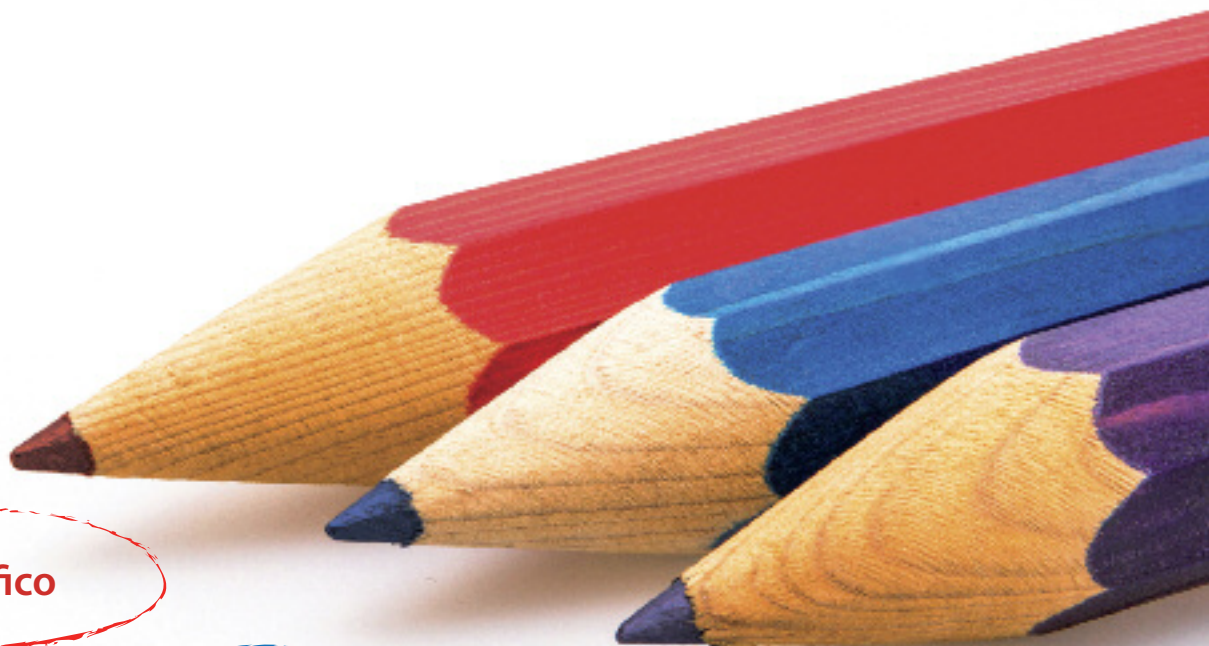


I PROGRAMMI DI SCREENING IN ITALIA



mammografico

colorettale

cervicale

I programmi organizzati di screening rappresentano una delle più vaste esperienze di sanità pubblica presenti oggi in Italia e incidono significativamente sul panorama della prevenzione del nostro Paese

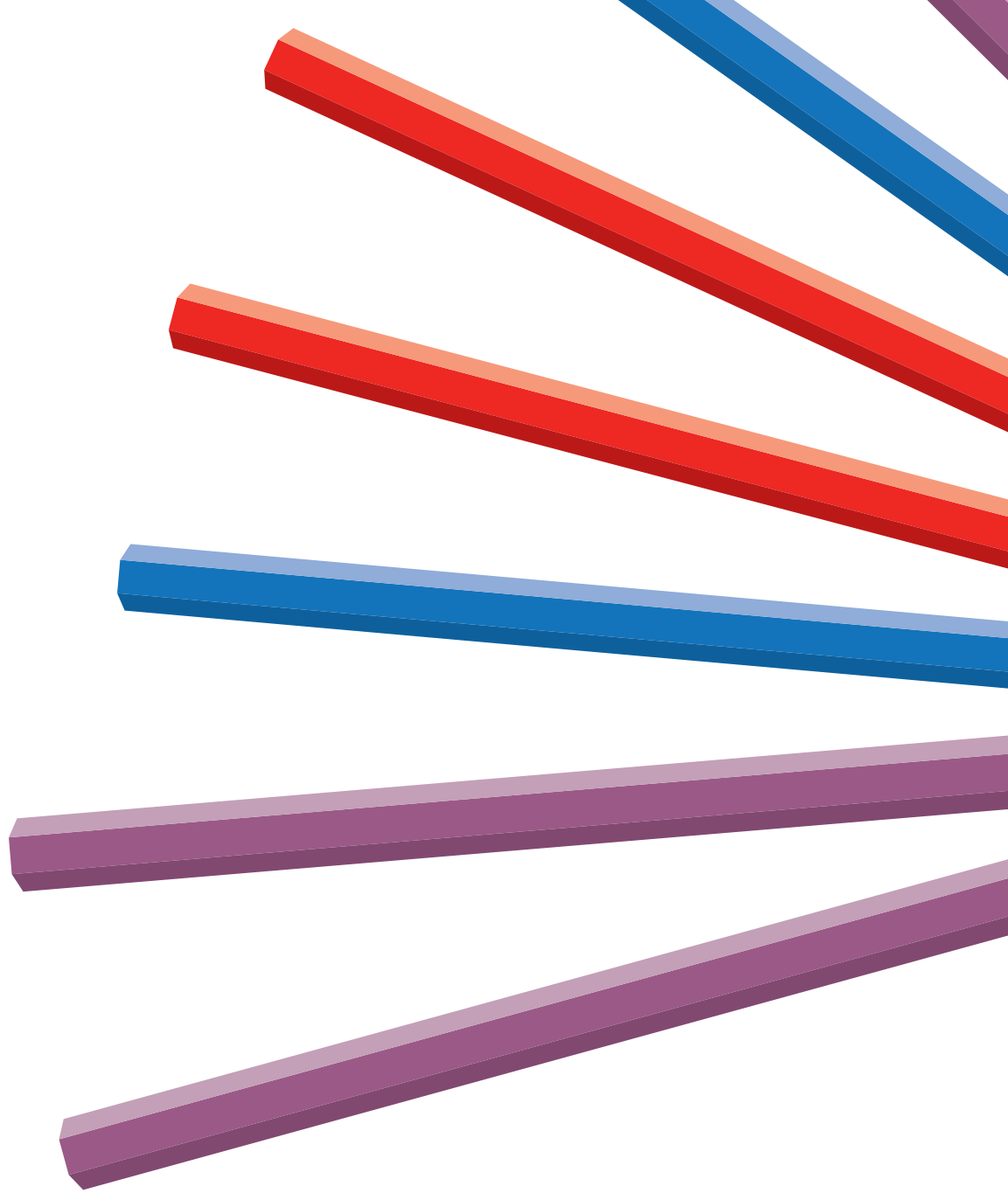
2014




Centro nazionale per la prevenzione
e il Controllo delle Malattie



Ministero della Salute





Nel corso del 2013
gli inviti per i tre programmi
superano gli 11 milioni.
Più di 5 milioni e duecentomila
persone hanno eseguito
il test proposto.
Anche le popolazioni migranti
cominciano ad essere
invitate con regolarità

NOTA

La raccolta di dati, la forma di presentazione la stampa e la diffusione di questo rapporto rientrano tra le attività concordate, tramite convenzione, fra ministero della Salute - Direzione generale della prevenzione sanitaria e Osservatorio nazionale screening.

Consulta i rapporti Ons (in italiano e in inglese) sul sito: www.osservatorionazionalescreening.it

ELABORAZIONE DEI DATI E COMMENTI

Screening cervicale

Pamela Giubilato, Centro di riferimento per l'epidemiologia e la prevenzione oncologica (Cpo) in Piemonte, Torino
Guglielmo Ronco, Centro di riferimento per l'epidemiologia e la prevenzione oncologica (Cpo) in Piemonte, Torino

Screening coloretale

Anna Turrin, Registro tumori Veneto, Padova
Manuel Zorzi, Registro tumori Veneto, Iov-Ircss Padova

Screening mammografico

Leonardo Ventura, Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (Ispo), Firenze
Antonio Ponti, Centro di riferimento per l'epidemiologia e la prevenzione oncologica (Cpo) in Piemonte, Torino

REDAZIONE

Eva Benelli, Debora Serra, agenzia di editoria scientifica Zadig, Roma
Grazia Grazzini, Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (Ispo), Firenze

COORDINAMENTO EDITORIALE

Eva Benelli, agenzia di editoria scientifica Zadig, Roma

CREATIVITÀ E IMPAGINAZIONE

Teresa Burzigotti - www.tessanetwork.net

OSSERVATORIO NAZIONALE SCREENING

Presso Epidemiologia clinica e descrittiva e registri - Ispo
Via delle Oblate 2 - Ponte Nuovo, Palazzina 28/a - 50141 Firenze
Tel. +39 (0)55 7972512 - Fax + 39 (0)55 7972535 - segreteriaons@ispo.toscana.it
www.osservatorionazionalescreening.it

ZADIG EDITORE

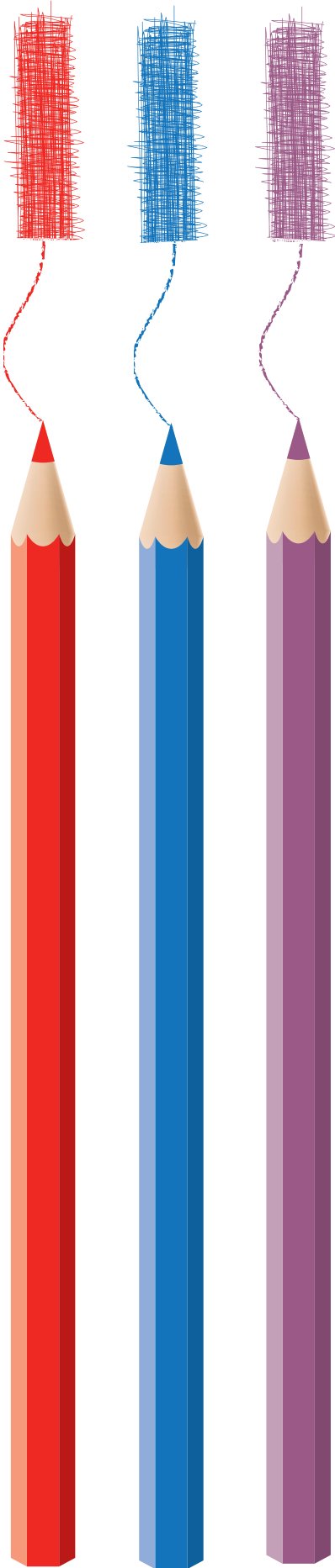
Via Arezzo 21, 00161 Roma - Tel. 06 8175644
segreteria@zadig.it www.zadig.it

Finito di stampare nel mese di gennaio 2015 da Premiata Stabilimento Tipografico dei Comuni
via Porzia Nefetti, 55 - Santa Sofia (FC)



INDICE

L'impatto dei programmi di screening sul panorama della prevenzione	5
I numeri dello screening	11
Mammografico	15
Lo screening mammografico visto da Passi	20
Colorettale	24
Lo screening colorettale visto da Passi	28
Cervicale	32
Lo screening cervicale visto da Passi	36



L'IMPATTO DEI PROGRAMMI DI SCREENING SUL PANORAMA DELLA PREVENZIONE

di Marco Zappa

La valutazione annuale dei programmi di screening organizzati conferma anche per il 2013 gli aspetti salienti dell'offerta di screening oncologici nel nostro Paese: una tenuta sostanziale per lo screening mammografico e per il cervicale e un'avanzata significativa per lo screening coloretale, che riguarda anche il Sud. Tuttavia si conferma anche il permanere di una marcata differenza di copertura fra il Centro-Nord e il Sud.

I numeri assoluti sono sempre più imponenti: considerando anche le attività di screening mammografico eseguite sulle donne sotto i 50 e sopra i 70 anni, nel corso del 2013 gli inviti effettuati per i tre programmi superano gli 11 milioni (esattamente 11.137.502).

Così suddivisi: 3.693.165 per lo screening cervicale, 4.402.036 per lo screening coloretale e 3.042.301 per lo screening mammografico. Più di 5 milioni e duecentomila persone (5.258.585) hanno eseguito il test proposto a seguito dell'invito (1.940.996 per lo screening coloretale, 1.784.177 per lo screening mammografico e 1.533.412 per lo screening cervicale).

Una leggera, ma progressiva estensione della copertura che viene confermata anche dai dati della survey Passi, il sistema di sorveglianza di popolazione che include sistematicamente domande sull'adesione agli screening oncologici.

I dati della nostra survey, con la loro cadenza annuale, non sempre riescono a dare il segno di come le cose siano cambiate e dell'impatto dell'offerta di screening sul panorama italiano della prevenzione.

Per questo i risultati dell'indagine multiscopo Istat, che

sono stati presentati all'ultimo congresso dell'Aie, l'Associazione italiana di epidemiologia (www.epidemiologia.it/sites/www.epidemiologia.it/files/XXXVIII_Congresso_AIE/presentazioni/plenaria3/3_GARGIULO.pdf) sono un utile confronto. Mostrano infatti come dal 2000 (nel 2000 per altro molte regioni del Nord e del Centro avevano già attivato programmi di screening) al 2013 la proporzione di donne che riferiscono di aver effettuato almeno una volta nella vita una mammografia o un pap test è aumentata in maniera consistente (+12 punti percentuali per il pap test + 20 punti percentuali per la mammografia) e che questo aumento è da attribuirsi sostanzialmente ai programmi organizzati

Che cosa ci dicono le estensioni effettive

Valuteremo lo sviluppo dei programmi nel 2013 rispetto agli anni precedenti sulla base di quella che viene chiamata "estensione effettiva", l'indicatore che misura la percentuale di persone della popolazione target regolarmente invitate negli intervalli previsti. Così misuriamo oltre che la percentuale di persone coperte dallo screening anche il mantenimento degli intervalli previsti. Per intendersi: se una Regione invita tutta la sua popolazione target, ma lo fa con intervalli più lunghi del previsto la percentuale di copertura risulterà minore del 100%.

