



I PROGRAMMI DI SCREENING IN ITALIA

cervicale • colorettaie • mammografico



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. Una vera e propria bussola che consente di orientare le scelte.

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 e Osservatorio nazionale screening.

Consulta i rapporti Ons (in italiano e in inglese) sul sito: www.osservatorionazionale screening.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

Chiara Fedato, 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

Daniela Giorgi, Azienda Usl 2, Uo Epidemiologia, Lucca

Livia Giordano, Centro di riferimento per l'epidemiologia e la prevenzione oncologica (Cpo) in Piemonte, Torino

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; Carla Cogo, Registro tumori Veneto, Iov-Ircss Padova;

Grazia Grazzini, Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (Ispo), Firenze

Coordinamento editoriale

Eva Benelli, agenzia di editoria scientifica Zadig

Creatività e impaginazione

Teresa Burzigotti • www.tessanetwork.net

Osservatorio nazionale screening

Presso Uo Epidemiologia clinica e descrittiva - 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.osservatorionazionale screening.it

Zadig editore

Via Arezzo 21, 00161 Roma – Tel. 06 8175644

segreteriaarm@zadig.it www.zadig.it

Finito di stampare nel mese di gennaio 2014 da Arti Grafiche La moderna, via di Tor Cervara 171, Roma

Introduzione	5
I numeri dello screening	10
Cervicale	11
Lo screening cervicale visto da Passi	14
Colorettale	18
Lo screening colorettale visto da Passi	22
Mammografico	26
Lo screening mammografico visto da Passi	32



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 coloretali).

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

- Gabriella Dardanoni, assessorato alla Salute, Regione Sicilia
- Carlo Naldoni, Centro prevenzione oncologica Ravenna, Regione Emilia-Romagna
- Eugenio Paci, Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica Firenze, Regione Toscana
- Maria Elena Pirola, Uo Governo della prevenzione e tutela sanitaria, Direzione Generale Sanità, Regione Lombardia, Asl 1 Milano
- Renato Pizzuti, Osservatorio epidemiologico regionale, assessorato alla Sanità, Regione Campania
- Nereo Segnan, Centro prevenzione oncologica Torino, Regione Piemonte
- Paolo Giorgi Rossi, Servizio interaziendale di epidemiologia, Ausl Reggio Emilia
- Manuel Zorzi, Istituto oncologico veneto - Irccs, Padova.

Più di 10 milioni di inviti, più di 5 milioni di esami: ma sempre troppo pochi nel Sud.

di Marco Zappa

I programmi organizzati di screening rappresentano una delle più vaste esperienze della sanità pubblica di iniziativa presenti oggi in Italia. Tra i punti di forza il sistema di monitoraggio che permette, anno dopo anno, di rendere conto non solo del numero di test fatti, ma anche degli esiti di questa attività in termini di lesioni tumorali significative trovate. Una vera e propria bussola che consente di orientare le scelte e programmare gli sviluppi dei programmi e dell'offerta assistenziale.

Gli screening organizzati, infatti, hanno messo a punto anche un'attività crescente di valutazione degli esiti in termini di salute determinati dai programmi stessi nelle popolazioni coinvolte. Sono inoltre impegnati a misurare l'impatto dell'offerta di screening sui livelli di disuguaglianza sociale. Probabilmente è la valutazione di esito più approfondita che esista nel nostro Paese. Questo rapporto breve si collega al XII convegno nazionale dell'Osservatorio nazionale screening e continua a raccontare, in una contingenza sociale e politico-istituzionale non facile, l'attività e i principali risultati dei programmi di screening.

Quali sono gli aspetti più significativi dell'ultimo anno di attività? In sintesi la situazione è caratterizzata da due aspetti contrastanti.

In primo luogo, ed è un aspetto positivo, il progressivo diffondersi (anche se lento) dei programmi. Come vedremo, complessivamente aumentano la copertura e la partecipazione. Nella situazione attuale, segnata dal rischio di un tendenziale disinvestimento in campo sanitario, è un segno di radicamento acquisito. Anzi, molte realtà del Centro e del Nord Italia (e i numeri che presentiamo lo confermano) ci segnalano che proprio l'attuale crisi economica spinge ad accettare l'invito del programma organizzato le persone che, magari, in precedenza tendevano a scegliere percorsi individuali a pagamento. Questo consolidamento dei programmi organizzati si avverte anche nei rapporti con le società

scientifiche dei clinici o, seppure in maniera altalenante, dai riscontri dei media.

Questa tendenza, tuttavia, non riguarda il Sud e le Isole. Purtroppo, a dispetto degli sforzi importanti compiuti in alcune Regioni meridionali, la situazione dei programmi organizzati continua ad apparire non agganciata al resto dell'Italia. Questo dato si ripete in maniera così uguale e costante nel tempo che si potrebbe dire che ormai: «non fa più notizia».

Il mancato decollo dei programmi di screening organizzati nel sud del Paese rimane una realtà nonostante il fatto che il sistema di valutazione del rispetto dei Livelli essenziali di assistenza (che nel caso degli screening oncologici si basa sul sistema di rilevazione dell'Ons) funzioni. Nel senso che le istituzioni regionali sono regolarmente avvertite delle carenze, senza che le cose cambino. È come se la bussola, pur indicando la direzione giusta, non riuscisse a far mettere in moto i cambiamenti.

Anche i dati raccolti dal sistema di sorveglianza Passi (che pubblichiamo nella seconda parte di questo rapporto) non solo confermano questo andamento, ma continuano a segnalare il punto principale di disuguaglianza fra Centro Nord e Sud. Non ci stancheremo di far notare che i dati Passi ci dicono che la percentuale di donne che ricorre alle prestazioni di diagnosi precoce a pagamento su iniziativa personale è sostanzialmente simile nelle tre macroaree geografiche. Quello che fa la differenza nella copertura generale è la quantità di persone che esegue l'esame in seguito a un test gratuito all'interno di un programma organizzato.

A questo aumento di lettere di invito ha corrisposto anche un aumento di esami effettuati: la soglia dei 5 milioni di esami è stata superata (esattamente 5.017.184). A parte lo screening cervicale, tuttavia, gli aumenti di attività sono tutti a carico del Centro e del Nord Italia.

■ Screening cervicale

Per questo tipo di screening (che fino a oggi ha coinvolto le donne di età compresa fra i 25-64 anni) si osserva nel 2012 un marcatissimo aumento della

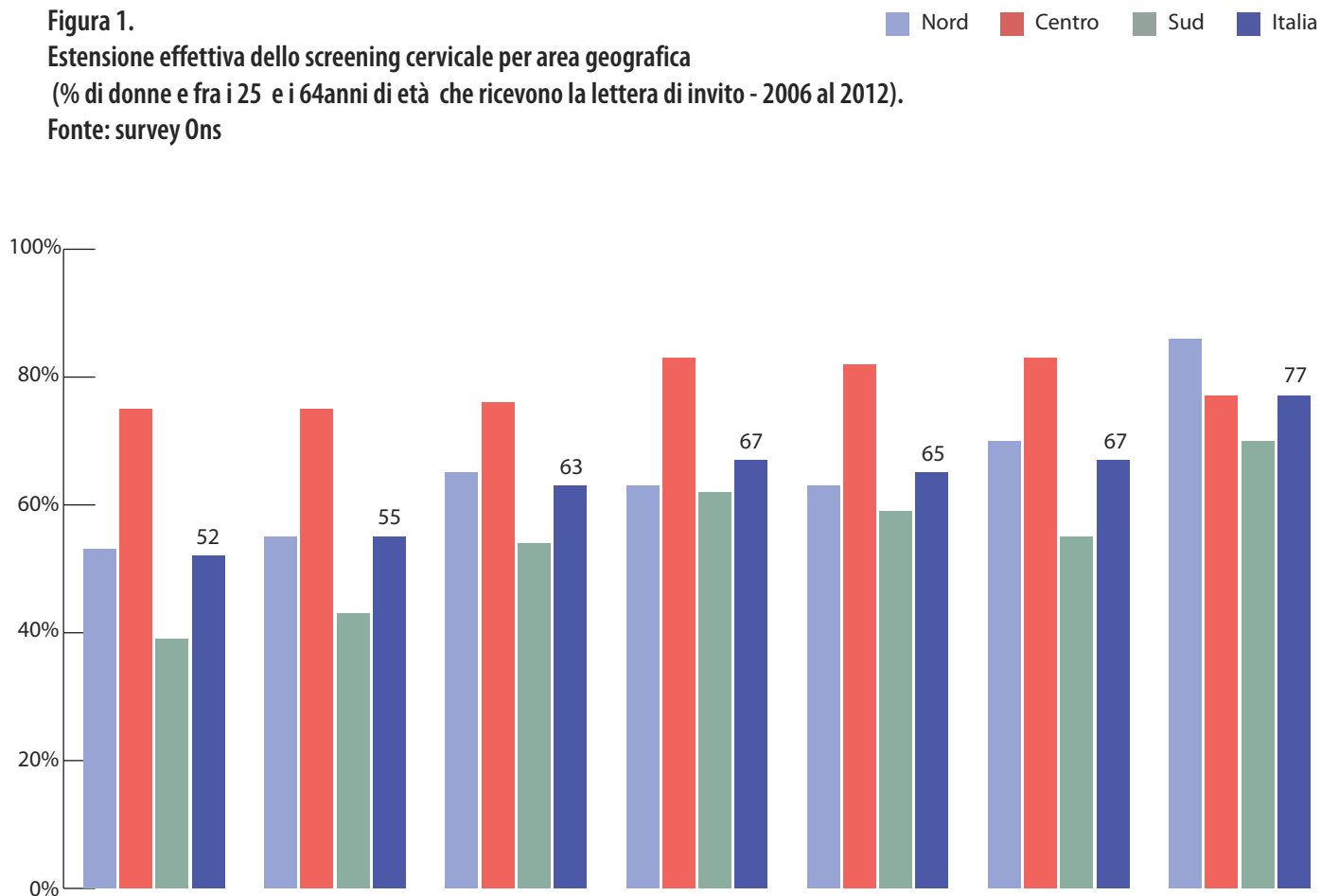
copertura effettiva: risultano invitate poco meno di 4 milioni di donne (3.893.773) con un aumento rispetto al 2011 di oltre 368.000 inviti (10.5%). Questo fenomeno, così significativo, andrà monitorato con attenzione anche nel futuro.

