorveglianza Passi, in Italia nel 2020 il 44% 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 precedente (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 colorettali raggiunge valori più elevati al Nord (65%) e al Centro (60%), mentre è più bassa al Sud (24%) (Figura 1). Maggiori variabilità si osservano, invece, a livello delle singole regioni (Figure 2 e 3).

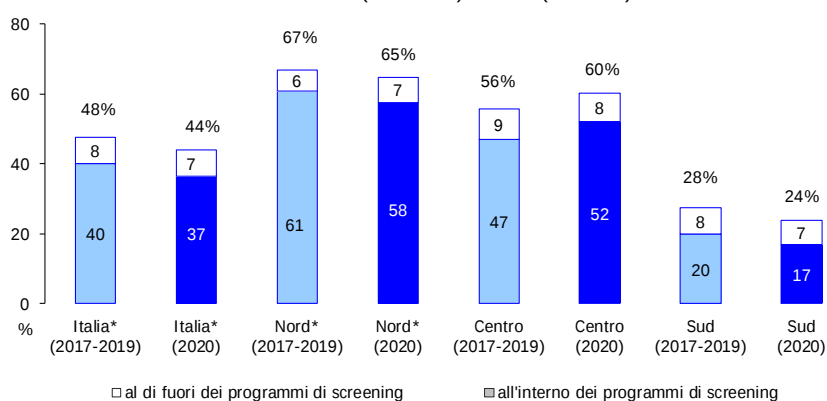
Anche l'analisi della serie storica della copertura evidenzia un calo sia nell'intero Paese sia nelle regioni del Nord e del Sud, interrompendo così il progressivo aumento registrato nel periodo 2010-2019 (Figure 4 e 5). Il Centro, invece, ha registrato complessivamente un aumento della copertura rispetto al 2017-2019 (Figura 1), continuando il suo progressivo avvicinamento ai valori del Nord (Figura 5).

In particolare, nel 2020 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 Nord, dove la copertura all'interno dei programmi è passata dal 61% al 47% (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 ASL⁴ 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. In questo modo si è evidenziato un calo superiore per questo indicatore, che è passato dal 25% nel 2019 al 19% nel 2020. In particolare, il calo ha interessato la quota di test eseguiti all'interno dei programmi di screening organizzati, che si è ridotta del 27%. Il modello di regressione logistica indica che i differenziali socioeconomici nelle persone 50-69enni che hanno effettuato un esame preventivo per la diagnosi dei tumori colorettali nei 12 mesi precedenti l'intervista sono più evidenti nel 2020 rispetto al triennio antecedente.

Figura 1. Esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati* (%)
Persone 50-69enni
Passi 2017-2019 (n. 36.368) e 2020 (n. 6.469)



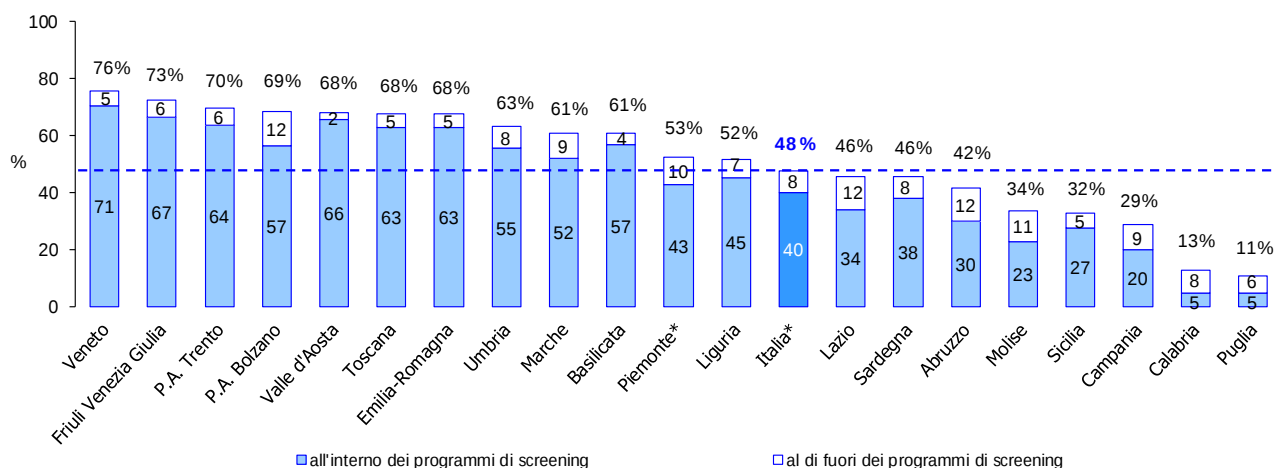
*Il dato relativo al Piemonte viene calcolato con un algoritmo apposito che tiene conto delle diverse modalità di organizzazione dello screening (rettosigmoidoscopia a 58 anni o in alternativa ricerca del sangue occulto ogni due anni nella fascia 59-69 anni).