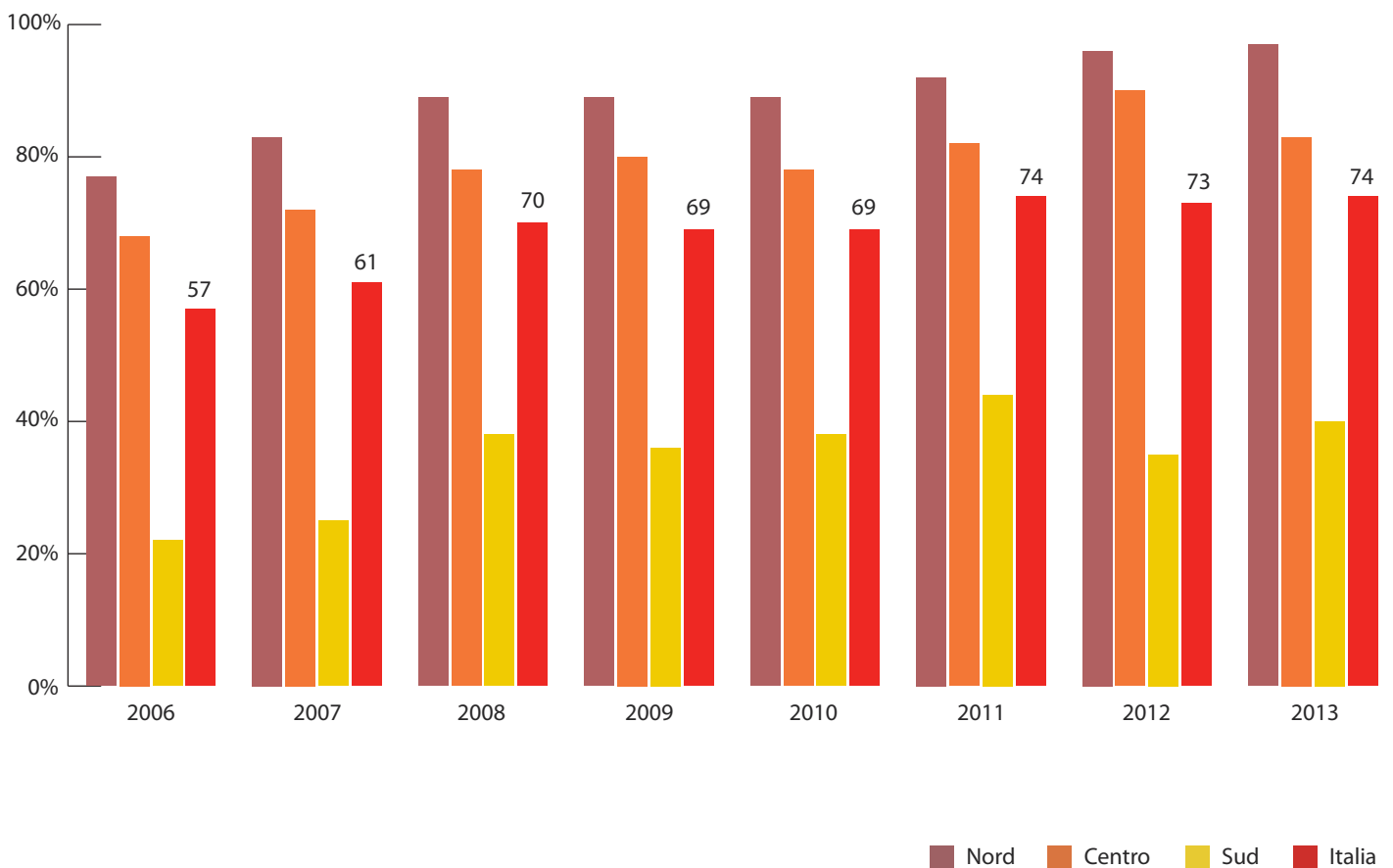
Screening mammografico

Per quanto riguarda lo screening mammografico la figura 1 mostra l'andamento dell'estensione effettiva dal 2006 al 2013. Nel 2013 si ha la conferma dei livelli di estensione degli ultimi due anni: circa 3 donne su 4 della

popolazione target sono regolarmente invitate. Permane una grande e purtroppo immutata differenza fra Nord (più di 9 donne su 10), Centro (più di 8 donne su 10) e Sud (solo 4 donne su 10).

Figura 1.

Estensione effettiva dello screening mammografico per macro-area geografica e totale 2005-2013. Fonte: survey Ons



Screening coloretale

Per quanto riguarda lo screening coloretale la figura 2 mostra l'aumento della copertura avvenuto nel 2013: si passa complessivamente dal 57% al 62%. È interessante, e finalmente anche incoraggiante, notare che questo aumento riguarda soprattutto il Sud e le isole:

la percentuale si muove dal poco più del 15% di copertura a più del 28%. In lieve crescita anche il Nord (che sostanzialmente copre tutta la popolazione target) e il Centro (dove 6 persone su 10 sono regolarmente invitate).

Figura 2.

Estensione effettiva dello screening coloretale per macro-area geografica e totale 2005-2013 Fonte: survey Ons



Screening cervicale

Per quanto riguarda lo screening cervicale la figura 3 mostra invece un andamento in controtendenza con una diminuzione nel 2013 rispetto all'anno precedente. Tuttavia bisogna ricordare che il 2012 aveva visto un marcato aumento rispetto al 2011. Per cui è possibile che il dato registrato nel 2013 rappresenti un fenomeno di assestamento su valori comunque superiori

al 70%. In questo screening la copertura maggiore si ha nel Centro dove si raggiungono con l'invito quasi 9 donne su 10. Questo valore si abbassa al Nord e al Sud a valori inferiori al 70%. Nel risultato del Nord pesa la decisione della più grande regione italiana (la Lombardia) di non implementare questo programma su tutto il suo territorio.

Figura 3.

Estensione effettiva dello screening cervicale per macro-area geografica e totale 2005-2013. Fonte: survey Ons



Va segnalato anche che il nostro Paese, primo in Europa insieme all'Olanda, ha deciso di innovare questo programma di prevenzione dando indicazione ai decisori regionali di spostarsi verso l'Hpv come test primario di screening cervicale. Questo cambiamento si sta pro-

gressivamente effettuando: 423.758 donne nel 2013 sono state invitate allo screening cervicale con test Hpv (l'11,5% del totale) e ben 178.875 lo hanno effettuato. Rispetto al 2012 osserviamo un aumento del 35% della copertura del test Hpv.

I migranti e lo screening

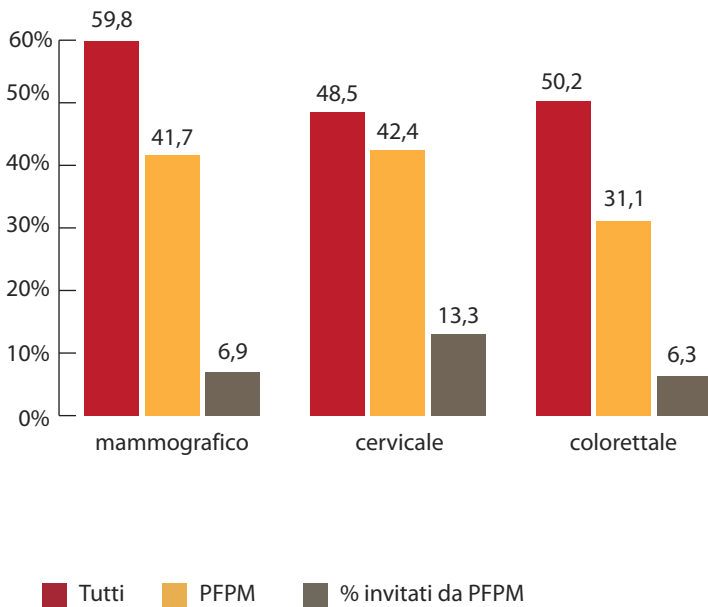
Quest'anno per la prima volta è stata condotta anche una survey specifica sulle popolazioni migranti dai Paesi a forte pressione migratoria (PfpM). Presentiamo qui alcuni risultati e considerazioni preliminari, i dati definitivi saranno disponibili sul sito dell'Osservatorio (www.osservatorionazionale screening.it).

La survey era facoltativa ma va segnalato che molte regioni hanno partecipato fornendo dati completi o pressoché completi sui programmi esistenti.

Innanzitutto è bene quantizzare l'importanza del fenomeno: ormai più del 13 % degli inviti nello screening cervicale e fra il 6-7% delle lettere di invito allo screening

mammografico e coloretale si rivolgono a persone provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria e queste proporzioni tendono a crescere con il passare del tempo. La figura 4 riporta i dati di partecipazione dei migranti rispetto al totale degli invitati. Osserviamo complessivamente una minore partecipazione delle popolazioni provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria. Questa minor partecipazione è particolarmente evidente per lo screening mammografico e quello coloretale. Queste differenze dipendono (oltre che dal tipo di screening) dall'età dei soggetti invitati. Nelle popolazioni migranti, infatti, la partecipazione tende a diminuire con l'età, tendenza che non si verifica assolutamente nelle popolazioni native.

Figura 4.
Partecipazione (%) secondo il Paese di origine. Fonte: survey Ons



Come cambia il quadro istituzionale

Il "Patto della salute", l'intesa sancita nell'estate 2014 fra Stato e Regioni, contiene importanti novità per l'Osservatorio nazionale screening: l'articolo 17, secondo paragrafo, stabilisce infatti che: «il 5 per mille sulla quota vincolata per il Piano nazionale prevenzione venga destinato a una linea progettuale per lo svolgimento di attività di supporto al Piano nazionale della prevenzione da parte dei network regionali dell'Osservatorio nazionale screening, l'Evidence-based prevention e l'Associazione italiana registri tumori».

In altre parole le Regioni italiane hanno rinunciato a una piccola parte di risorse a loro destinate nel Piano nazionale della prevenzione per sostenere l'attività di centri nazionali che a loro volta lavorano come network regionali.

Si tratta di un nuovo modello, con diversi elementi di interesse, soprattutto perché sembra in grado di depotenziare le situazioni di contrapposizione fra Stato e Regioni che talvolta si creano e che sono state finora di non facile soluzione.

Ognuno di questi tre network ha caratteristiche e attività specifiche, ma nell'insieme, mi pare, si riconosce un modello di azione come possibile driver della sanità pubblica in Italia.

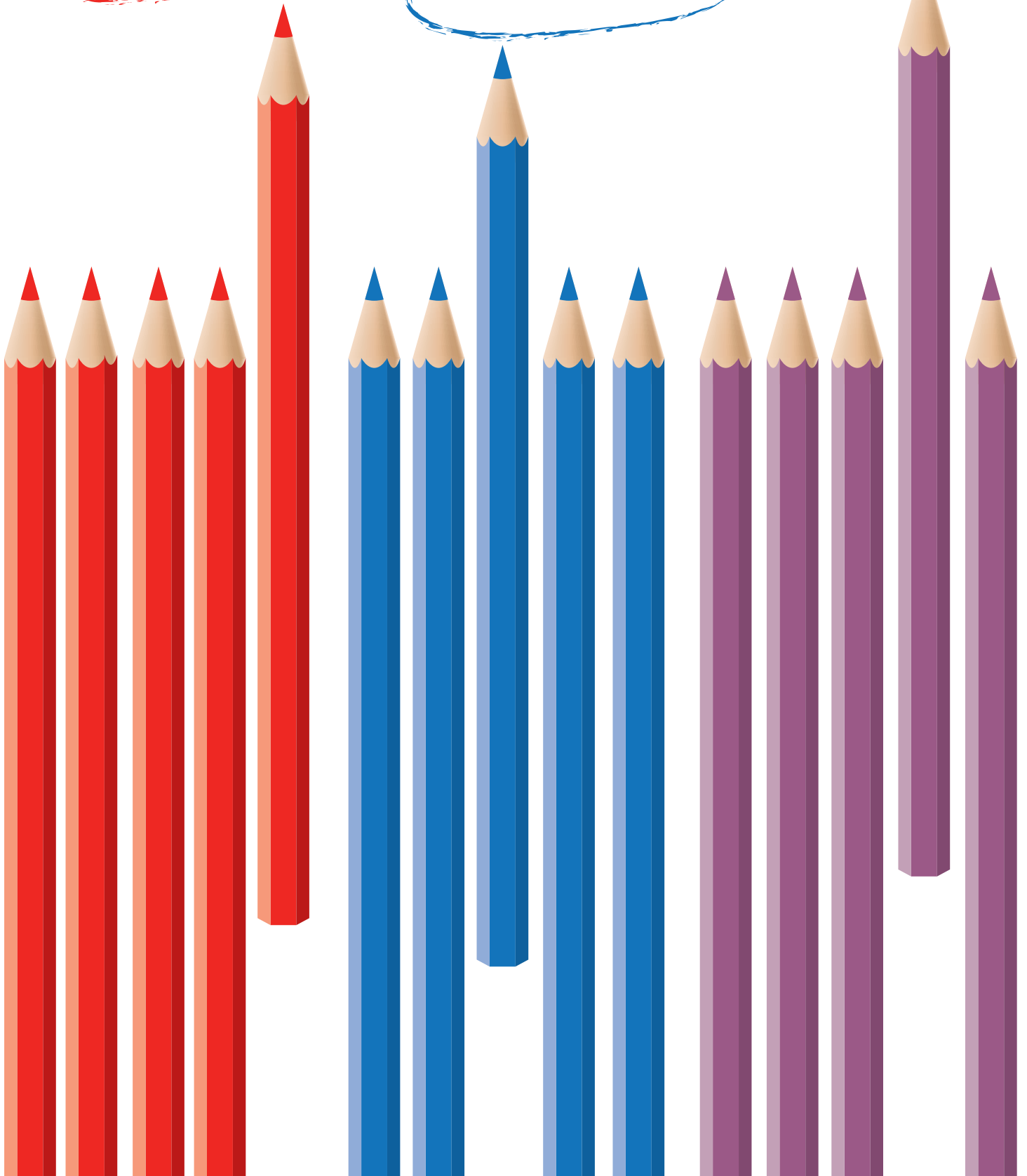
Nello specifico dell'Osservatorio, al di là del sostentamento economico che questa intesa dovrebbe assicurare all'attività per i prossimi anni, l'importanza della novità consiste nel riconoscimento che il Ministero e le Regioni e Province autonome fanno del ruolo dell'Ons per lo sviluppo dei programmi di screening in Italia. Ovviamente, di converso, questa scelta carica l'Ons di responsabilità nuove. L'Osservatorio è una parte della governance dei programmi di screening e in quel contesto più generale andrà ridefinito in futuro.