Figura 1.

Estensione effettiva dello screening cervicale per area geografica

(% di donne e fra i 25 e i 64anni di età che ricevono la lettera di invito - 2006 al 2012).

Fonte: survey Ons



Come si può osservare, questo aumento di 10 punti percentuali rispetto al 2011 riguarda tutte e tre le macroaree, ma in particolare il Sud che arriva invitare 7 donne su 10 della popolazione bersaglio.

Questo grande aumento di inviti non ha portato a un aumento paragonabile di esami effettuati, che infatti sono stati solo 1.686.501, pari al 3,9% in più rispetto al 2011.

Il pap test è un test di prevenzione con una lunga storia (gloriosa) alle spalle ma, probabilmente come test primario il suo ruolo si avvia a scomparire nei prossimi anni. Infatti facendo seguito a un percorso virtuoso che è partito dalla ricerca scientifica basata sui programmi di screening, a una valutazione di Health Technology

Assessment, e alle indicazioni del documento di indirizzo dell'Ons (vedi www.osservatorionazionalecervicale.it) molte Regioni hanno già o sono prossime a deliberare il passaggio dal pap test all'Hpv (con intervallo quinquennale). Questo rapporto riporta i primi passi di questo cambiamento. Nel corso del 2012 più di 300.000 donne (l'8% della popolazione target) sono state invitate allo screening cervicale mediante Hpv e il 42% ha accettato l'invito.

Nel 2013 questo numero crescerà notevolmente. L'Italia, insieme all'Olanda, è il primo Paese che opera in Europa un cambiamento così radicale e certamente rappresenta un segnale incoraggiante di capacità di cambiare.

■ Screening colorettaile

Complessivamente nel 2012 sono state invitate oltre 4 milioni di persone (4.066.942) di età compresa tra i 50 e i 69 anni, di queste circa 50.000 persone hanno ricevuto un invito alla rettosigmoidoscopia (ricordiamo che in quasi tutta l'Italia si ricorre alla ricerca

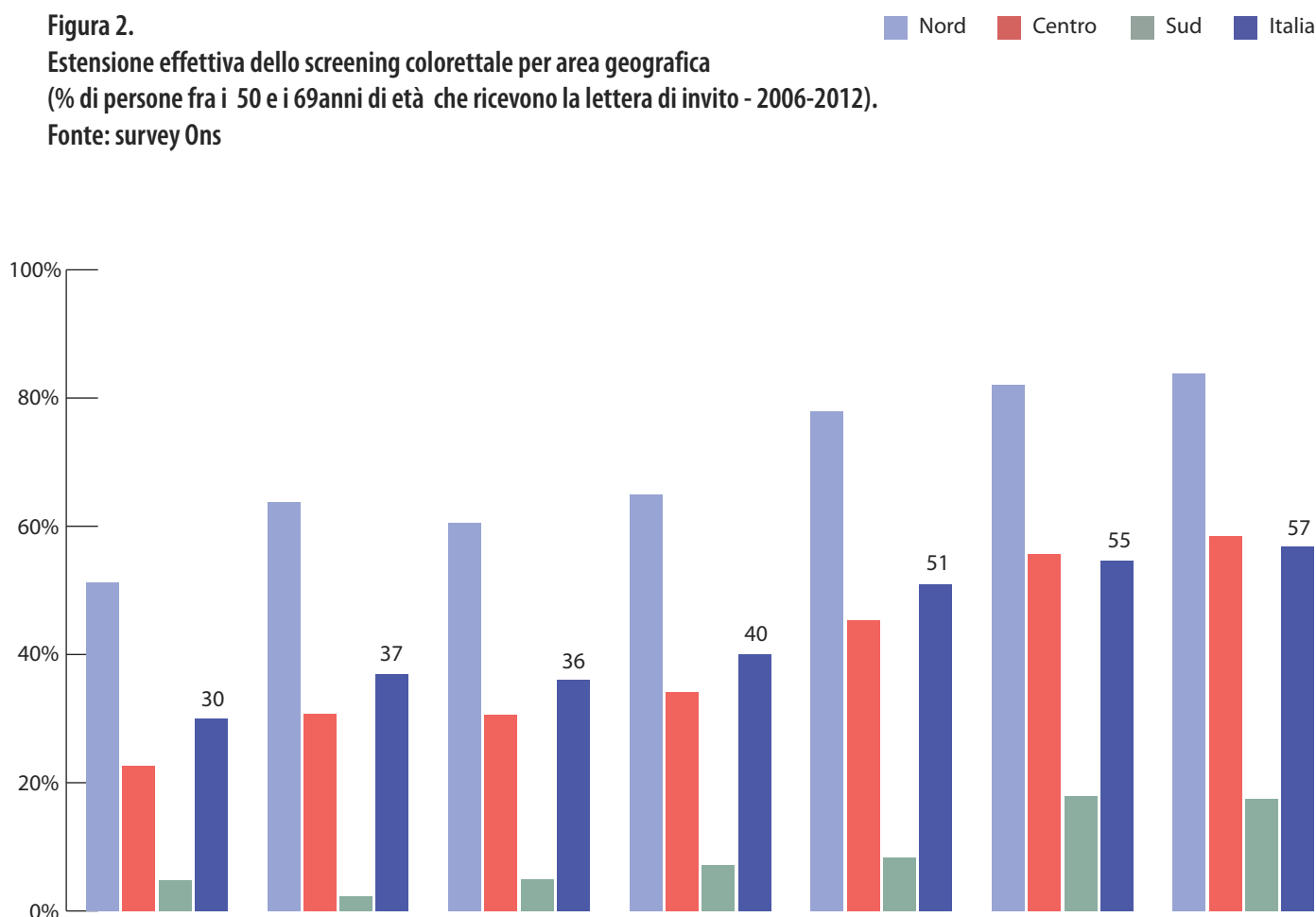
del sangue occulto con intervallo biennale dai 50 ai 69/74 anni di età, mentre il Piemonte vede la proposta della rettosigmoidoscopia una volta nella vita a 58 anni di età e della ricerca del sangue occulto per coloro che non accettano la rettosigmoidoscopia). Si registra, quindi, un forte aumento rispetto al 2011: 333.000 persone, quasi il 9% in più.

Figura 2.

Estensione effettiva dello screening colorettaile per area geografica

(% di persone fra i 50 e i 69anni di età che ricevono la lettera di invito - 2006-2012).

Fonte: survey Ons



Come si può vedere, nel 2012 si mantiene il *trend* di espansione di questo programma di screening e complessivamente si raggiunge il 57%. Nel Nord quasi 8 persone su 10 sono regolarmente invitate, quasi 6 su 10 nel Centro e, purtroppo, meno di 2 su 10 nel Sud Italia, un valore quest'ultimo in sostanziale stabilità con

l'anno precedente. Anche il numero di esami effettuati in seguito a invito mostra un aumento rispetto al 2011 (114.000 esami +6,7%) anche se non così marcato come il numero di inviti. Questo tipo di screening, che riguarda sia le donne sia gli uomini, è ormai quello fra i tre che coinvolge più persone.

■ Screening mammografico

Anche la figura 3 riporta quella che chiamiamo estensione effettiva, cioè la percentuale di persone invitate con regolarità temporale rispetto alla popolazione bersaglio annuale una volta tolte le persone che per precedente patologia non dovevano essere invitate.