Figura 2. Esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati* (%)
Persone 50-69enni
Passi 2020 (n. 6.469)

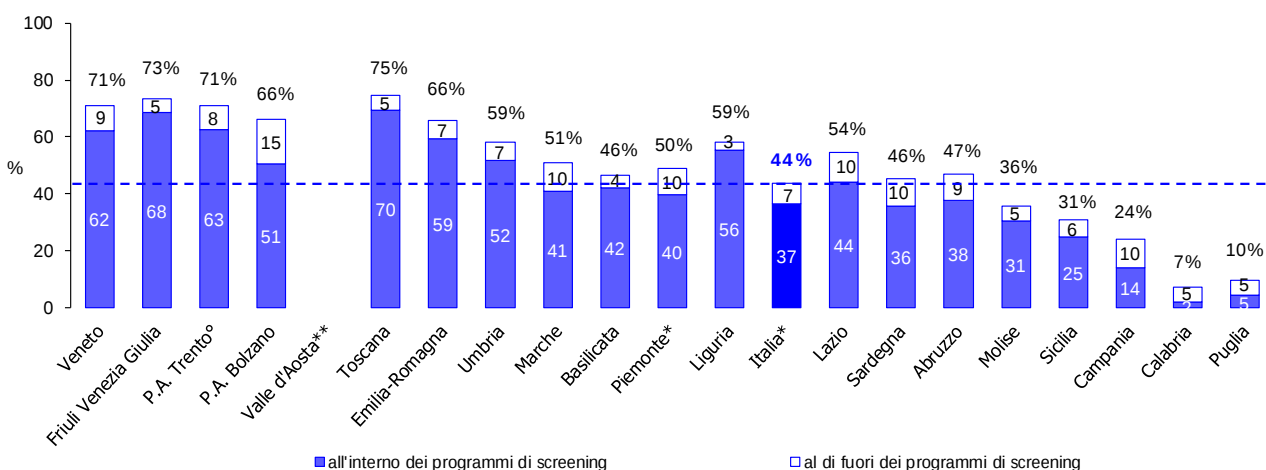


⁴ La stima della copertura dentro e fuori dai programmi di screening organizzati è stata effettuata mediante un indicatore *proxy* sull'aver pagato o meno l'esame. Per pagamento si intende sia quello relativo al costo completo dell'esame che quello del solo ticket. L'utilizzo di questo indicatore può comportare una leggera sovrastima della copertura effettuata all'interno dei programmi principalmente per tre motivi: 1) alcune donne effettuano 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.

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



Passi 2020



*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 ha aderito nel 2020.

*Regioni con bassa numerosità nel 2020 (n<100).

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 2010-2020

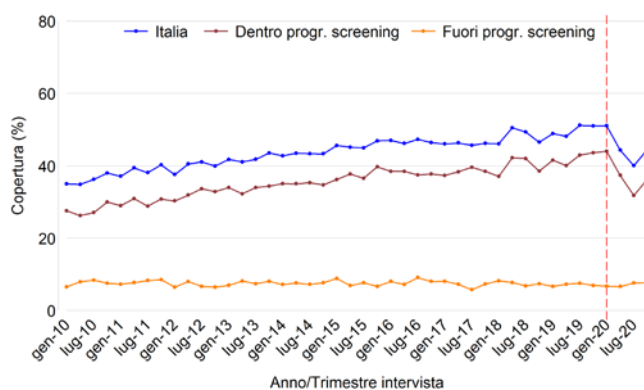
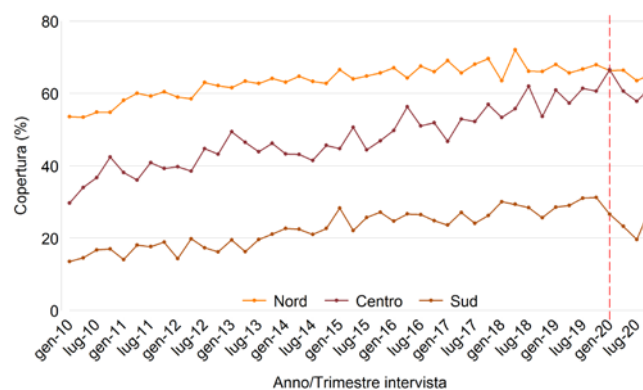