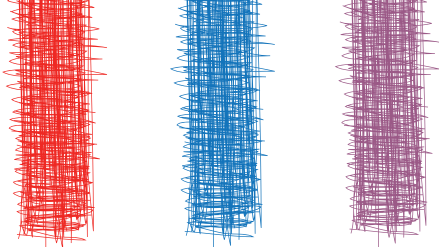
I NUMERI DEGLI SCREENING

mammografico

colorettale

cervicale





Presentiamo in questa sezione i tre programmi di screening (mammografico, coloretale e cervicale). L'Osservatorio nazionale screening (che ha sede presso l'Isipo di Firenze) monitora i programmi di screening su mandato del ministero della Salute.

I dati relativi ai vari programmi di screening sono stati forniti dai singoli programmi operativi sul territorio nazionale, validati dai rispettivi Centri regionali di riferimento e quindi aggregati a livello nazionale ed elaborati dai Centri di riferimento dell'Ons: il Centro per la prevenzione oncologica (Cpo) Piemonte per i programmi di screening cervicale, l'Istituto oncologico veneto (Iov) per lo screening colo rettale e l'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (Isipo) per lo screening mammografico.

Il monitoraggio dell'attività utilizza come riferimento gli indicatori di qualità per la valutazione dei programmi di screening, definiti, rispettivamente, dal Gruppo italiano screening mammografico (Gisma), dal Gruppo italiano per lo screening dei tumori coloretali (Giscor) e dal Gruppo italiano screening del cervicocarcinoma (Gisci). Per la gran parte di questi indicatori sono stati anche identificati livelli standard accettabili e desiderabili, che costituiscono il riferimento per la valutazione dei risultati raggiunti e per il confronto tra i diversi programmi.

Per ciascun programma di screening presentiamo anche i dati del Sistema di sorveglianza Passi. Nel 2006 il ministero della Salute ha affidato al Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) dell'Istituto superiore di sanità il compito di sperimentare un sistema di sorveglianza della popolazione adulta (Passi: Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia).

L'obiettivo della sorveglianza è stimare la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali, oltre alla diffusione delle misure di prevenzione. Tutte le 21 Regioni o Province Autonome hanno aderito al progetto. Un campione di residenti di 18-69 anni viene estratto con metodo casuale stratificato dagli elenchi delle anagrafi sanitarie. Personale delle Asl, specificamente formato, effettua interviste telefoniche (circa 25 al mese per ogni Asl) con un questionario standardizzato. I dati vengono successivamente trasmessi in forma anonima via internet e registrati in un archivio unico nazionale.

Nel 2011-13 sono state realizzate in totale 115.337 interviste, di cui: 43.562 a uomini e donne nella fascia di età 50-69 anni (popolazione target per lo screening dei tumori del colon retto), 22.508 donne nella fascia di età 50-69 anni (popolazione target per lo screening dei tumori della mammella) e 47.918 a donne nella fascia d'età di 25-64 anni (popolazione target per lo screening dei tumori della cervice uterina).

Il nostro ringraziamento va ai moltissimi operatori che si sono adoperati per raccogliere questi dati in maniera accurata e tempestiva.

Lo screening mammografico

Dati di attività dal 2009 al 2013

I dati riportati nella tabella 1 mostrano un incremento nel numero di donne italiane invitate a effettuare una mammografia nel biennio 2011-2012 rispetto al precedente: si passa infatti da quasi 5.000.000 di donne a quasi 5.300.000, con un aumento del 6,3%. Anche nel 2013 il numero di donne invitate cresce rispetto all'anno precedente (incremento di circa il 5%).

L'adesione all'invito resta sostanzialmente invariata rispetto al 2012, con un valore intorno al 57%.

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

Il numero di carcinomi diagnosticati allo screening supera le 13.000 unità nel biennio 2011-12 (contro circa 1.600 lesioni benigne), con un tasso di identificazione dei tumori stabile negli ultimi due periodi: intorno a 4.6 casi ogni 1.000 donne sottoposte a screening.

Tabella 1.
Dati nazionali di attività di screening mammografico 2009-2013

	2009-10	2011-12	2013
Numero totale di donne invitate	4.963.461	5.271.248	2.696.888
Numero di donne aderenti all'invito	2.749.918	2.959.329	1.543.889
Media aderenti per anno	1.374.959	1.479.665	
Adesione all'invito	55%	56%	57%
Classi di età			
50-54	51%	53%	54%
55-59	58%	58%	58%
60-64	60%	60%	60%
65-69	57%	58%	58%
Numero di donne esaminate	2.688.570	2.886.794	
Numero di donne richiamate per approfondimenti	156.652	161.523	
Percentuale di donne richiamate per approfondimenti	5,8%	5,5%	
Numero di biopsie benigne	1.767	1.601	
Numero di carcinomi diagnosticati allo screening	12.224	13.034	
Numero di carcinomi duttali in situ diagnosticati allo screening	1.539	1.573	
Numero di carcinomi invasivi ≤ 10 mm diagnosticati allo screening	3.602	3.927	

I numeri degli screening

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, come ci mostra la tabella 2.

L'adesione supera il livello accettabile del 50%, il tasso di richiami mostra una riduzione nell'ultimo biennio, il rapporto tra diagnosi istologiche benigne e maligne nelle donne sottoposte a biopsia chirurgica o intervento è pienamente al di sotto della soglia raccomandata e tende lentamente a ridursi.

Anche altri indicatori che valutano in modo più diretto la sensibilità del programma, come il tasso di identificazione dei tumori invasivi e quello dei tumori con diametro inferiore ai 10 mm, si dimostrano positivi. Un buon risultato si evidenzia nel trattamento chirurgico conservativo dei tumori con diametro inferiore ai 2 centimetri con un netto aumento nel biennio 2011-12 rispetto al precedente (87% contro 78%) e il superamento della soglia di accettabilità.

	2009-10	2011-12	2013	Standard accettabile Gisma
Adesione grezza all'invito	55%	56%	57%	≥ 50%
Percentuale di donne richiamate per approfondimenti	5,8%	5,6%		Primo esame: < 7% Esami succ.: < 5%
Rapporto biopsie benigne/maligne	0,15	0,12		Primo esame: ≤ 1 : 1 Esami succ.: ≤ 0,5 : 1
Tasso di identificazione dei tumori	4,6‰	4,6‰		-
Tasso di identificazione dei carcinomi invasivi ≤ 10 mm	1,4‰	1,4‰		-
Percentuale di trattamento chirurgico conservativo nei tumori invasivi ≤ 2 cm	78%	87%		> 85%

Tabella 2.
Indicatori e standard di riferimento

Lo screening mammografico

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 (e della qualità percepita) di un programma di screening.

Come mostra la tabella 3, un gran numero di programmi italiani continua a essere in difficoltà nel garantire nel tempo la buona qualità di questi indicatori, e i valori permangono ben al di sotto del livello accettabile, con tutti e tre gli indicatori che mostrano una tendenza al peggioramento.

	2009-10	2011-12	Standard accettabile Gisma
Invio dell'esito per i casi negativi entro 21 giorni dall'esecuzione della mammografia	72%	71%	90%
Approfondimento entro 28 giorni dall'esecuzione della mammografia	68%	63%	90%
Intervento entro 60 giorni dall'esecuzione della mammografia	51%	43%	-

Tabella 3.
Tempi di attesa

I numeri degli screening

La tabella 4 presenta i dati per macroaree geografiche: Nord, Centro, Sud e isole. Appare subito chiaro lo scollamento tra i risultati del Nord e Centro Italia e quelli delle zone meridionali e insulari. Il divario riguarda sia il numero di inviti (nel Sud l'attivazione dei programmi è molto più recente e incompleta rispetto al resto del Paese), sia la qualità degli indicatori presi in considerazione. Il problema dei tassi di richiamo elevati superiori allo standard di riferimento sembra riguardare nell'ultimo biennio maggiormente le Regioni del Centro e del Sud.

Al Nord e al Centro l'adesione sembra in lieve crescita nell'ultimo anno, mentre al Sud si registra una lieve flessione nell'ultimo anno rispetto al biennio precedente, con valori assoluti di 20 punti percentuali in meno, e non riesce mai a raggiungere la soglia di accettabilità.

Anche il tasso di identificazione dei tumori e la percentuale di donne con lesioni piccole sottoposte a trattamento chirurgico conservativo presentano lo stesso divario se confrontati con i dati delle aree del Centro-Nord.

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

	Nord			Centro			Sud e Isole		
	2009-10	2011-12	2013	2009-10	2011-12	2013	2009-10	2011-12	2013
Numero totale di donne invitate	2.906.380	3.017.630	1.572.071	1.149.184	1.256.350	611.304	907.897	997.268	513.513
Numero di donne aderenti all'invito	1.761.657	1.875.147	998.636	627.807	675.101	341.345	360.454	409.081	203.908
Adesione all'invito	61%	61%	64%	55%	54%	56%	40%	41%	40%
Numero di donne esaminate nel periodo	1.764.351	1.867.091		622.455	691.259		301.764	328.444	
Proporzione di donne richiamate per approfondimenti	5,4%	5%		6,4%	6,8%		6,8%	6,5%	
Biopsie benigne	1.227	1.077		335	384		205	140	
Tasso di identificazione dei carcinomi	4,9‰	4,9‰		4,2‰	4,2‰		3,3‰	3‰	
Tasso di identificazione dei carcinomi invasivi ≤ 10 mm	1,4‰	1,5‰		1,4‰	1,3‰		0,7‰	0,5‰	
Percentuale di trattamento chirurgico conservativo nei tumori invasivi ≤ 2 cm	77,9%	87%		79,5%	88,7%		80,4%	79,6%	

Lo screening mammografico

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

Nel 2013 alcune Regioni o singoli programmi hanno invitato allo screening anche le donne nelle fasce di età 45-49 (a intervallo annuale) e 70-74 (con intervallo biennale) con modalità organizzative diverse.

Per quanto riguarda la classe di età più giovane sono state invitate 231.435 donne pari a circa il 9.4% della popolazione bersaglio. Il dato dimostra un piccolo aumento rispetto all'anno precedente, anche se ancora oggi la maggior parte delle donne invitate in questa fascia di età continua a provenire da due sole regioni. Infatti poco meno del 68% vengono dall'Emilia Romagna e circa un altro 19% dal Piemonte. Il 68% delle donne invitate ha accettato l'invito (158.760 donne).

Per quanto riguarda le ultrasessantenni, nel 2013 sono state invitate 113.978 donne, pari a circa il 14% della popolazione target, e 81.528 hanno risposto all'invito con una partecipazione del 71%. I dati di estensione sono simili a quelli dell'anno precedente, mentre quelli di partecipazione mostrano un lieve aumento. Quasi la metà delle donne invitate in questa fascia di età proviene dall'Emilia Romagna e il 15% dalla Lombardia.

La qualità del percorso assistenziale

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

Dal 1997 questa indagine permette di disporre di una fotografia dell'intero percorso assistenziale generato dallo screening. Il confronto degli indicatori Sqtm raccolti nei quattro periodi presentati nella tabella 5 permette di cogliere un generale sforzo di correzione con alcuni miglioramenti misurabili.

L'indicatore sulla diagnosi pre-operatoria è sensibilmente migliorato nel corso degli anni. È infatti importante che il chirurgo, al momento dell'intervento, sia a conoscenza della diagnosi e possa operare subito in modo definitivo. La diagnosi attraverso lo screening di tumori in situ piccoli e a prognosi favorevole consente di conservare la mammella nella grande maggioranza dei casi.

Negli ultimi anni la dissezione ascellare è stata gradualmente sostituita dalla pratica del linfonodo sentinella, molto più gradita alle donne per la semplicità e il minor tasso di complicanze. L'obiettivo è che questa tecnica venga praticata in almeno il 95% dei casi in cui i linfonodi non sono affetti dalla malattia. Da questo punto di vista il progresso è stato notevole: dal 56% nel 2003 al 91% a partire dal 2009.

I numeri degli screening

A maggior ragione la dissezione ascellare dovrebbe essere evitata nei cosiddetti carcinomi duttali in situ, nei quali rappresenta certamente un sovratrattamento, ed anche in questo caso il miglioramento negli anni è sostanziale.

Al momento di andare in stampa non erano ancora disponibili i dati aggiornati della survey Sqtm, che saranno quindi pubblicati sul sito dell'Osservatorio (www.osservatorionazionale screening.it).