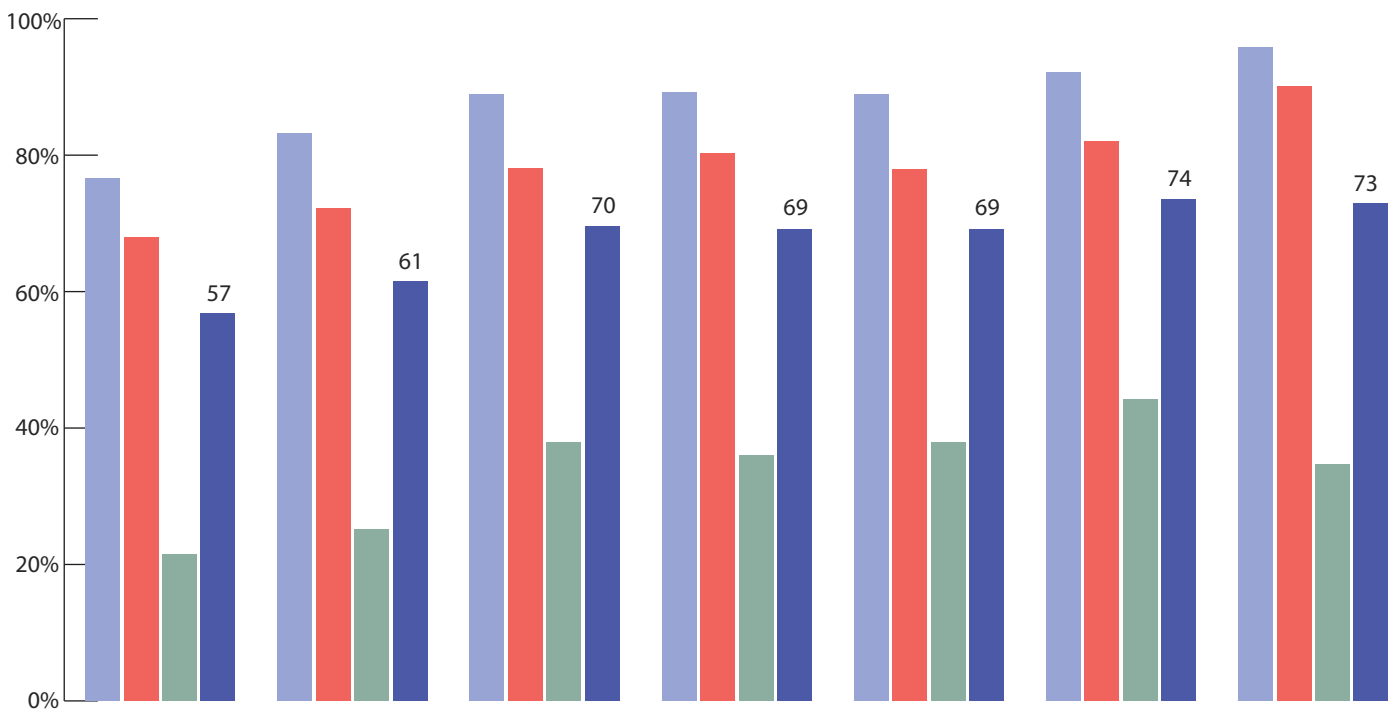
Come si può vedere, per quanto riguarda gli inviti si ha un leggero calo nel 2012 rispetto al 2011. Comunque complessivamente quasi 3 donne su 4 vengono rego-

larmente invitate. Questo valore raggiunge e supera le 9 donne su 10 (praticamente tutte) nel Centro-Nord, con un aumento rispetto al 2011, mentre per quanto riguarda il Sud e le isole il 2012 registra una diminuzione degli inviti del 15,8% (89.500 inviti).

Nonostante questa leggera diminuzione complessiva degli inviti è degno di segnalazione che il numero di donne che hanno fatto una mammografia in seguito all'invito è salito di 36.000 unità (+2,5%) indicando che la partecipazione è leggermente aumentata.

Figura 3.
Estensione effettiva dello screening mammografico per area geografica
(% di donne di età 50-69 anni che ricevono la lettera di invito - 2006-2012)
Fonte: survey Ons

■ Nord ■ Centro ■ Sud ■ Italia



In leggero aumento è anche il numero di donne invitate e partecipanti sopra i 70 anni e fra 45-49 anni (ancora oggi, tuttavia, solo l'Emilia-Romagna e il Piemonte danno un contributo significativo).

L'indicazione dell'ultimo Piano nazionale della prevenzione di estendere l'invito alle donne della fascia di età più giovane, quindi, non è stata seguita dai fatti in gran parte del Paese.



*I programmi organizzati di screening
rappresentano una delle più vaste
esperienze della sanità pubblica di iniziativa
presenti oggi in Italia*

I NUMERI DEGLI SCREENING

Presentiamo in questa sezione i tre programmi di screening (cervicale, mammografico e coloretale). I dati presenti nelle pagine dello screening mammografico e coloretale sono stati forniti dai singoli programmi attraverso una scheda di raccolta dati standardizzata. Le informazioni contenute in ciascuna scheda, validate dai rispettivi centri regionali di riferimento, vengono poi aggregate a livello nazionale dall'Osservatorio nazionale screening (che ha sede presso l'Ispe di Firenze) su mandato del ministero della Salute.

I dati relativi allo screening del cancro del collo dell'utero sono stati forniti dai singoli programmi operativi sul territorio nazionale e riguardano l'attività degli anni dal 2006 al 2012, validati dai rispettivi Centri regionali di riferimento e quindi aggregati a livello nazionale ed elaborati dal Centro di riferimento per l'epidemiologia e la prevenzione (Cpo) in Piemonte, su incarico del ministero della Salute, delegato dall'Osservatorio nazionale screening.

Il monitoraggio dell'attività utilizza come riferimento gli indicatori di qualità per la valutazione dei programmi di screening, definiti, rispettivamente, dal Gruppo italiano screening del cervicocarcinoma (Gisci), dal Gruppo italiano screening mammografico (Gisma) e dal Gruppo italiano per lo screening dei tumori coloretali (Giscor). 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 2010-12 sono state realizzate in totale 111.418 interviste, di cui: 36.617 a uomini e donne nella fascia di età 50-69 anni (popolazione target per lo screening dei tumori del colon retto), 19.538 a donne nella fascia di età 50-69 anni (popolazione target per lo screening dei tumori della mammella) e 43.118 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.

Dati di attività nei trienni 2006-2008, 2009-2011 e nel 2012.

Come mostra la tabella 1, rispetto al precedente (2006-2008) il triennio 2009-2011 evidenzia complessivamente una lieve accelerazione dell'attività, con un aumento sia degli inviti sia dell'adesione. Aumento confermato anche nel 2012.

Anno attività	2006-2008	2009-2011	2012
Numero di donne che hanno fatto screening	4.303.218	4.523.802	1.686.501
Proporzione di donne che hanno aderito all'invito	39%	40%	41%
Lesioni con istologia CIN2+ individuate	11.486	13.419	

Tabella 1.
Risultati principali nei trienni 2006-2008 e 2009-2011 e nell'anno 2012

La tabella 2 illustra come l'adesione all'invito sia superiore tra le donne con più di 45 anni. A livello nazionale il triennio 2009-11 evidenzia un lieve aumento dell'adesione, proseguito anche nel 2012.

Fasce d'età	<25-34	35-44	45-54	55->65	Totale
2006-2008	36%	41%	43%	44%	41%
2009-2011	36%	41%	43%	43%	41%
2012	37%	42%	43%	41%	41%

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

I dati della tabella 3 confermano che gli indicatori di qualità sono in maggioranza sostanzialmente stabili a un buon livello. La proporzione di Pap-test insoddisfacenti (che comunque rispettano ampiamente gli standard) è lievemente aumentata nel triennio 2009-2011. È lievemente aumentata anche la proporzione di donne invitate in colposcopia, ma in parallelo è aumentato il tasso di identificazione delle lesioni che richiedono un trattamento (quelle con istologia CIN2 o più grave, CIN2+), cosicché è restata invariata la probabilità che una donna inviata in colposcopia abbia effettivamente una lesione che richiede un trattamento.

È aumentata ulteriormente l'adesione alla colposcopia, che ora supera i livelli accettabili per le donne invitate per qualunque alterazione citologica (colposcopia per ASCUS+) ma i livelli rimangono accettabili se si considerano in particolare le donne che presentavano le alterazioni più gravi (colposcopia per HSIL+).

Anno attività	2006-2008	2009-2011
Proporzione di pap test inadeguati standard di qualità Gisci: desiderabile: < 5% accettabile: < 7%	3%	3,1%
Proporzione di donne invitate in colposcopia per qualsiasi causa	2,4%	2,5%
Proporzione di donne che hanno aderito alla colposcopia per citologia ASCUS+ Standard di qualità Gisci: desiderabile: ≥ 90% accettabile: ≥ 80%	83,1%	86,2%
Proporzione di donne che hanno aderito alla colposcopia per citologia HSIL+ Standard di qualità Gisci: desiderabile: ≥ 95% accettabile: ≥ 90%	88,7%	89,2%
Probabilità di avere una lesione con istologia CIN2 o più grave (CIN2+) tra le donne che hanno fatto una colposcopia per citologia ASCUS+	16%	15,8%
Numero di colposcopie necessarie per individuare la presenza di istologia CIN2+	6,2	6,3
Lesioni con istologia CIN2+ individuate ogni 1000 donne che hanno fatto lo screening	2,9	3,2

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 da Nord a Sud anche il tasso di identificazione di lesioni con istologia CIN2 o più grave.

Tuttavia la proporzione di donne invitate in colposcopia è stata maggiore al Sud che nelle altre Regioni. Di conseguenza al Sud sono state necessarie più colposcopie per identificare una di queste lesioni. Queste differenze si sono ridotte molto marginalmente nel triennio 2009-11.