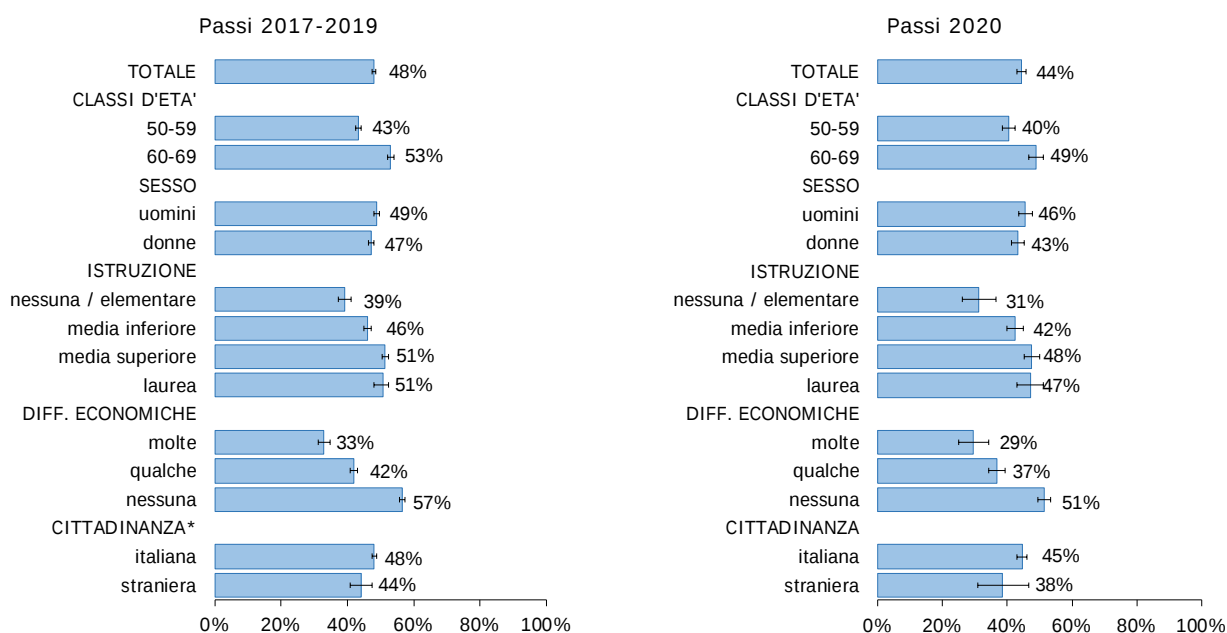
Figura 5. Esame per la prevenzione dei tumori colorettali
nei tempi raccomandati*
per ripartizione geografica (%)
Persone 50-69enni
Passi 2010-2020



*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).

Più in dettaglio, le riduzioni maggiori nella copertura tra 2020 e 2017-2019 si sono registrate tra le persone 60-69enni, in quelle con un basso livello d'istruzione, in quelle senza molte difficoltà economiche riferite e negli stranieri (Fig. 6).

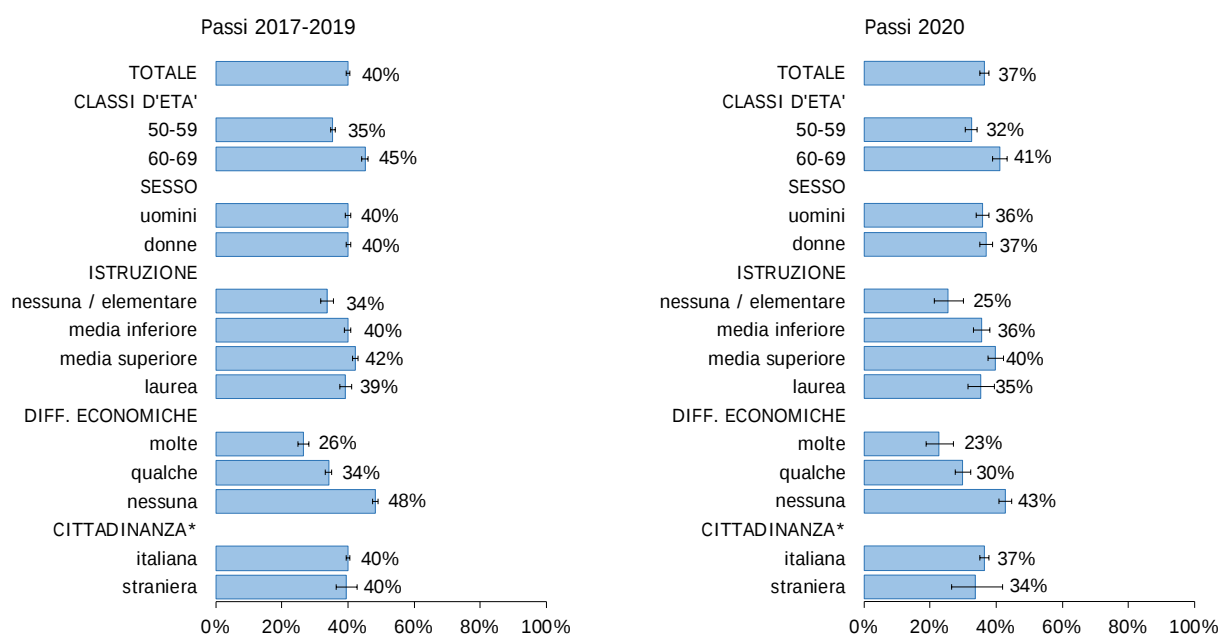
Figura 6. Copertura agli esami per la prevenzione dei tumori colorettali entro i tempi raccomandati per caratteristiche socio-demografiche
Persone 50-69enni (%)