Riportiamo di seguito i valori osservati fino al 2012.

	2005-06	2007-08	2009-10	2011-12	Standard accettabile Gisma
Disponibilità della diagnosi pre-operatoria	74,2%	76,2%	77,7%	82,4%	≥ 70%
Chirurgia conservativa (in situ entro 2 centimetri)	90,9%	91,1%	92,1%	90,2%	≥ 85%
Solo linfonodo sentinella nei carcinomi invasivi con linfonodi negativi	76,1%	85,6%	90,9%	91,3%	≥ 95%
Lesioni in situ nelle quali si evita la dissezione ascellare	90,4%	93,4%	96,6%	97,3%	≥ 95%
Intervento entro 30 giorni dalla prescrizione	60%	54,7%	44,3%	43,2%	≥ 80%

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

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

The background of the page is a white space filled with several red pencils pointing towards the center. Each pencil has a small red scribble or smudge at its tip, creating a circular pattern of red marks around the center. The pencils are arranged in a way that they seem to be converging on a central point.

Il progetto Sqtm

SQTM (l'acronimo sta per Scheda sulla qualità della diagnosi e della terapia del carcinoma mammario) è un software che si propone di facilitare il monitoraggio della qualità della diagnosi, del trattamento e del follow up del carcinoma mammario e degli indicatori di efficacia dello screening mammografico.

Il progetto è condotto da un gruppo multidisciplinare del Gisma. Coordina il progetto l'unità di Epidemiologia del Centro di riferimento regionale per l'epidemiologia e la prevenzione oncologica (Cpo-Piemonte) di Torino.

Lo screening mammografico visto da «Passi»

Sulla base dei dati raccolti dal sistema di sorveglianza Passi, si stima che in Italia nel 2011-13 il 70% delle donne 50-69enni abbia eseguito una mammografia preventiva nel corso dei precedenti due anni. Come mostrano le figure 1 e 2 la copertura complessiva all'esame raggiunge valori più alti al Nord (82%) e al Centro (77%) ed è significativamente più bassa al Sud e nelle Isole (54%), con significative differenze a livello delle Regioni (range: 44% Calabria - 87% Emilia-Romagna).

Il sistema Passi informa sulla copertura complessiva al test, comprensiva sia della quota di donne che ha eseguito l'esame all'interno dei programmi di screening organizzati o di altre offerte gratuite delle Asl, sia di quella che lo ha eseguito al di fuori. La percentuale di mammografie eseguite al di fuori dei programmi di screening organizzati è meno rilevante rispetto a quella presente nello screening cervicale: a livello nazionale si stima infatti che una donna su cinque (20%) abbia eseguito la mammografia come prevenzione individuale rispetto a circa una donna su tre dello screening cervicale (36%). Sono comunque presenti significative differenze tra le Regioni (range: 6% Valle d'Aosta - 32% Liguria), come mostra la figura 3.

Lo screening mammografico

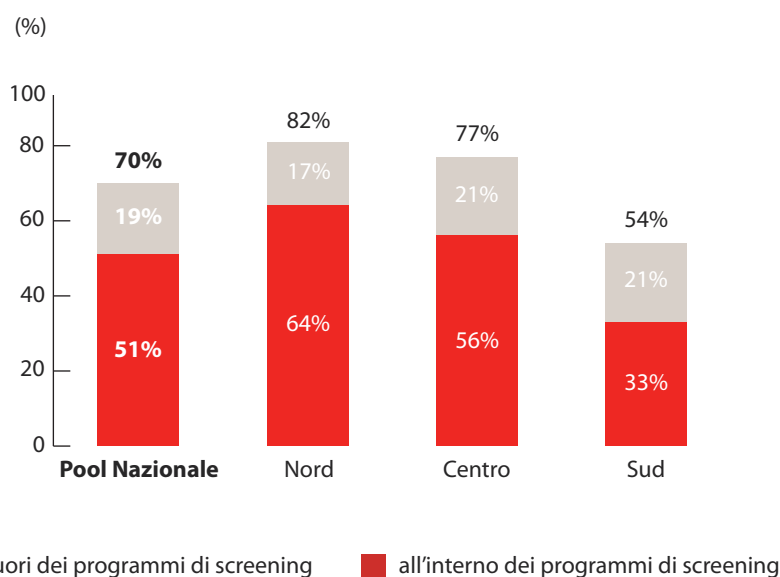


Figura 1.
Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni (%)
Donne 50-69enni
 Passi 2011-13 (n. 22.139)

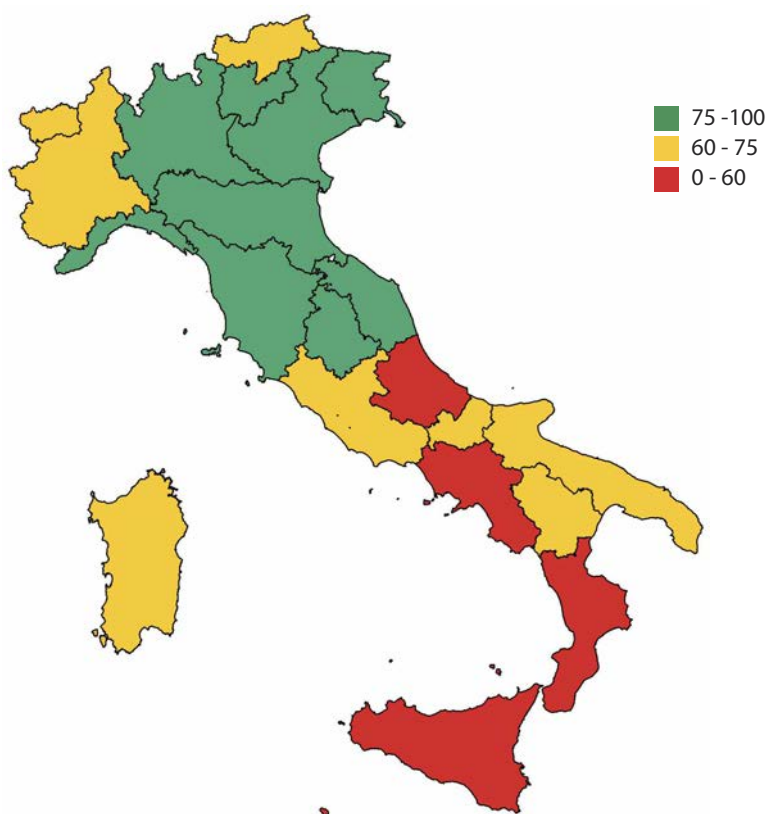
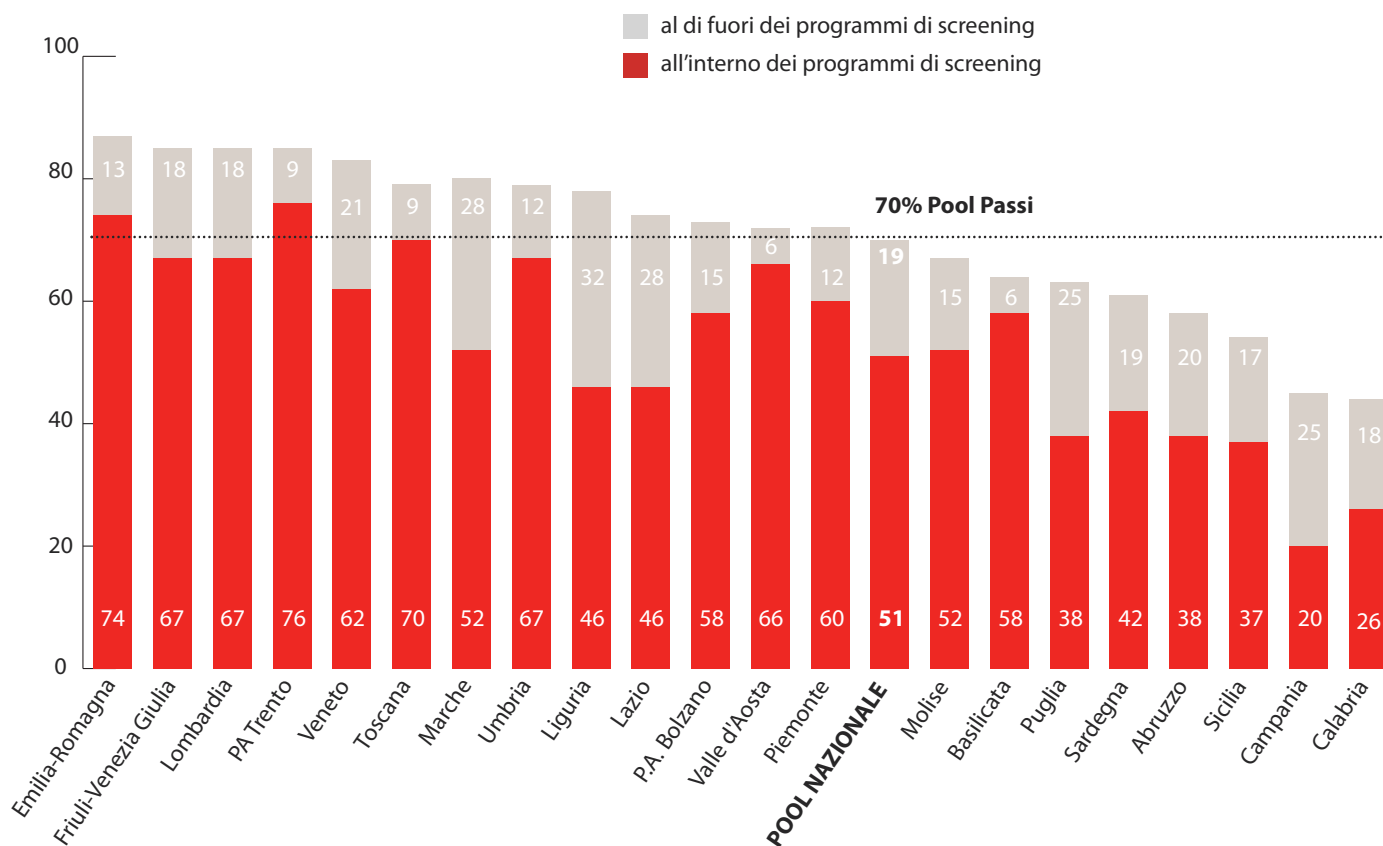


Figura 2.
Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni (%)
Donne 50-69enni
 Passi 2011-13 (n. 22.139)

I numeri degli screening

Figura 3.

Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni (%) Donne 50-69enni. Passi 2011-13 (n. 22.139)



La figura 4 ci dice che nel periodo 2008-2013 la copertura della mammografia preventiva è in lieve aumento. Questa crescita è risultata statisticamente significativa in ciascuna macroarea territoriale ed è più evidente nelle regioni del Sud (Figura 5).

È in lieve aumento sia la copertura all'interno dei programmi di screening (non significativo sul piano statistico) sia quella al di fuori dei programmi organizzati (ai limiti della significatività statistica).

Il confronto tra organizzato e spontaneo: il pagamento come indicatore

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: alcune donne effettuano l'esame gratuitamente anche al di fuori dei programmi di screening organizzati (per esempio in base all'articolo 85 della legge 338/2000 - finanziaria 2001); alcune donne non ricordano esattamente la data di esecuzione (effetto telescopico); le rispondenti all'intervista effettuano probabilmente la mammografia in percentuale maggiore rispetto alle non rispondenti.

Lo screening mammografico

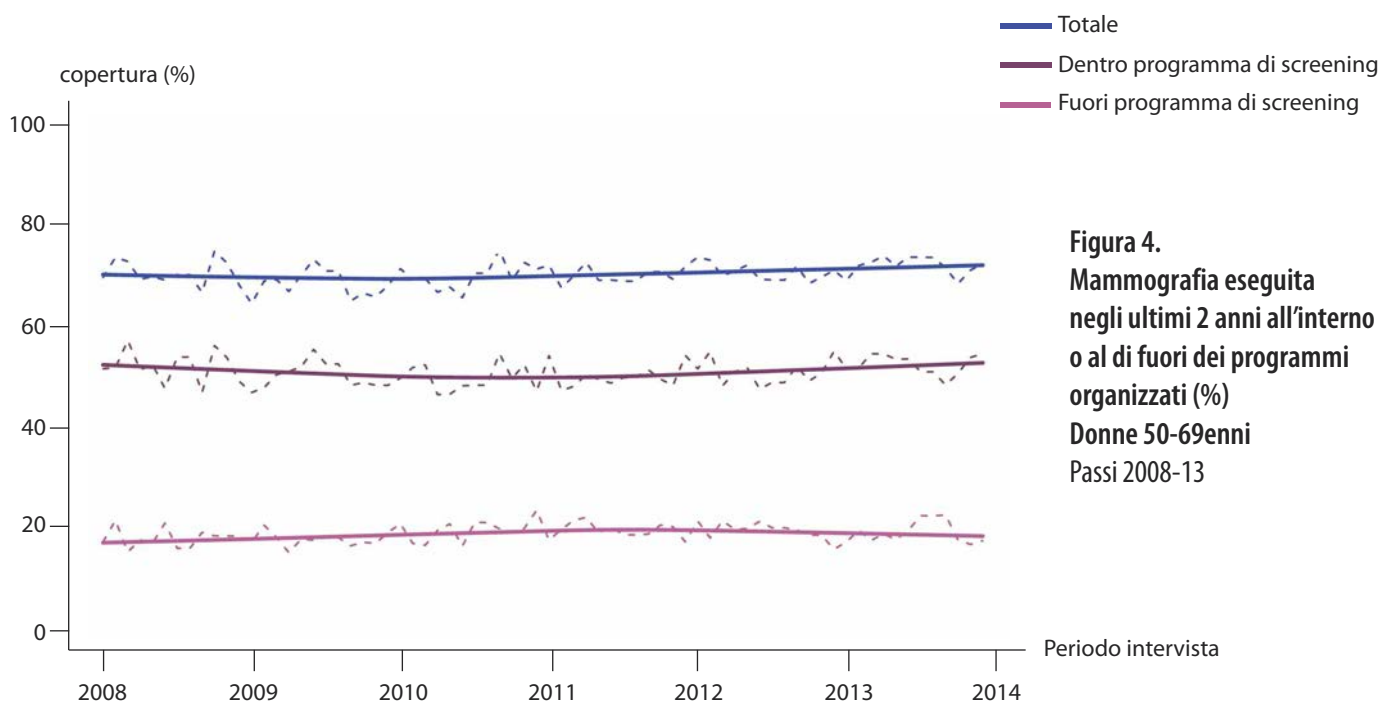


Figura 4.
Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni all'interno o al di fuori dei programmi organizzati (%)
Donne 50-69enni
Passi 2008-13