Tabella 4.
Principali indicatori per area geografica

Area	Nord		Centro		Sud e Isole	
	2006-08	2009-11	2006-08	2009-11	2006-08	2009-11
Proporzione di donne che hanno aderito all'invito	47%	49%	39%	38%	27%	28%
Proporzione di Pap test inadeguati	3,2%	3,2%	2,5%	2,4%	3%	4%
Proporzione di donne invitate in colposcopia per qualsiasi causa	2,5%	2,6%	1,9%	1,9%	2,9%	2,8%
Probabilità di avere una lesione con istologia CIN2 o più grave (CIN2+) tra le donne che hanno fatto una colposcopia per citologia ASCUS o più grave	16,9%	16,8%	19,8%	21,2%	10,6%	10%
Numero di colposcopie necessarie per individuare la presenza di una lesione con istologia CIN2+	5,9	6	5	4,7	9,5	10
Lesioni con istologia CIN2+ individuate ogni 1000 donne che hanno fatto lo screening	3,3	3,6	2,7	3,3	2,1	2,2

Nel 2013 diciannove programmi di screening hanno adottato la ricerca del Dna di tipi "ad alto rischio" di papillomavirus umano (Hpv) come test primario di screening.

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. L'adesione è stata del 42%, lievemente superiore a quella generale all'invito allo screening. Il 7,7% delle aderenti è risultato positivo al test.

Area	Nord	Centro	Sud e isole	Italia
% di donne invitate a screening con ricerca Hpv come test primario	9,3%	4%	9,2%	8,1%
Adesione al test Hpv	50,5%	36,4%	31,1%	42%
% di positive al test Hpv tra le aderenti	6,7%	5,1%	11,1%	7,7%

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

LO SCREENING CERVICALE VISTO DA «PASSI»

Sulla base dei dati raccolti dal sistema di sorveglianza Passi, si stima che in Italia nel 2010-12 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 (85%) e al Centro (83%), mentre è più bassa al Sud (64%).

Tra le Regioni che partecipano a Passi sono presenti significative differenze (range: 55% Calabria - 89% P. A. Bolzano), evidenziate nella figura 3.

Il sistema Passi informa sulla copertura complessiva al test, 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 di donne 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 sovrapponibile a quella all'interno dei programmi organizzati (rispettivamente 38% e 39%). Anche in questo caso sono presenti differenze significative tra le Regioni (range: 8% Basilicata - 69% Liguria).



Nel corso del 2012 più di 300.000 donne sono state invitate allo screening cervicale mediante Hpv e il 42% ha accettato l'invito

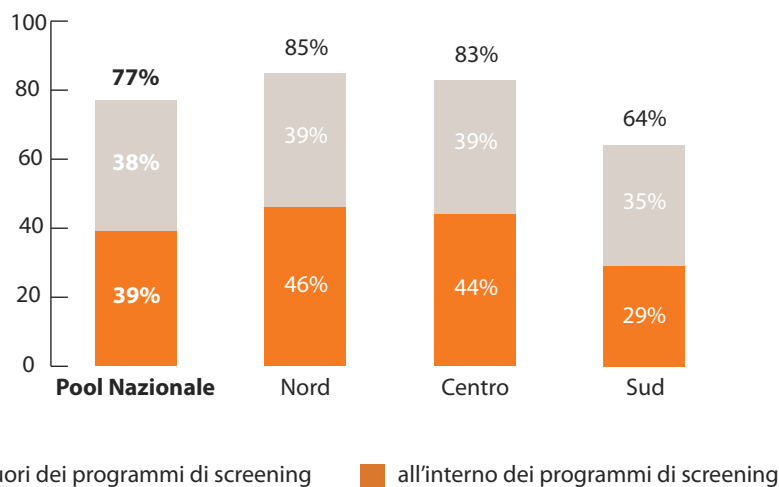


Figura 1.
Copertura al test preventivo negli ultimi 3 anni donne 25-64enni (%) Passi 2010-12 (n. 43.118)

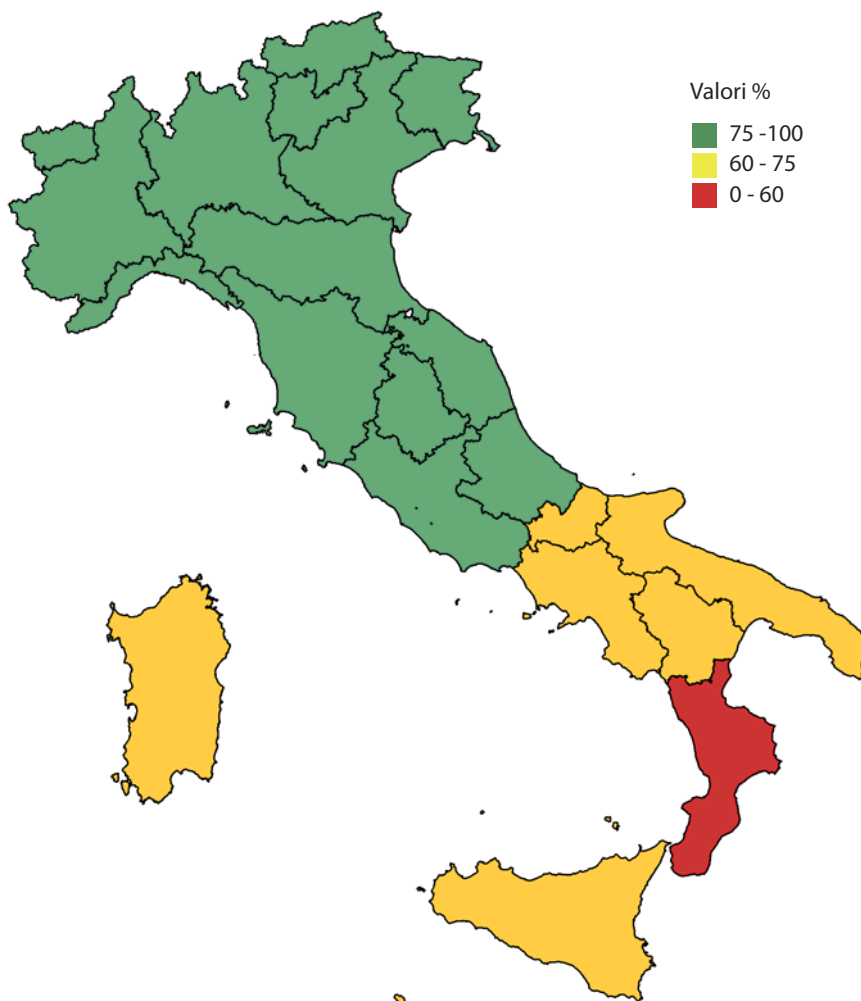
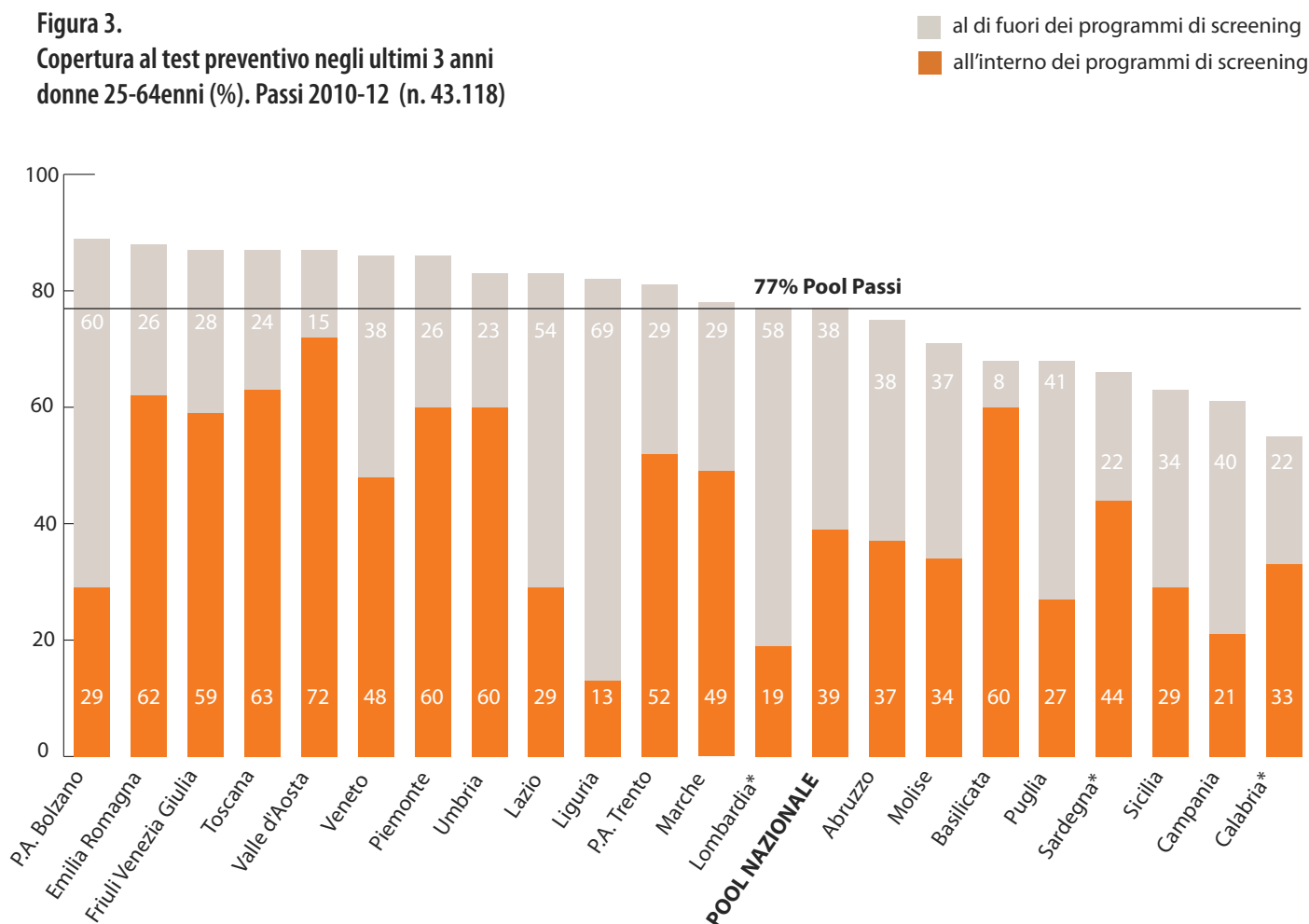


Figura 2.
Copertura al test preventivo negli ultimi 3 anni donne 25-64enni (%) Passi 2010-12 (n. 43.118)

Figura 3.
Copertura al test preventivo negli ultimi 3 anni
donne 25-64enni (%). Passi 2010-12 (n. 43.118)



*Regioni che non hanno aderito con un campione regionale

La percentuale di donne che hanno eseguito un test di screening preventivo nei tempi raccomandati appare complessivamente in lieve aumento nel corso degli anni 2008-12, come indica la figura 4 nella pagina a fianco. Nel periodo considerato rimangono comunque le differenze tra Nord-Centro e Sud descritte nella figura 5.