*Italiani: persone con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a sviluppo avanzato (PSA); Stranieri: persone immigrate da Paesi a forte pressione migratoria (PFPMP).

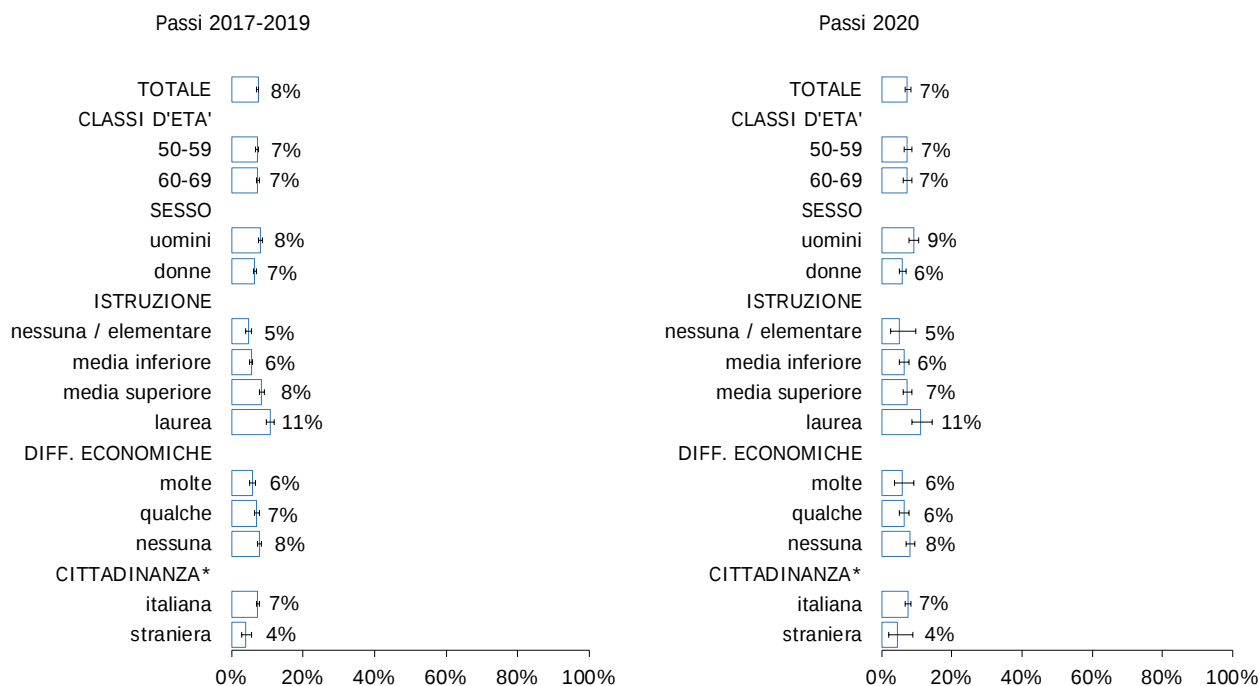
Nella copertura agli esami eseguiti nei programmi di screening organizzati, o di altre offerte gratuite delle ASL, si sono registrate variazioni maggiori tra le persone 60-69enni, di sesso maschile, quelle con istruzione medio-bassa, quelle senza molte difficoltà economiche e quelle con cittadinanza straniera (Fig. 7). Nella quota di test effettuati al di fuori dei programmi di screening organizzati non si sono evidenziate variazioni significative tra il 2020 e il triennio precedente (Fig. 8).

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



*Italiani: persone con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a sviluppo avanzato (PSA); Stranieri: persone immigrate da Paesi a forte pressione migratoria (PFPMP).

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



**Italiani: persone con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a sviluppo avanzato (PSA); Stranieri: persone immigrate da Paesi a forte pressione migratoria (PFPM).*