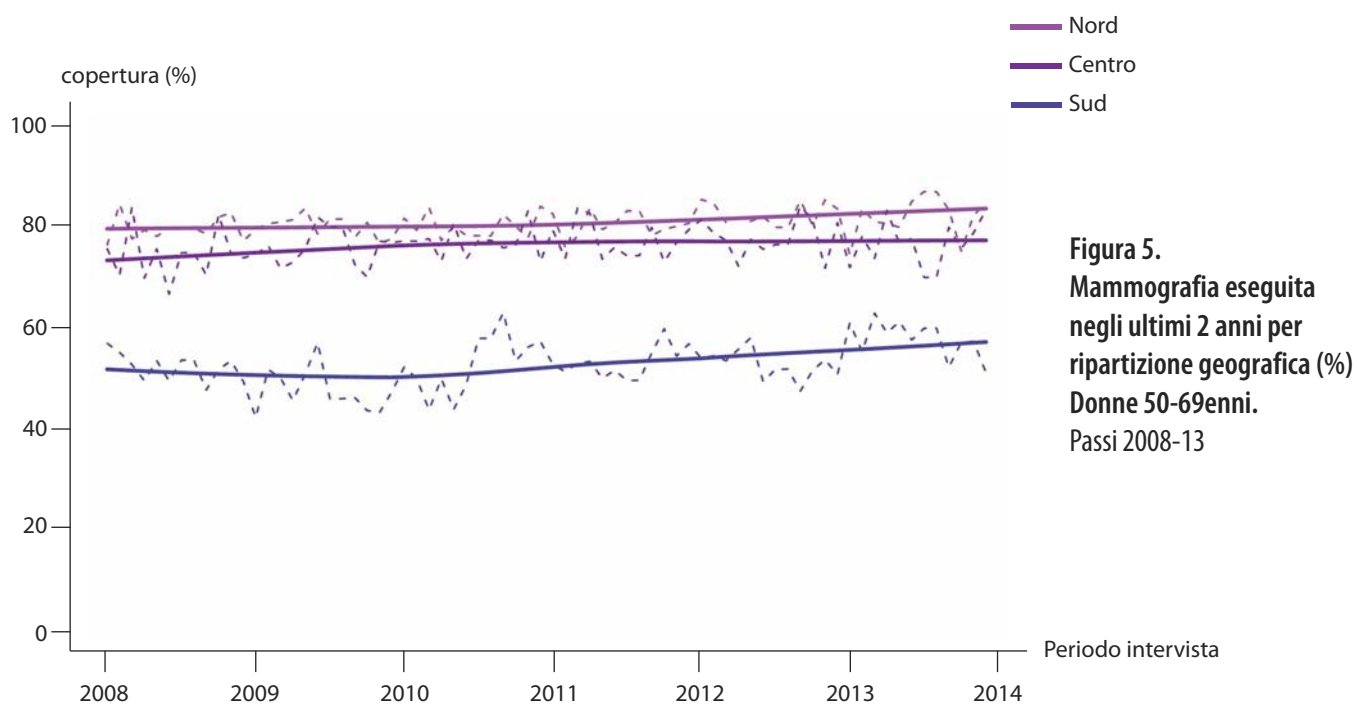


Figura 5.
Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni per ripartizione geografica (%)
Donne 50-69enni.
Passi 2008-13

L'età media alla prima mammografia è di 44 anni: il 63% delle donne ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva almeno una volta nella vita nella fascia pre-screening 40-49 anni.

Dati di attività nei bienni 2007-08, 2009-10, 2011-12 e nel 2013

Rispetto ai bienni precedenti, nel 2011-12 l'attività di screening ha visto una notevole espansione, arrivando a invitare complessivamente circa sette milioni e ottocentomila persone, con un'adesione all'invito del 45%. Nel solo 2013 gli invitati sono stati più di quattro milioni e trecentomila, con un'adesione del 44%. Come illustra la tabella 1, le persone che effettivamente si sono sottoposte allo screening nei diversi bienni sono progressivamente aumentate fino ai tre milioni e cinquecentomila nel 2011-12, con quote crescenti di soggetti che in passato avevano già aderito allo screening (dal 20% nel 2007 all'82% nel 2012). Ogni 5 persone positive al test per la ricerca del sangue occulto fecale (Sof), una non ha aderito alla successiva colonscopia di approfondimento. Poiché con un Sof positivo il rischio di carcinoma o adenoma avanzato (che possiede una più elevata probabilità di evoluzione verso la malignità) è molto alto (dal 30% al 40%), è essenziale sviluppare strategie efficaci di comunicazione del rischio, per garantire livelli elevati di adesione all'approfondimento. 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 nei bienni 2007-08, 2009-10, 2011-12 e nel 2013

	2007-08	2009-10	2011-12	2013
Numero di persone invitate	5.308.488	6.315.311	7.768.502	4.349.668
Adesione corretta all'invito	44%	47%	45%	44%
Numero di persone sottoposte a screening*	2.356.488	2.971.667	3.501.279	1.929.433
Proporzione di persone con test positivo	5,3%	5,1%	4,5%	-
Numero di persone con test positivo richiamate a colonscopia	124.363	150.480	158.387	-
Proporzione di aderenti all'approfondimento	78%	81%	80%	-
Numero di colonscopie totali	97.222	121.834	126.702	-
Proporzione di colonscopie complete	91%	91%	97%	-
Numero di carcinomi individuati	4.967	5.521	5.302	-
Tasso di identificazione dei carcinomi (x 1000 sottoposti a screening)	2,1‰	1,9‰	1,5‰	-
Numero di adenomi avanzati individuati	24.458	27.838	29.033	-
Tasso di identificazione degli adenomi avanzati (x 1000 sottoposti a screening)	10,4‰	9,4‰	8,3‰	-
Proporzione di tumori trattati con resezione endoscopica	13%	11%	12%	-

*media per anno

Lo screening colrettale

La tabella 2 mostra come l'adesione all'invito sia superiore nelle femmine rispetto ai maschi e, per entrambi i sessi, nei soggetti sopra i 60 anni.

Fascia d'età	2011-2012				Totali
	50-54	55-59	60-64	65-69	
Uomini	41%	43%	47%	48%	45%
Donne	46%	49%	51%	49%	49%

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

Il tempo che intercorre tra un test positivo, l'approfondimento e l'eventuale intervento chirurgico deve essere il minore possibile, per ridurre il carico di ansia delle persone coinvolte. Su questo fronte si evidenzia un lieve miglioramento nell'ultimo biennio rispetto agli anni precedenti, ma permane una notevole difficoltà a garantire in tempi brevi la colonscopia alle persone per cui il Sof risulta positivo.

È un problema molto diffuso tra i programmi, e in alcune realtà il tempo di attesa nella maggior parte dei casi è addirittura superiore ai due mesi. Anche i tempi per l'intervento chirurgico sono molto al di sotto dello standard di riferimento (tabella 3). Questo problema va gestito a livello di programmazione e soprattutto di assegnazione di risorse al programma. Grazie alla disponibilità di sempre più numerose evidenze scientifiche, oggi possiamo stimare con accuratezza i carichi di lavoro indotti dallo screening: il reperimento delle risorse previste rappresenta quindi una precisa azione di politica sanitaria interna alle aziende sanitarie locali.

	2007-08	2009-10	2011-12	Standard accettabile GISCoR
Percentuale di persone che eseguono l'approfondimento entro 30 giorni dal test positivo	55%	47%	53%	>90%
Percentuale di persone sottoposte a intervento chirurgico entro 30 giorni dalla diagnosi	66%	53%	52%	>90%

Tabella 3.
Tempi di attesa dei programmi con ricerca del sangue occulto fecale nei bienni 2007-08, 2009-10 e 2011-12

I numeri degli screening

La tabella 4 sottolinea il ritardo di Sud e isole per quanto riguarda sia la diffusione dei programmi, sia l'adesione da parte della popolazione. I tassi di identificazione nell'Italia settentrionale si stanno progressivamente riducendo, sia per quanto riguarda i carcinomi che gli adenomi avanzati. Questo è dovuto al fatto che è via via maggiore la proporzione degli esaminati che in passato avevano già aderito allo screening (due terzi del totale nel 2012), una popolazione con una prevalenza di lesioni inferiore rispetto ai soggetti al primo episodio di screening. Questo andamento compare in maniera meno netta nelle regioni del Centro ed è assente nel Sud e nelle isole, dove i programmi sono di recente attivazione, e vi è stato verosimilmente un miglioramento delle registrazioni dei risultati degli esami.

Tabella 4.

Outcome dei programmi con ricerca del sangue occulto fecale per macroarea nei bienni 2007-08, 2009-10, 2011-12 e nel 2013. Età 50-69 anni

	Nord				Centro				Sud - Isole			
	2007-08	2009-10	2011-12	2013	2007-08	2009-10	2011-12	2013	2007-08	2009-10	2011-12	2013
Numero di persone screenate	1.887.494	2.352.374	2.596.111	1.419.675	424.612	528.546	674.921	340.665	70.854	83.656	183.693	204.146
Adesione grezza all'invito	44%	49%	51%	53%	46%	46%	41%	39%	29%	41%	25%	31%
Proporzione di persone con test positivo	5,3%	4,9%	4,4%		4,8%	5,1%	4,5%		7%	6,1%	5,7%	
Tasso di identificazione dei carcinomi	2,3‰	1,8‰	1,4‰		2‰	2,1‰	1,6‰		1,8‰	1,1‰	2,5‰	
Tasso di identificazione degli adenomi avanzati	12,1‰	9,5‰	8,4‰		8‰	8,1‰	8,4‰		1,4‰	3,3‰	8,2‰	

Rettosigmoidoscopia: la prevenzione a intervalli lunghi

I programmi che utilizzano la Rs sono 10 e complessivamente hanno esaminato circa 11.400 persone nel 2012 e 11.600 nel 2013. L'adesione media all'invito è circa il 25%, minore di quella osservata nei programmi basati sulla ricerca del sangue occulto fecale. Poiché si tratta di un test effettuato una sola volta nella vita è necessario valutare il guadagno potenziale di adesione nel caso in cui si decida di ripetere l'invito a chi non ha risposto la prima volta (si prevede di effettuare due reinviti ai non rispondenti, in tutti i programmi). La quota di invii ad approfondimento, dopo aver visto una progressiva riduzione fino al 2011, è tornata a livelli superiori a quelli del 2010, allontanandosi dallo standard di riferimento. Nel 2012 solo in due terzi dei casi il richiamo è dovuto alla presenza di adenomi avanzati, che costituiscono la categoria diagnostica per cui è documentato un aumento sostanziale del rischio di lesioni avanzate nel colon prossimale. Gli altri indicatori sono in linea con gli standard; in particolare va evidenziato il tasso di identificazione degli adenomi, che è circa quattro volte maggiore rispetto ai programmi Sof, a indicare l'elevato potenziale di prevenzione di questa strategia di screening.

Tabella 5.
Programmi con Rettosigmoidoscopia. Risultati principali dal 2008 al 2013

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Standard accettabile GISCoR
Numero di persone invitate	29.028	39.512	57.091	53.668	48.453	52.368	-
Adesione corretta all'invito	27%	24%	24%	24%	24%	23%	>45%
Numero di persone sottoposte a screening	8.135	9.511	13.633	12.825	11.372	11.563	-
Proporzione di persone con test positivo	13,5%	11%	9,5%	8,9%	9,9%		<8%
Numero di persone richiamate a colonscopia	1.035	1.046	1.291	1.144	1.161		-
Proporzione di aderenti all'approfondimento	85%	84,4%	87,5%	86,8%	81,9%		>90%
Numero di carcinomi individuati	36	25	38	40	24		-
Tasso di identificazione dei carcinomi (x 1000 sottoposti a screening)	4,7‰	2,6‰	2,8‰	3,1‰	2‰		>3‰
Numero di adenomi avanzati individuati	366	416	553	560	529		-
Tasso di identificazione degli adenomi avanzati (x 1000 sottoposti a screening)	47,5‰	43,7‰	40,6‰	43,7‰	45‰		>35‰
Proporzione di tumori trattati con resezione endoscopica	12,5%	16%	21,1%	20,1%	25%		non definito

LO SCREENING COLORETTALE VISTO DA «PASSI»

Sulla base dei dati raccolti dal sistema di sorveglianza Passi, si stima che in Italia nel 2011-13 il 39% delle persone intervistate nella fascia di età 50-69 anni abbia eseguito un esame a scopo preventivo per la diagnosi precoce dei tumori del colon retto (sangue occulto negli ultimi 2 anni o colonscopia negli ultimi 5 anni). Come indicano le figure 1 e 2, la copertura per la diagnosi precoce dei tumori coloretali mostra un marcato gradiente geografico: 60% al Nord, 42% al Centro e 17% al Sud, con significative differenze regionali (range: 13% Puglia e Calabria - 70% Emilia-Romagna).