Il confronto tra organizzato e spontaneo: il pagamento come indicatore

La stima della copertura dentro e fuori i 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 il Pap test in percentuale maggiore rispetto alle non rispondenti.

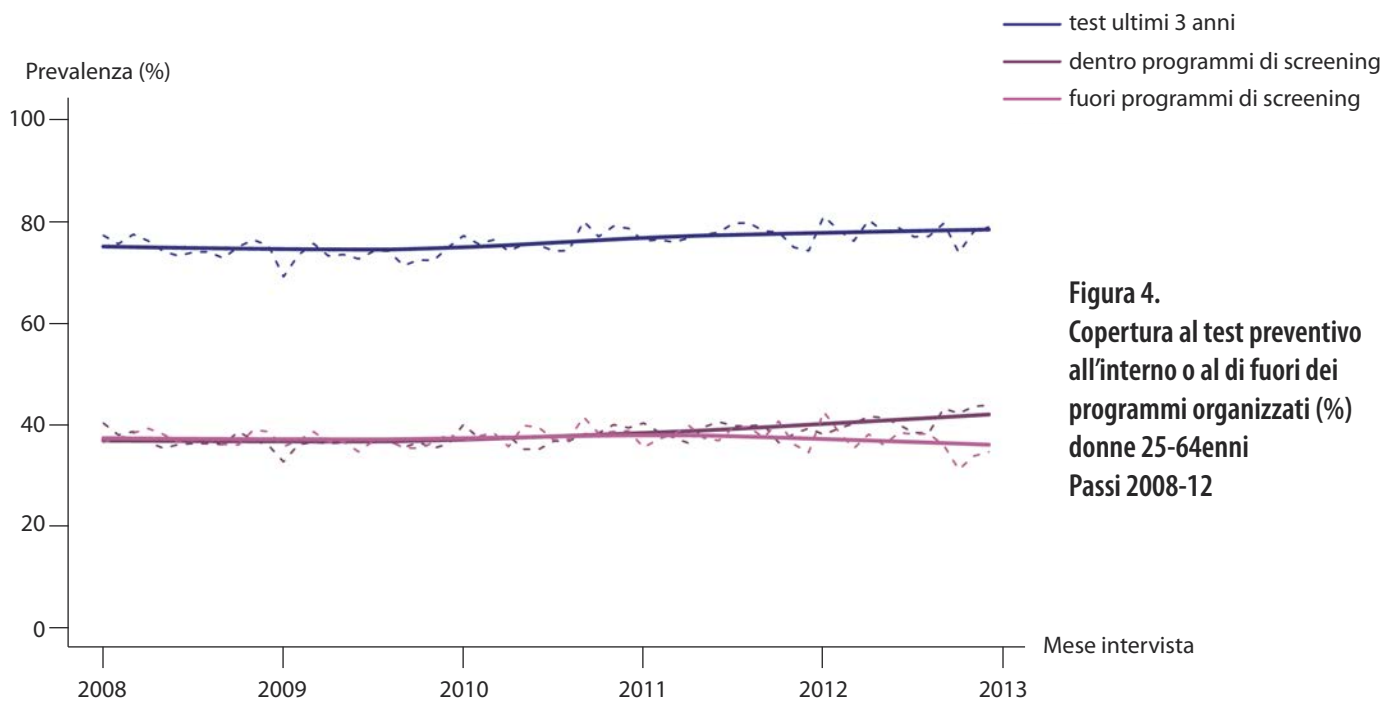


Figura 4.
Copertura al test preventivo all'interno o al di fuori dei programmi organizzati (%) donne 25-64enni Passi 2008-12

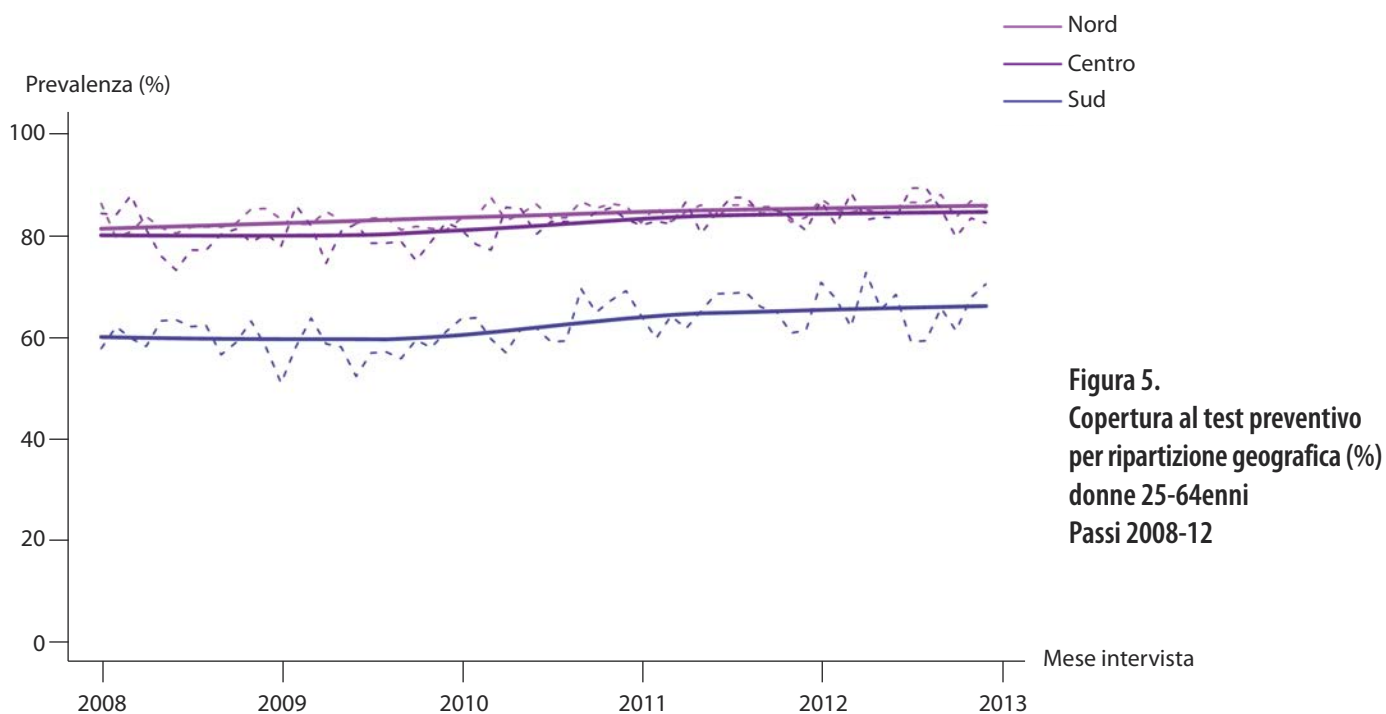


Figura 5.
Copertura al test preventivo per ripartizione geografica (%) donne 25-64enni Passi 2008-12

Dati di attività nei bienni 2006-07, 2008-09, 2010-11 e nel 2012

Rispetto ai bienni precedenti, nel 2010-11 l'attività di screening ha visto una notevole espansione, arrivando a invitare complessivamente circa sette milioni e settecentomila persone, con un'adesione all'invito del 47%. Nel solo 2012 gli invitati sono stati più di quattro milioni, con un'adesione del 47%. 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 duecentomila nel 2010-11, con quote crescenti di soggetti che in passato avevano già aderito allo screening (dal 20% nel 2007 al 60% nel 2011).

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 Sof. Risultati principali nei bienni 2006-07, 2008-09, 2010-11 e nel 2012**

	2006-2007	2008-2009	2010-2011	2012	Standard accettabile GISCoR
Numero di persone invitate	4.693.213	5.658.326	7.751.779	4.018.489	-
Numero di persone sottoposte a screening	2.058.544	2.627.459	3.244.363	1.770.520	-
Adesione corretta all'invito	44%	46%	47%	46%	>45%
Numero di persone con test positivo richiamate a colonscopia	111.538	133.868	156.315	-	-
Proporzione di persone con test positivo	5,4%	5,1%	4,8%	-	Primo esame: <6% Esami successivi: <4,5%
Proporzione di aderenti all'approfondimento	80%	79%	81%	-	>85%
Numero di colonscopie totali	89.059	106.256	126.512	-	-
Proporzione di colonscopie complete	89%	90%	90%	-	>85%
Numero di carcinomi individuati	4.949	4.998	5.705	-	-
Tasso di identificazione dei carcinomi (x 1000 sottoposti a screening)	2,4‰	1,9‰	1,8‰	-	Primo esame: >2‰ Esami successivi: >1‰
Numero di adenomi avanzati individuati	23.282	26.060	29.367	-	-
Tasso di identificazione degli adenomi avanzati (x 1000 sottoposti a screening)	11,3‰	9,9‰	9,1‰	-	Primo esame: >7,5‰ Esami successivi: >5‰

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

2010-11					
Fascia d'età	50-54	55-59	60-64	65-69	Totali
Uomini	41%	45%	49%	48%	45%
Donne	47%	51%	52%	50%	50%

Tabella 2.
Programmi Sof. 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.

Tabella 3.
Tempi di attesa dei programmi Sof nei bienni 2006-07, 2008-09 e 2010-11

	2006-2007	2008-2009	2010-2011	Standard accettabile GISCoR
Percentuale di persone che eseguono l'approfondimento entro 30 giorni dal test positivo	54%	46%	51%	>90%
Percentuale di persone sottoposte a intervento chirurgico entro 30 giorni dalla diagnosi	63%	59%	52%	>90%

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 2011), una popolazione con una prevalenza di lesioni inferiore rispetto ai soggetti al primo episodio di screening. Questo andamento è assente nel Sud-Isole, dove i programmi sono di più recente attivazione, e compare in maniera meno netta nelle Regioni del Centro.

Tabella 4.

Outcome dei programmi Sof per macroarea nei bienni 2006-07, 2008-09, 2010-11 e nel 2012. Età 50-69 anni

	Nord				Centro				Sud - Isole			
	2006-07	2008-09	2010-11	2012	2006-07	2008-09	2010-11	2012	2006-07	2008-09	2010-11	2012
Numero di persone sottoposte a screening	1.663.896	2.067.210	2.511.733	1.324.528	352.629	455.568	621.454	337.613	71.274	134.743	133.793	108.379
Adesione grezza all'invito	44%	47%	50%	50%	49%	47%	43%	40%	30%	41%	27%	27%
Proporzione di persone con test positivo	5,5%	5,1%	4,6%		4,7%	4,8%	4,7%		6,9%	6,4%	5,5%	
Tasso di identificazione dei carcinomi	2,7‰	1,9‰	1,6‰		2,2‰	1,7‰	1,9‰		0,6‰	1,6‰	2‰	
Tasso di identificazione degli adenomi avanzati	13,2‰	10,5‰	9,1‰		8,9‰	7,6‰	8‰		2,2‰	6,5‰	7,2‰	

Rettosigmoidoscopia: la prevenzione a intervalli lunghi

I programmi che utilizzano la Rettosigmoidoscopia sono 10 e complessivamente hanno esaminato circa 12.800 persone nel 2011 e 12.600 nel 2012. L'adesione media all'invito è inferiore al 25%, minore quindi 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 si sta progressivamente riducendo e si avvicina allo standard di riferimento. Nel 2011 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.
Rettosigmoidoscopia: risultati principali dal 2008 al 2012

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

Lo screening colorettaie visto da «Passi»

Sulla base dei dati raccolti dal sistema di sorveglianza Passi, si stima che in Italia nel 2010-12 il 37% 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 mostrano le figure 1 e 2 la copertura per la diagnosi precoce dei tumori colorettaie indica un marcato gradiente geografico: 57% al Nord, 39% al Centro e 16% al Sud, con significative differenze regionali (range: 12% Sicilia - 70% Emilia-Romagna).



Nel Nord quasi 8 persone su 10 sono regolarmente invitate, quasi 6 su 10 nel Centro e meno di 2 su 10 nel Sud Italia

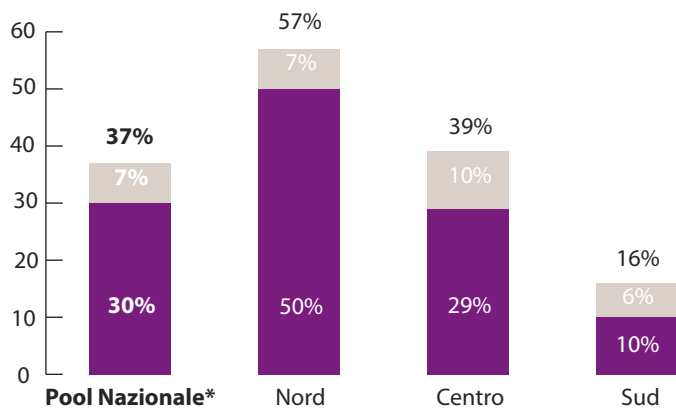


Figura 1.
Esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati* (%) Persone 50-69enni Passi 2010-12 (n. 36.617)

■ al di fuori dei programmi di screening ■ all'interno dei programmi di screening

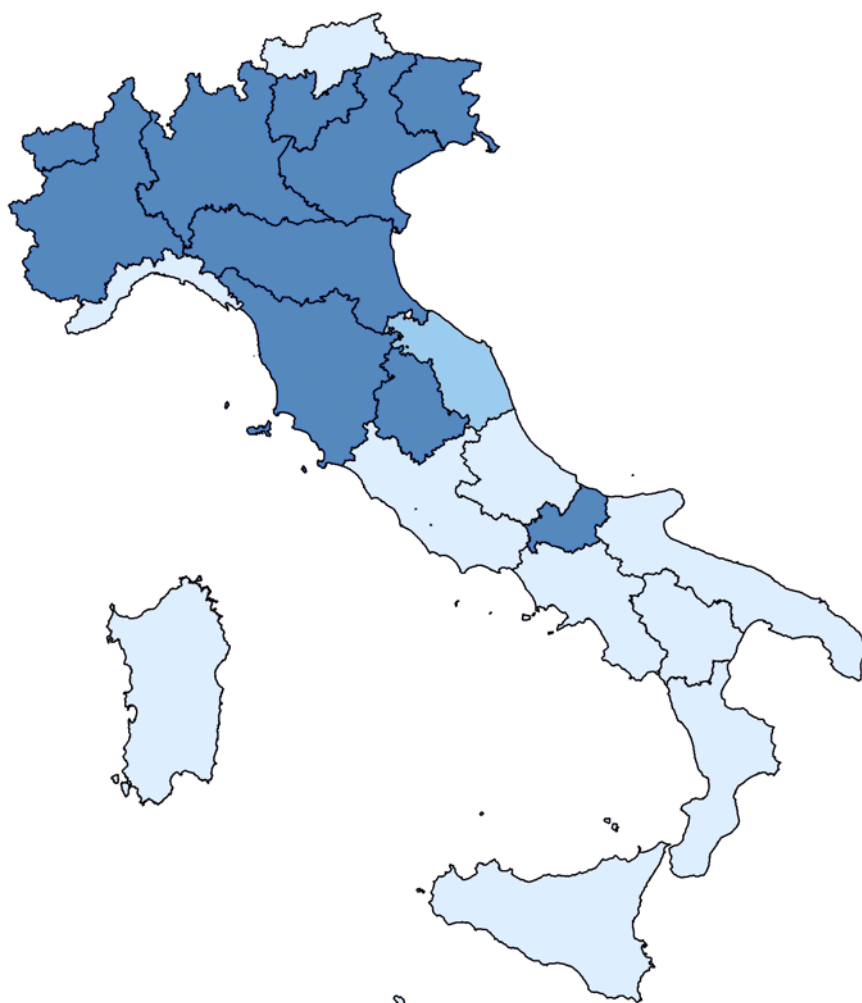
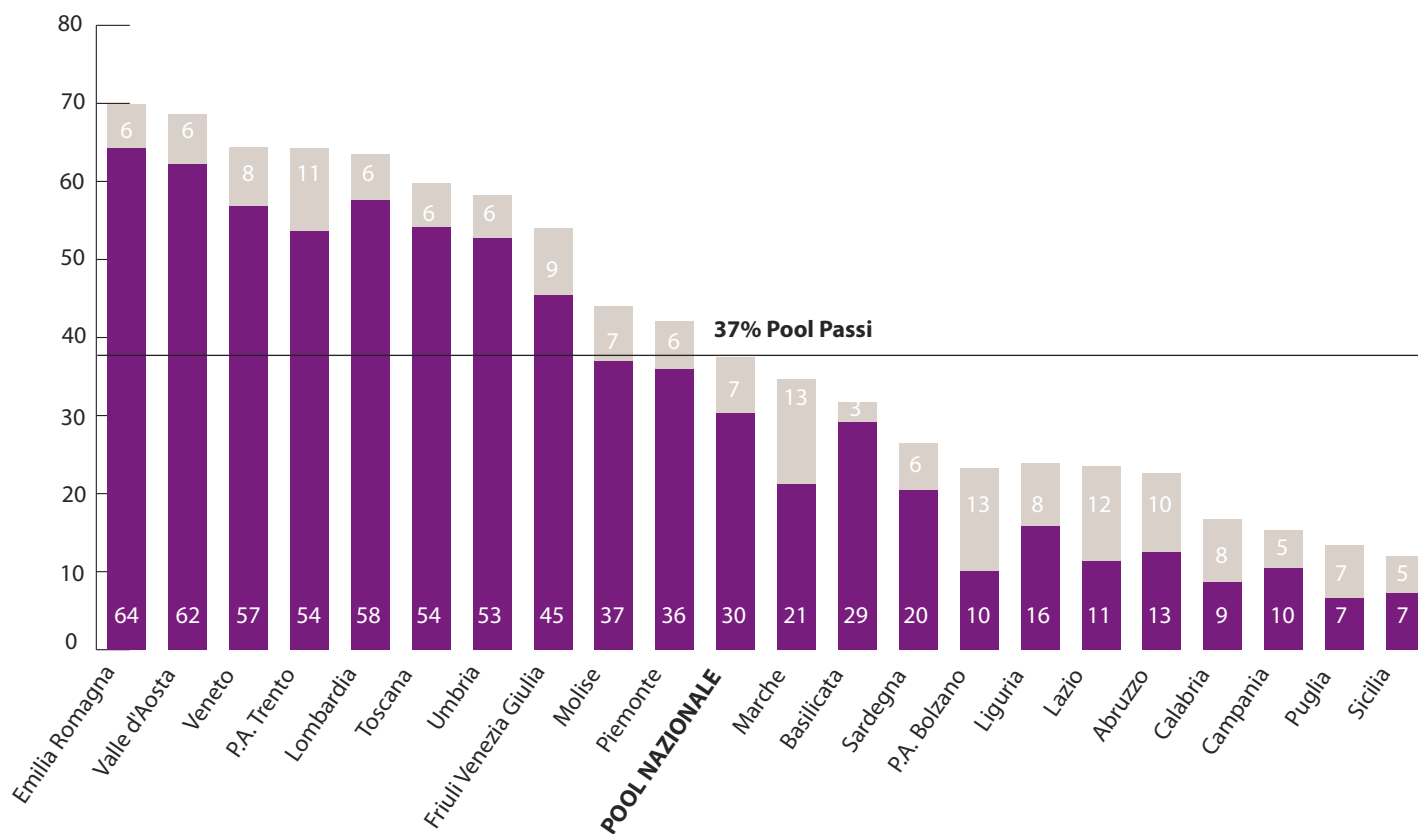