Lo screening colrettale

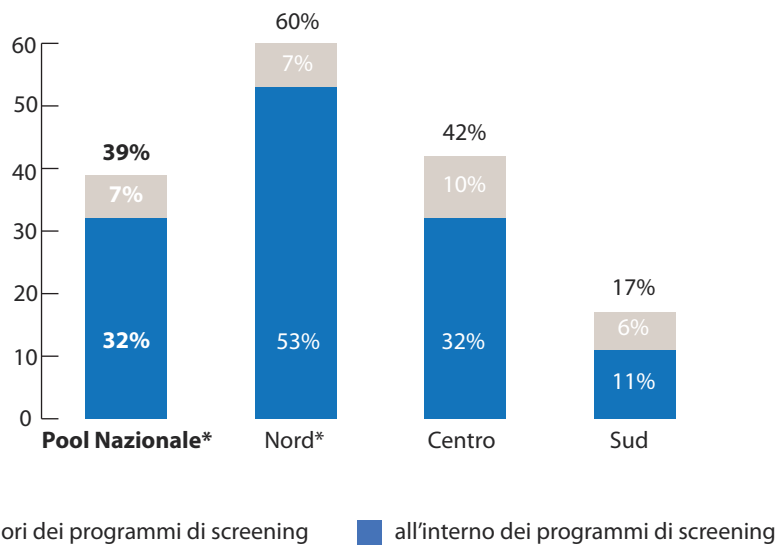


Figura 1.
Esame per la prevenzione dei tumori colrettali nei tempi raccomandati* (% persone (50-69enni) Passi 2011-13 (n.41.360)



Figura 2.
Esame per la prevenzione dei tumori colrettali nei tempi raccomandati* (% persone (50-69enni) Passi 2011-13 (n.41.360)

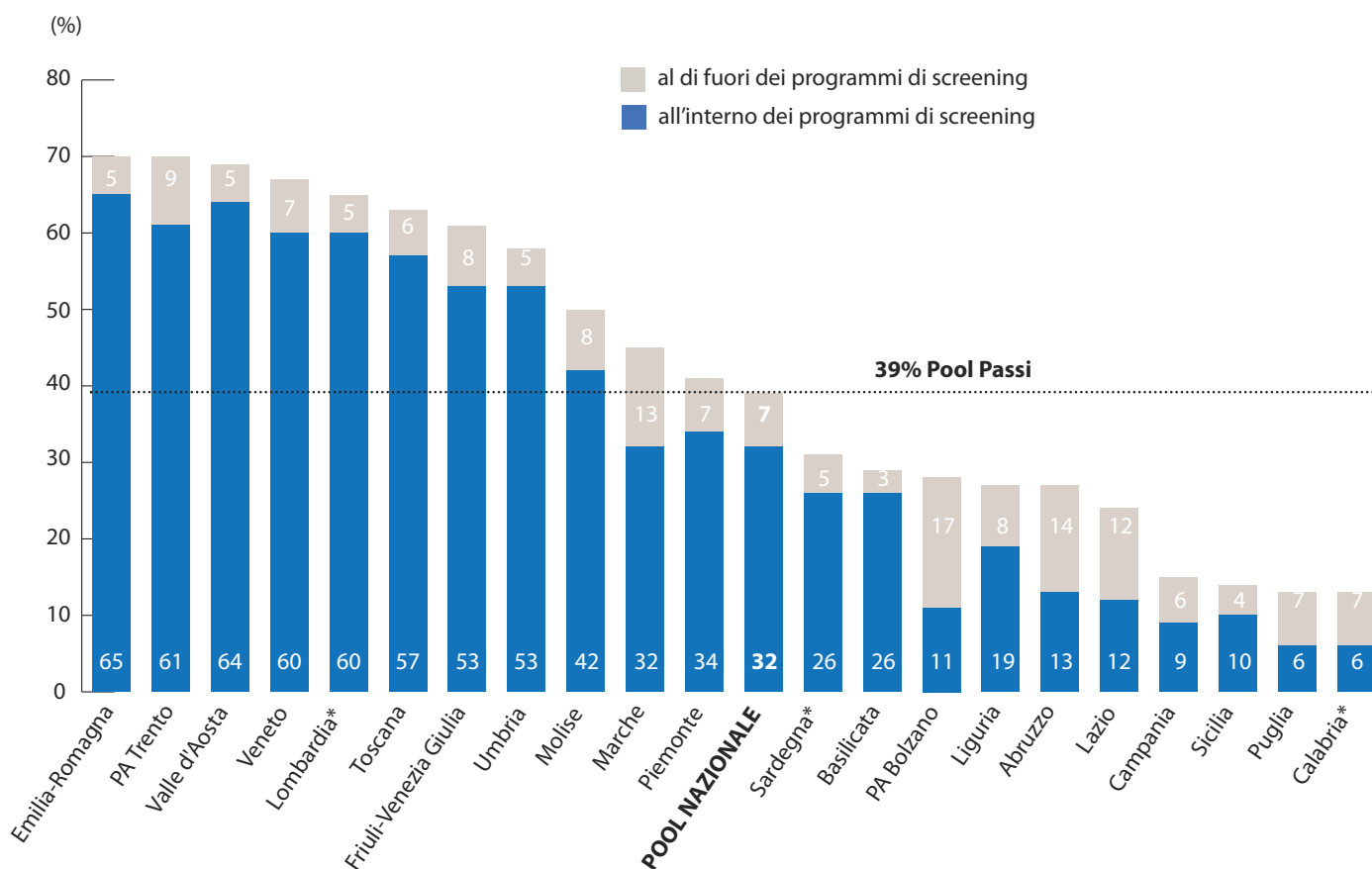
■ % significativamente superiore al pool
 ■ % non significativamente diversa dal pool
 ■ % significativamente inferiore al pool

*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).

I numeri degli screening

Figura 3.

Esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati* (%) Persone 50-69enni.
Passi 2011-13 (n.41.360)



*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 corso degli anni 2008-13 la percentuale di persone che hanno riferito un esame per la prevenzione dei tumori colorettali appare complessivamente in aumento: andamento che si registra in tutte le ripartizioni geografiche, in particolare al Nord e al Centro, aumentando il differenziale Nord-Sud (Figura 5).

L'aumento della copertura complessiva è attribuibile essenzialmente alla quota all'interno dello screening organizzato, come si vede nella figura 4.

Lo screening colrettale

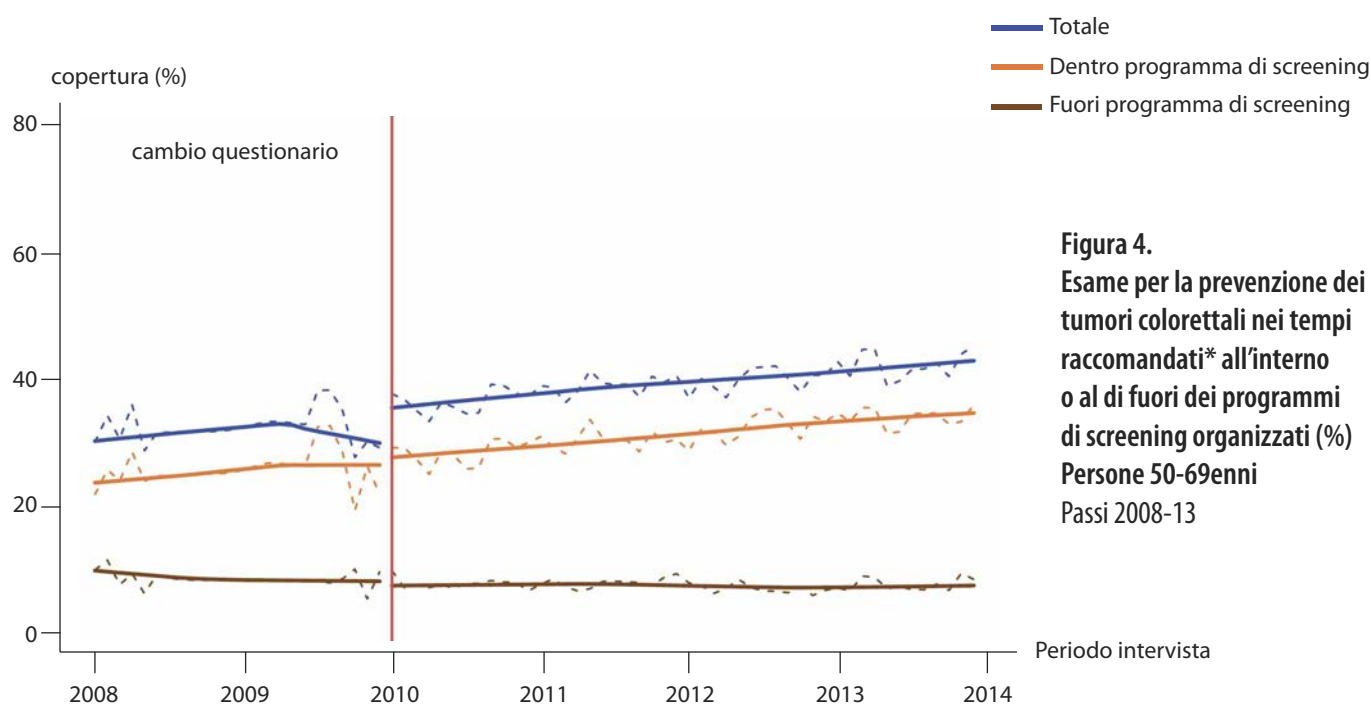


Figura 4.
Esame per la prevenzione dei tumori colrettali nei tempi raccomandati* all'interno o al di fuori dei programmi di screening organizzati (%)
Persone 50-69enni
Passi 2008-13

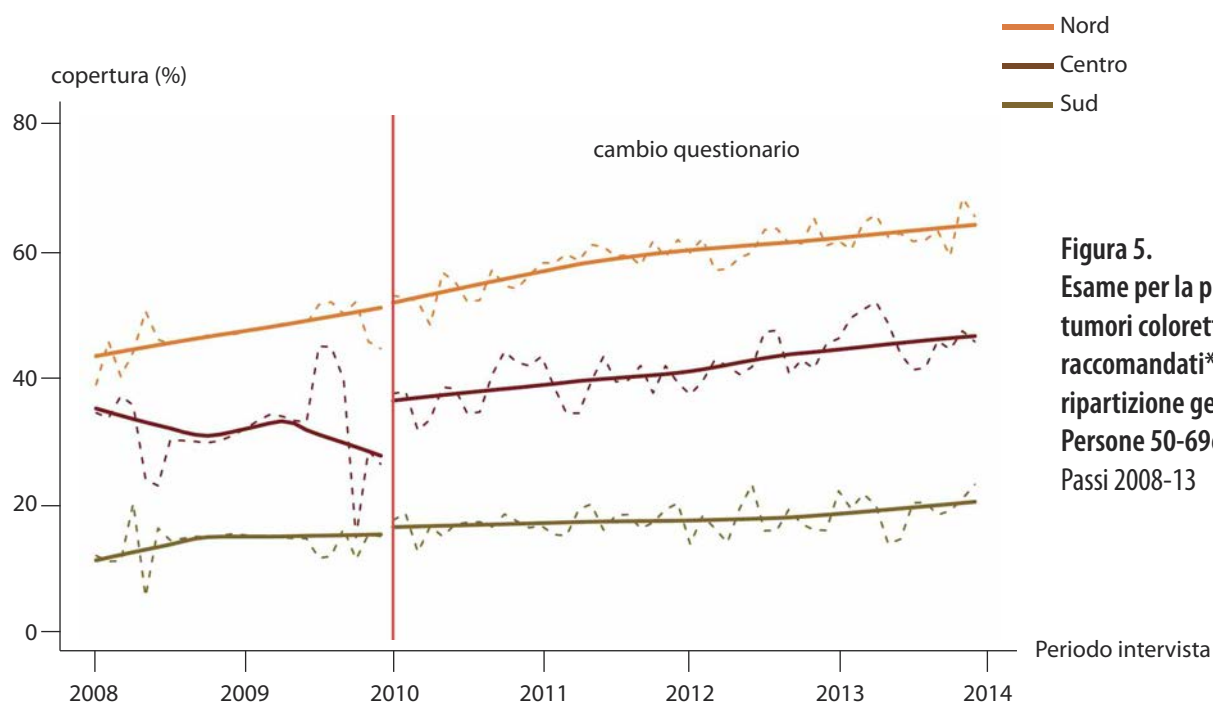


Figura 5.
Esame per la prevenzione dei tumori colrettali nei tempi raccomandati* per ripartizione geografica (%)
Persone 50-69enni
Passi 2008-13

*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).

I numeri degli screening

Dati di attività nei trienni 2007-2009, 2010-2012 e nel 2013

Il triennio 2010-2012, rispetto al precedente (2007-2009) evidenzia complessivamente una lieve accelerazione dell'attività, con un aumento sia degli inviti sia dell'adesione. L'aumento di adesione prosegue nel 2013.

Anno attività	2007-09	2010-12	2013
Numero di donne che hanno fatto screening	4.505.369	4.474.335	1.661.945
Proporzione di donne che hanno aderito all'invito	40%	41%	42%
Lesioni con istologia CIN2+ individuate	12.641	13.606	

Tabella 1.
Risultati principali
nel 2007-2009,
2010-2012 e nel 2013

L'adesione all'invito è superiore tra le donne con più di 45 anni rispetto alle più giovani. Il totale delle donne invitate e aderenti è diverso da quello riportato in tabella 1 poiché non tutti i programmi sono stati in grado di fornire i dati suddivisi per fasce d'età.

Fasce d'età	<25-34	35-44	45-54	55->65	Totale
2007-2009	36%	41%	43%	43%	41%
2010-2012	37%	41%	43%	43%	41%
2013	36%	41%	43%	43%	41%

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

Lo screening cervicale

I dati della tabella 3 confermano che gli indicatori di qualità sono in maggioranza sostanzialmente stabili a un buon livello. È lievemente aumentato il tasso di identificazione delle lesioni che richiedono un trattamento (quelle con istologia CIN2 o più grave CIN2+) pur rimanendo costante la proporzione di donne inviate in colposcopia. Di conseguenza è marginalmente aumentata la probabilità che una donna inviata in colposcopia abbia effettivamente una lesione che richiede un trattamento.

Altrettanto leggermente aumentata è l'adesione alla colposcopia, che supera i livelli accettabili per le donne inviate per qualunque alterazione citologica (colposcopia per ASCUS+) ma non li raggiunge ancora se si considerano in particolare le donne che presentano le alterazioni più gravi (colposcopia per HSIL+).

Anno attività	2007-2009	2010-2012
Proporzione di pap test inadeguati Standard di qualità Gisci: desiderabile: < 5% accettabile: < 7%	3%	3%
Proporzione di donne inviate in colposcopia per qualsiasi causa	2,4%	2,4%
Proporzione di donne che hanno aderito alla colposcopia per citologia ASCUS+ Standard di qualità Gisci: desiderabile: ≥ 90% accettabile: ≥ 80%	83,3%	85,2%
Proporzione di donne che hanno aderito alla colposcopia per citologia HSIL+ Standard di qualità Gisci: desiderabile: ≥ 95% accettabile: ≥ 90%	89,4%	89,7%
Probabilità di avere una lesione con istologia CIN2 o più grave (CIN2+) tra le donne che hanno fatto una colposcopia per citologia ASCUS+	16%	16,4%
Numero di colposcopie necessarie per individuare la presenza di istologia CIN2+	6,2	6,2
Lesioni con istologia CIN2+ individuate ogni 1000 donne che hanno fatto lo screening	2,9	3,3

Tabella 3.
Principali indicatori:
adesione agli standard
di qualità

La tabella 4 descrive l'adesione all'invito, che diminuisce dal Nord al Centro al Sud. Diminuisce anche da Nord a Sud il tasso di identificazione di lesioni con istologia CIN2 o più grave. Tuttavia la proporzione di donne inviate in colposcopia è stata maggiore al Sud che nelle altre regioni. Di conseguenza al Sud è stato necessario un maggior numero di colposcopie per identificare una di queste lesioni. Queste differenze si sono lievemente ridotte nel triennio 2009-11.

I numeri degli screening

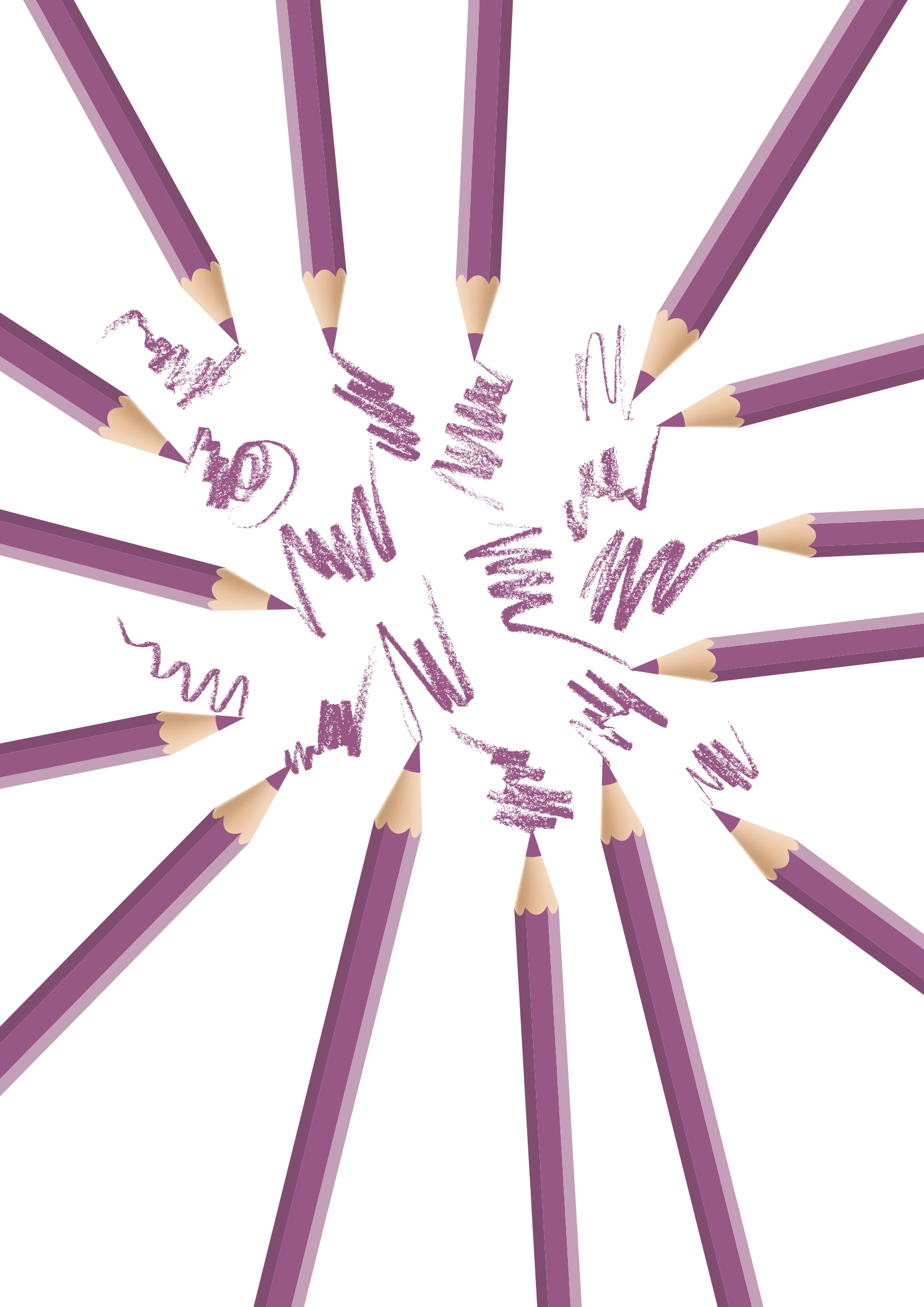
Tabella 4.
Principali indicatori per area geografica

Area	Nord		Centro		Sud e Isole	
	2007-09	2010-12	2007-09	2010-12	2007-09	2010-12
Proporzione di donne che hanno aderito all'invito	48%	50%	40%	40%	27%	29%
Proporzione di pap test inadeguati	3,4%	3,1%	2,5%	2,4%	3,2%	3,9%
Proporzione di donne inviate in colposcopia per qualsiasi causa	2,5%	2,6%	1,8%	2,1%	2,9%	2,7%
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	17%	16,4%	20,8%	20,3%	10,2%	10,2%
Numero di colposcopie necessarie per individuare la presenza di una lesione con istologia CIN2+	5,9	6,1	4,8	4,9	9,8	9,8
Lesioni con istologia CIN2+ individuate ogni 1000 donne che hanno fatto lo screening	3,5	3,6	2,9	3,4	2,3	2,2

Nel 2013 ventun programmi di screening hanno adottato la ricerca del Dna di tipi "ad alto rischio" di papillomavirus umano (Hpv) come test primario di screening. Nel 2012, come illustra la tabella 5, 312.151 donne, pari all'8% di tutte le donne invitate a fare screening, sono state invitate al test Hpv, nel 2013 la percentuale passa all'11.5% pari a 423.758 invitate. L'adesione è stata del 42,2%, lievemente superiore a quella generale all'invito allo screening. Nel 2012 era risultato positivo al test il 7.7% delle aderenti, nel 2013 il 7,1%.

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

	% di donne invitate a screening con ricerca Hpv come test primario	Adesione al test Hpv	% di positive al test Hpv tra le aderenti
Nord	9,8%	50,6%	6,9%
Centro	13,4%	40,3%	5,4%
Sud e isole	12,4%	34,4%	8,7%
ITALIA	11,5%	42,2%	7,1%



LO SCREENING CERVICALE VISTO DA «PASSI»

Sulla base dei dati raccolti dal sistema di sorveglianza Passi, si stima che in Italia nel 2011-13 circa tre donne 25-64enni su quattro (77%) abbiano eseguito un pap test o un esame dell'Hpv preventivo nel corso degli ultimi tre anni. Come indicano le figure 1 e 2 la copertura complessiva al test preventivo raggiunge valori elevati al Nord e al Centro (85% in entrambi), mentre è più bassa al Sud (65%).

Fra le Regioni che partecipano a Passi sono presenti significative differenze (range: 56% Calabria - 90% P. A. Bolzano), evidenziate nella figura 3.

Il sistema Passi informa sulla copertura al test complessiva, che comprende sia la quota di donne che ha eseguito l'esame all'interno dei programmi di screening organizzati o di altre offerte gratuite delle Asl, sia la quota che lo ha eseguito al di fuori. Nello screening cervicale la quota al di fuori dei programmi di screening organizzati è rilevante e a livello nazionale è di poco inferiore a quella all'interno degli screening organizzati (rispettivamente 36% e 41%). Sono presenti differenze significative tra le Regioni (range: 8% Basilicata - 68% Liguria).

Lo screening cervicale

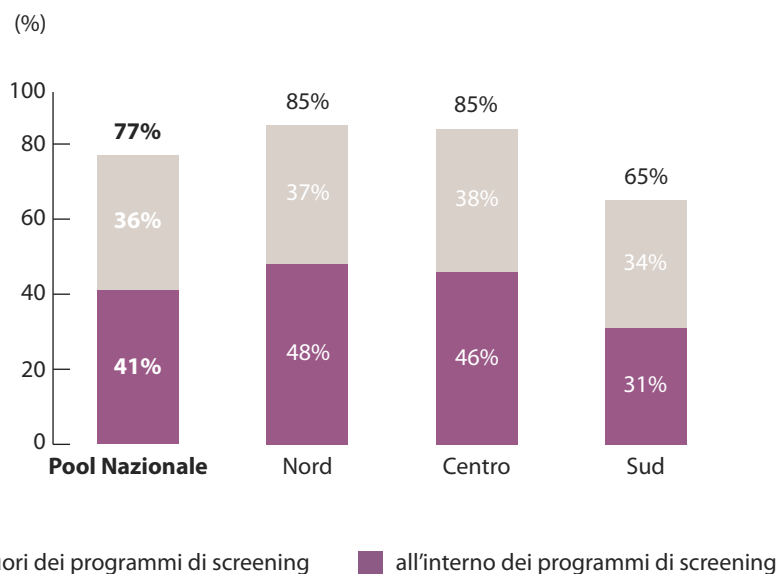


Figura 1.
Copertura al test preventivo
negli ultimi 3 anni
Donne 25-64enni (%)
Passi 2011-13 (n. 47.448)