Figura 2.
Esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati* (%) Persone 50-69enni Passi 2010-12 (n. 36.617)

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

Figura 3.
Esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati* (%)
Persone 50-69enni. Passi 2010-12 (n. 36.617)

■ al di fuori dei programmi di screening
 ■ all'interno dei programmi di screening



Nel corso degli anni 2008-12 la percentuale di persone che hanno riferito un esame per la prevenzione dei tumori colorettali appare complessivamente in aumento. Questo andamento è attribuibile essenzialmente alla quota all'interno dello screening organizzato, come illustra la figura 4 e si registra in tutte le ripartizioni geografiche, in particolare al Nord e al Centro (figura 5).

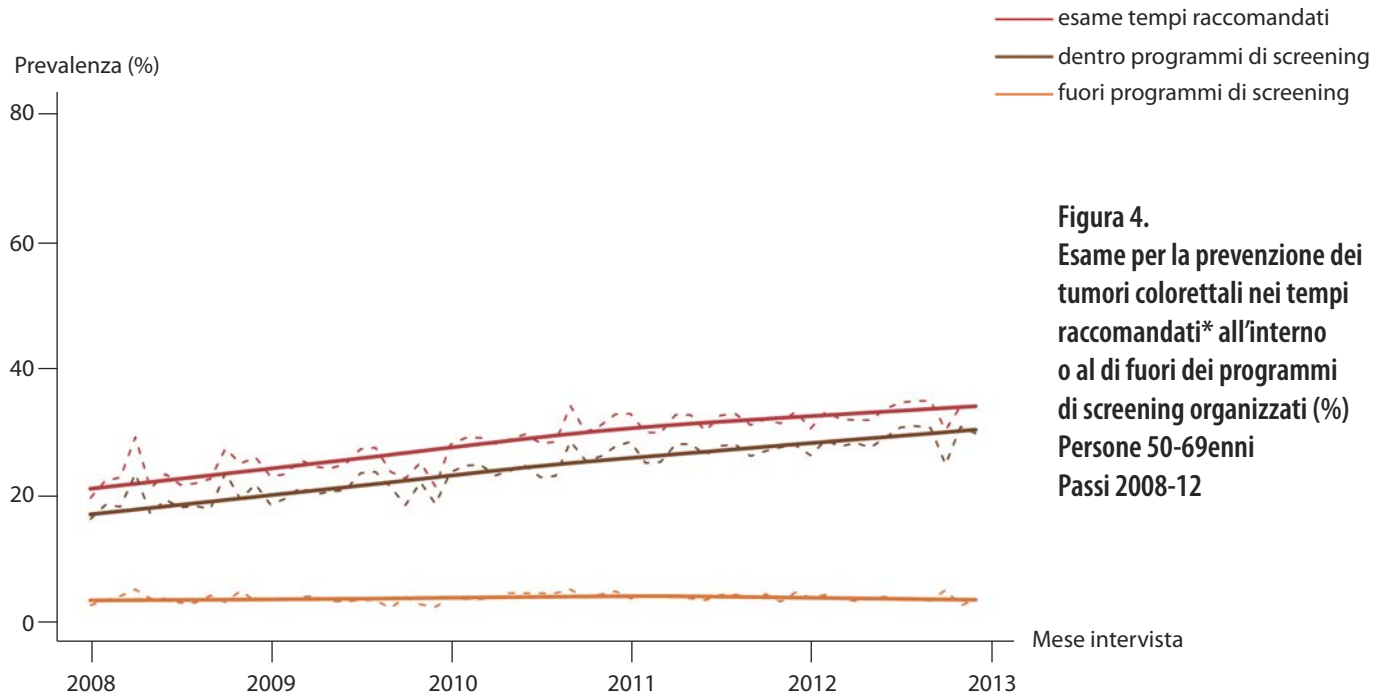


Figura 4.
Esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati* all'interno o al di fuori dei programmi di screening organizzati (%)
Persone 50-69enni
Passi 2008-12

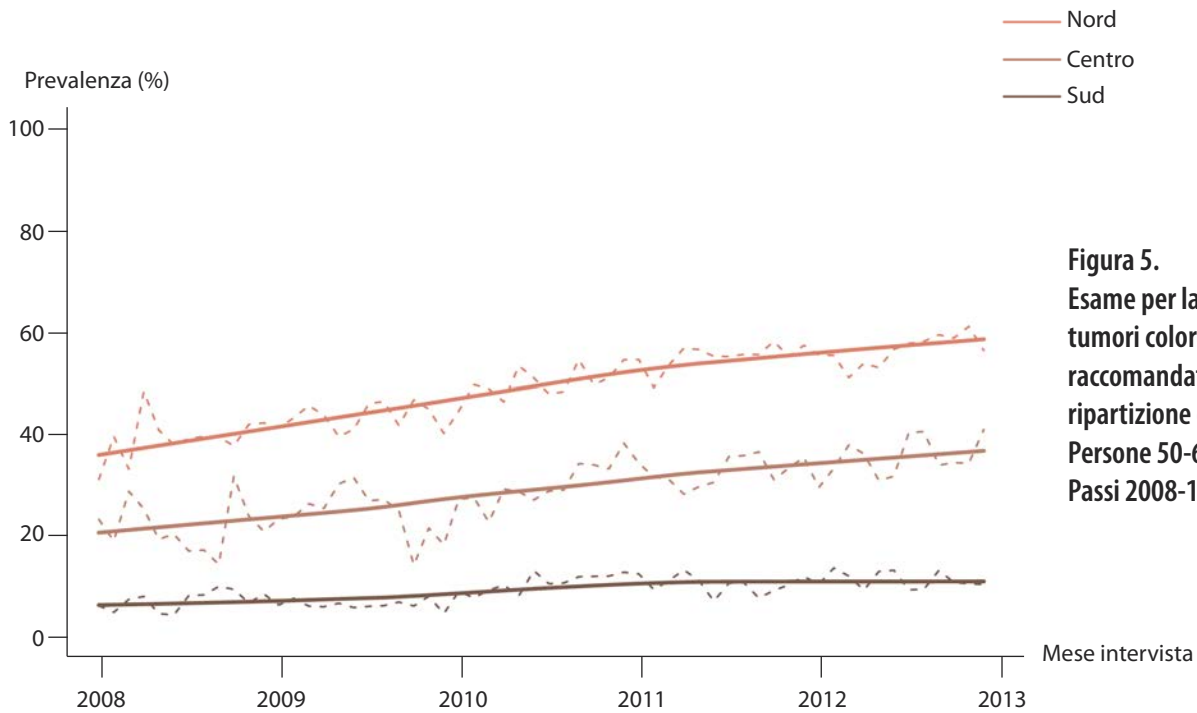


Figura 5.
Esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati* per ripartizione geografica (%)
Persone 50-69enni
Passi 2008-12

* 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).

Dati di attività dal 2008 al 2012

I dati in tabella 1 mostrano un incremento nel numero di donne italiane invitate a effettuare una mammografia nel biennio 2010-2011 rispetto al precedente: si passa da oltre 4.935.000 donne a più di 5.150.000, pari a un aumento del 4,4%. Nel 2012 il numero di donne invitate è simile all'anno precedente (l'incremento è inferiore all'1%).