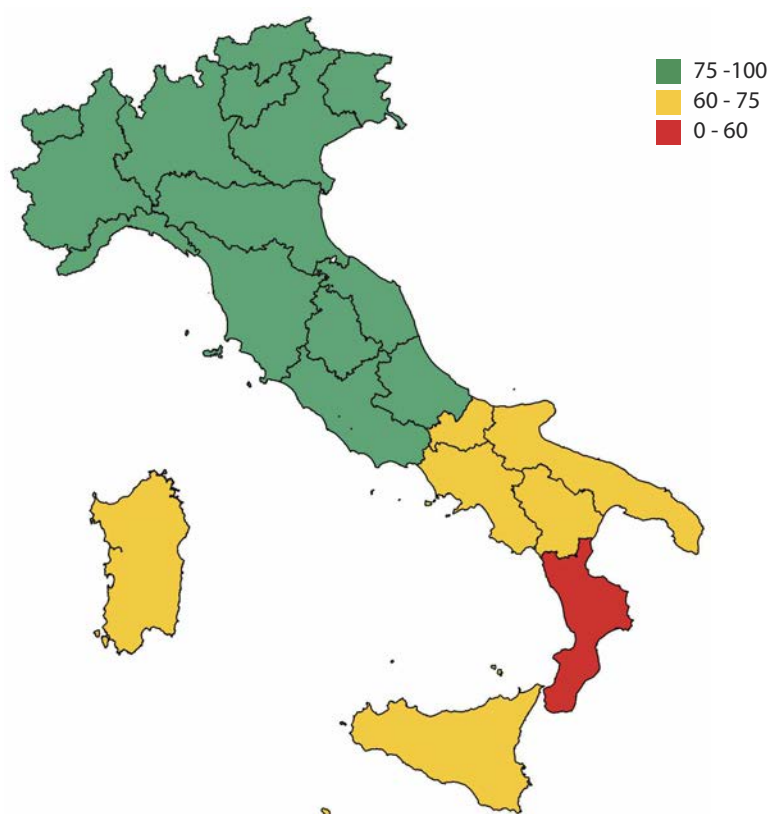
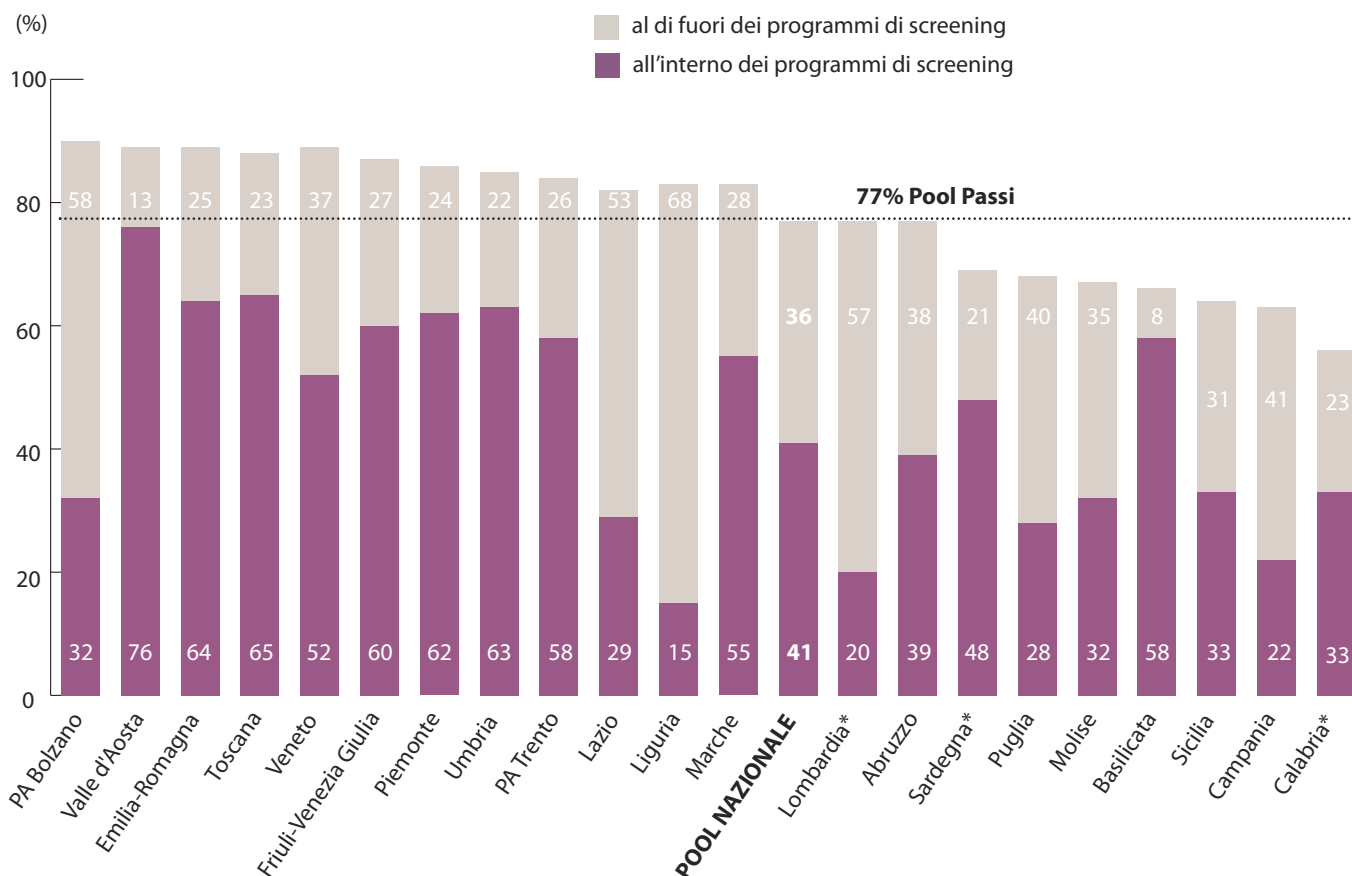


Figura 2.
Copertura al test preventivo
negli ultimi 3 anni
Donne 25-64enni (%)
Passi 2011-13 (n. 47.448)

I numeri degli screening

Figura 3.

Copertura al test preventivo negli ultimi 3 anni. Donne 25-64enni (%). Passi 2011-13 (n. 47.448)



*regioni che non hanno aderito con un campione regionale

Nel periodo 2008-2013 la copertura è complessivamente in crescita. Questa tendenza si manifesta in tutte le tre macroaree del Paese, anche se è più evidente nelle regioni del Centro e del Sud: rimane un forte differenziale tra le regioni del Sud rispetto alle altre due ripartizioni, tuttavia si assiste a una leggera riduzione della forbice.

La copertura all'interno dei programmi di screening è risultata in aumento, mentre quella al di fuori dei programmi ha mostrato una leggera diminuzione a partire dal 2011 (non statisticamente significativa), probabilmente anche per effetto della crisi economica.

Il confronto tra organizzato e spontaneo: il pagamento come indicatore

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: alcune donne

Lo screening cervicale

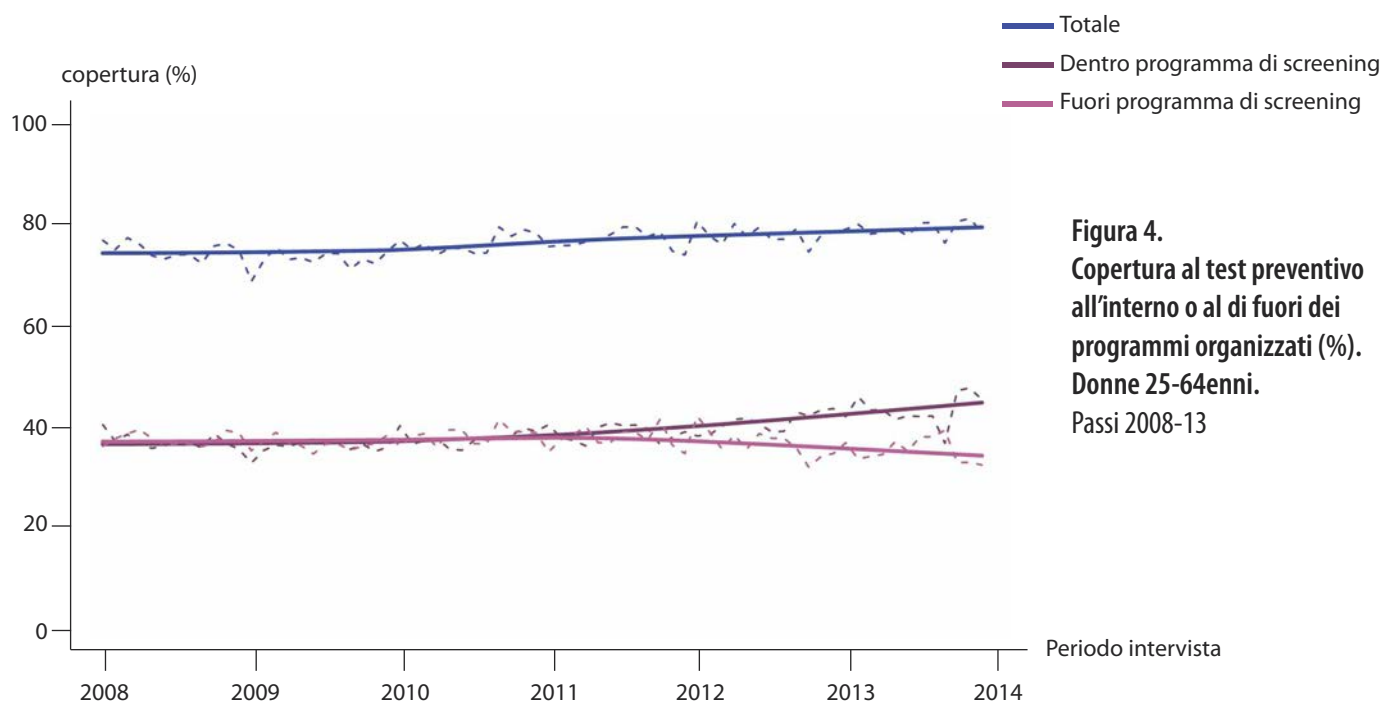


Figura 4.
Copertura al test preventivo all'interno o al di fuori dei programmi organizzati (%).
Donne 25-64enni.
Passi 2008-13

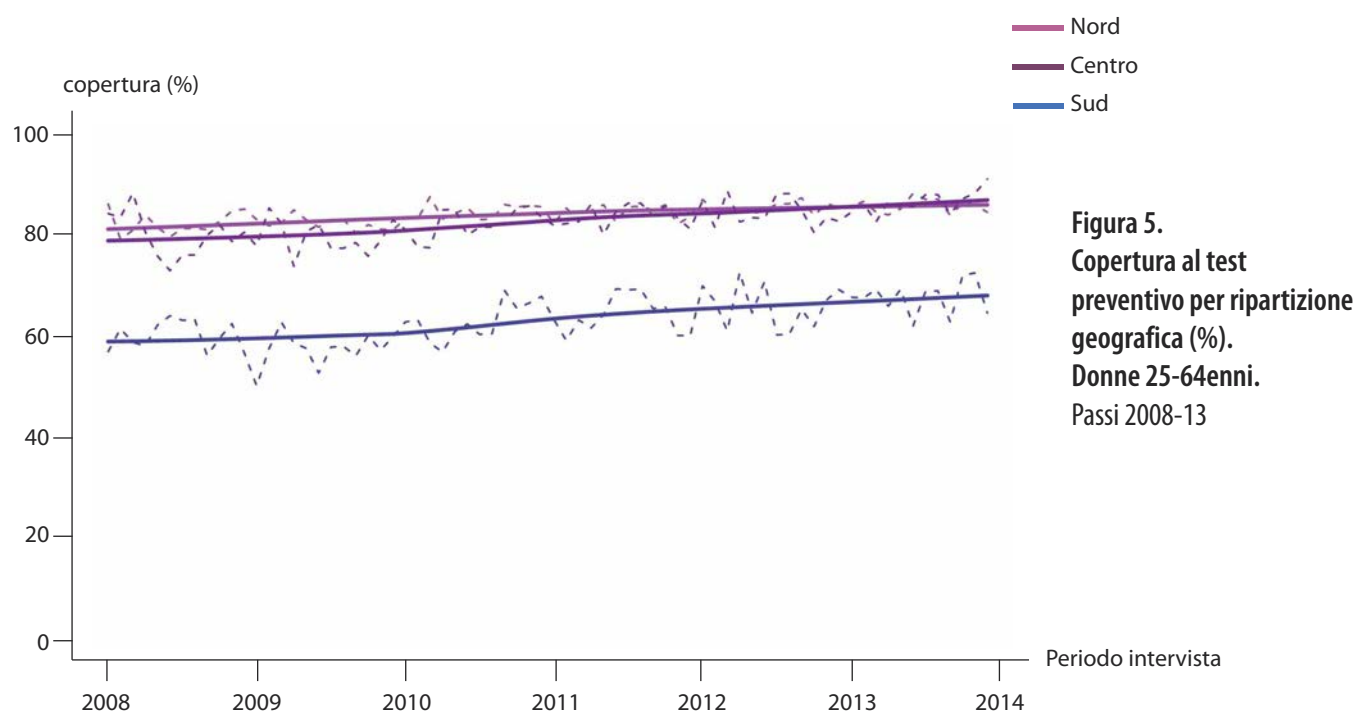


Figura 5.
Copertura al test preventivo per ripartizione geografica (%).
Donne 25-64enni.
Passi 2008-13

effettuano l'esame gratuitamente anche al di fuori dei programmi di screening organizzati (per esempio in base all'articolo 85 della legge 338/2000 - finanziaria 2001). Alcune donne non ricordano esattamente la data di esecuzione (effetto telescopico). Le rispondenti all'intervista effettuano probabilmente il pap-test in percentuale maggiore rispetto alle non rispondenti.

L'OSSERVATORIO NAZIONALE SCREENING

L'OSSERVATORIO NAZIONALE SCREENING

L'Osservatorio nazionale screening (Ons) è nato dall'esperienza dei gruppi di operatori dei programmi di screening: Gisma (Gruppo italiano screening mammografico), Gisci (Gruppo italiano screening del cervico carcinoma), Giscor (Gruppo italiano screening tumori colorettali).

Dal 2001 al 2003 è stato supportato dalla lega italiana per la lotta ai tumori (Lilt).

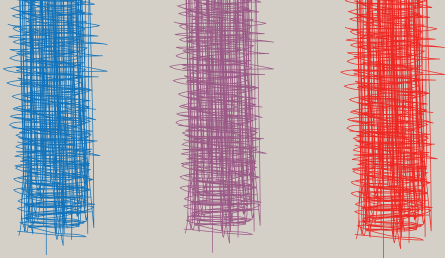
Dal 2004 è diventato l'organo tecnico per il monitoraggio e la promozione dei programmi di screening oncologico di riferimento delle Regioni e del ministero della Salute - Dipartimento della Prevenzione.

Membri dell'attuale Comitato esecutivo:

Direttore Ons: Marco Zappa, Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica Firenze, Regione Toscana

- Danilo Cereda, UO Governo della prevenzione e tutela sanitaria, Struttura tutela della persona, Regione Lombardia
- Gabriella Dardanoni, assessorato alla Salute, Regione Sicilia
- Paolo Giorgi Rossi, Servizio interaziendale di epidemiologia, Ausl Reggio Emilia
- Paola Mantellini, Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica Firenze, Regione Toscana
- Carlo Naldoni, Centro prevenzione oncologica Ravenna, Regione Emilia-Romagna
- Renato Pizzuti, Osservatorio epidemiologico regionale, assessorato alla Sanità, Regione Campania
- Nereo Segnan, Centro prevenzione oncologica Torino, Regione Piemonte
- Manuel Zorzi, Registro Tumori del Veneto, Padova





www.osservatorionazionalecreening.it

Il sistema di monitoraggio dei programmi organizzati permette anno dopo anno di rendere conto del numero di test fatti e degli esiti di questa attività di indagine precoce. Indicazioni preziose per orientare le scelte.