L'adesione all'invito sembra evidenziare una lieve crescita nell'ultimo anno (2012) con un valore che supera il 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 12.000 unità nel biennio 2010-11 (contro circa 1.700 lesioni benigne), con un tasso di identificazione dei tumori abbastanza stabile negli ultimi due periodi: quasi 5 casi ogni 1.000 donne sottoposte a screening.

	2008-2009	2010-2011	2012
Numero totale di donne invitate	4.935.484	5.150.652	2.611.719
Numero di donne aderenti all'invito *	2.725.194	2.842.013	1.500.537
Adesione all'invito	55%	55%	57,5%
Classi di età			
50-54	52%	52%	54%
55-59	59%	58%	58%
60-64	59%	60%	61%
65-69	56%	57%	59%
Numero di donne esaminate (nel periodo considerato) **	2.690.442	2.772.433	
Numero di donne richiamate per approfondimenti	166.141	149.476	
Percentuale di donne richiamate per approfondimenti	6,2%	5,4%	
Numero di biopsie benigne	1.933	1.722	
Numero di carcinomi diagnosticati allo screening	12.154	12.392	
Numero di carcinomi duttali in situ diagnosticati allo screening	1.508	1.499	
Numero di carcinomi invasivi ≤ 10 mm diagnosticati allo screening	3.423	3.715	

Tabella 1.
Dati nazionali di attività di screening mammografico 2008-2012

* numero di donne che hanno accettato di fare una mammografia in seguito ad invito effettuato nel periodo considerato

** numero di donne che hanno effettuato una mammografia nel periodo considerato, indipendentemente da quando è stato mandato l'invito.

La valutazione dei principali indicatori raccolti, e il confronto con gli standard di riferimento derivanti dall'esperienza di programmi sia italiani sia europei, confermano il buon andamento complessivo dell'attività italiana di screening mammografico (tabella 2).

L'adesione supera il livello accettabile del 50%, il tasso di richiami mostra 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. Da tenere sotto controllo è l'indicatore relativo al trattamento chirurgico conservativo dei tumori con diametro inferiore ai 2 centimetri, con valori al di sotto della soglia dell'accettabilità e con tendenza alla diminuzione.

	2008-2009	2010-2011	2012	Standard accettabile Gisma
Adesione grezza all'invito	55%	55%	57%	≥ 50%
Percentuale di donne richiamate per approfondimenti	6,2%	5,4%		Primo esame: < 7% Esami succ.: < 5%
Rapporto biopsie benigne/maligne	0,16	0,14		Primo esame: ≤ 1 : 1 Esami succ.: ≤ 0,5 : 1
Tasso di identificazione dei tumori	4,5‰	4,6‰		-
Tasso di identificazione dei carcinomi invasivi ≤ 10 mm	1,3‰	1,4‰		-
Percentuale di trattamento chirurgico conservativo nei tumori invasivi ≤ 2 cm	84,5%	80,7%		> 85%

Tabella 2.
Indicatori e standard di riferimento

Il periodo di tempo che intercorre tra la mammografia e il momento in cui è possibile riferire il referto negativo o, per i casi con dubbio diagnostico, il momento in cui si effettua una seduta di approfondimento o l'intervento chirurgico, sono indicatori fondamentali della qualità di un programma di screening.

Come mostra la tabella 3, un gran numero di programmi italiani continua ad essere in difficoltà nel garantire nel tempo la buona qualità di questi indicatori, e i valori permangono ben al di sotto del livello accettabile, anche se i primi due indicatori mostrano una lieve tendenza al miglioramento.

Resta invece più critico il tempo per l'effettuazione dell'intervento, che continua a mostrare una tendenza al peggioramento.

	2008-2009	2010-2011	Standard accettabile Gisma
Invio dell'esito per i casi negativi entro 21 giorni dall'esecuzione della mammografia	73%	73%	90%
Approfondimento entro 28 giorni dall'esecuzione della mammografia	67%	68%	90%
Intervento entro 60 giorni dall'esecuzione della mammografia	56%	50%	-

Tabella 3.
Tempi di attesa

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

Al Nord l'adesione sembra in lieve crescita nell'ultimo anno, mentre al Centro si registra un andamento che tende alla riduzione, pur mantenendosi sempre al di sopra della soglia di accettabilità. Il dato del Sud mostra un trend nettamente in crescita in tutto il periodo considerato, ma l'adesione presenta ancora valori di circa un 15-20% in meno rispetto al Centro-Nord, e non riesce mai a raggiungere la soglia di accettabilità. Anche il numero di donne richiamate al secondo livello, il tasso di identificazione dei tumori e la percentuale di donne con lesioni piccole sottoposte a trattamento chirurgico conservativo presentano lo stesso divario se confrontati con i dati delle aree del Centro-Nord.

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

	Nord			Centro			Sud e Isole		
	2008-2009	2010-2011	2012	2008-2009	2010-2011	2012	2008-2009	2010-2011	2012
Numero totale di donne invitate	2.890.344	2.966.696	1.517.290	1.154.545	1.162.765	653.092	890.595	1.021.191	441.337
Numero di donne aderenti all'invito *	1.760.972	1.802.742	953.870	640.629	632.398	352.374	323.593	406.873	194.293
Adesione all'invito	61%	61%	63%	55%	54%	54%	36%	40%	44%
Numero di donne esaminate nel periodo**	1.777.104	1.807.314		623.717	640.912		289.621	324.207	
Proporzione di donne richiamate per approfondimenti	5,9%	5%		6,1%	6,4%		8%	5,8%	
Biopsie benigne	1.305	1.185		394	376		234	161	
Tasso di identificazione dei carcinomi	4,9‰	4,9‰		5‰	3,9‰		4,1‰	3,3‰	
Tasso di identificazione dei carcinomi invasivi ≤ 10 mm	1,3‰	1,5‰		1,7‰	1,2‰		0,7‰	0,7‰	
Percentuale di trattamento chirurgico conservativo nei tumori invasivi ≤ 2 cm	86,3%	79,7%		79,1%	86,8%		83,3%	72,9%	

* numero di donne che hanno accettato di fare una mammografia in seguito all'invito effettuato nel periodo considerato

** numero di donne che hanno effettuato una mammografia nel periodo considerato, indipendentemente da quando è stato mandato l'invito

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

Nel 2012 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 212.091 donne pari a circa l'8,8% 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 provengono da due sole Regioni. Infatti poco meno del 73% vengono dall'Emilia-Romagna e circa un altro 18% dal Piemonte. Il 63% delle donne invitate ha accettato l'invito (134.342 donne).

Per quanto riguarda le ultrasettantenni, nel 2012 sono state invitate 115.849 donne, pari a circa il 14% della popolazione target, e 81.339 hanno risposto all'invito con una partecipazione del 70%. 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 della Regione Emilia Romagna e il 17% 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% del 2003 al 91% a partire dal 2009. A maggior ragione la dissezione ascellare dovrebbe essere evitata nei cosiddetti carcinomi duttali in situ, nei quali rappresenta certamente un sovratrattamento, e anche in questo caso il miglioramento negli anni è sostanziale.

Tabella 5.
Dati di trattamento - Survey SQT

	2005/2006	2007/2008	2009/2010	2011/2012	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%

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.

Il progetto SQT

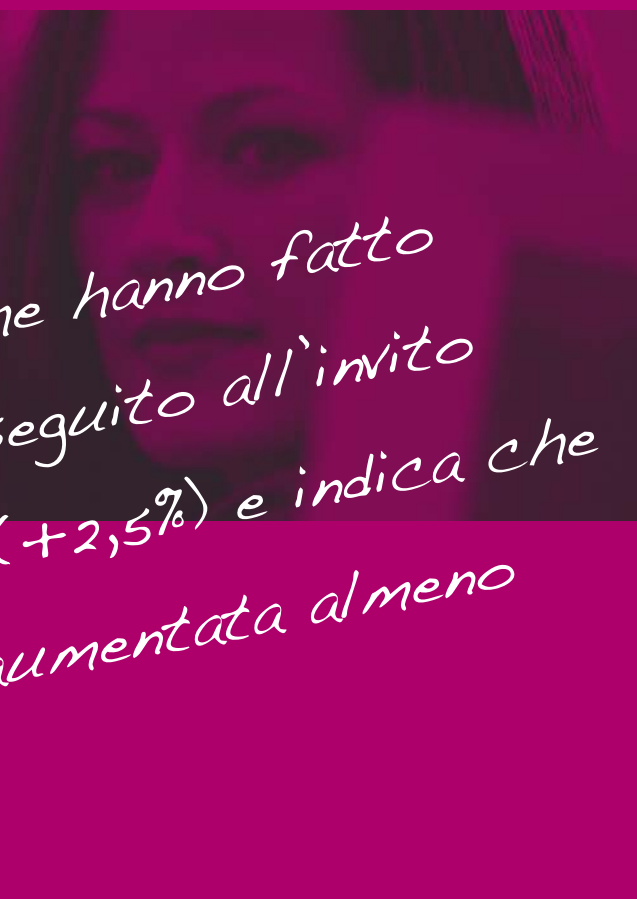
SQT (l'acronimo sta per Scheda sulla qualità della diagnosi e della terapia del carcinoma mammario) è un software che si propone di facilitare il monitoraggio della qualità della diagnosi, del trattamento e del follow up del carcinoma mammario e degli indicatori di efficacia dello screening mammografico.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

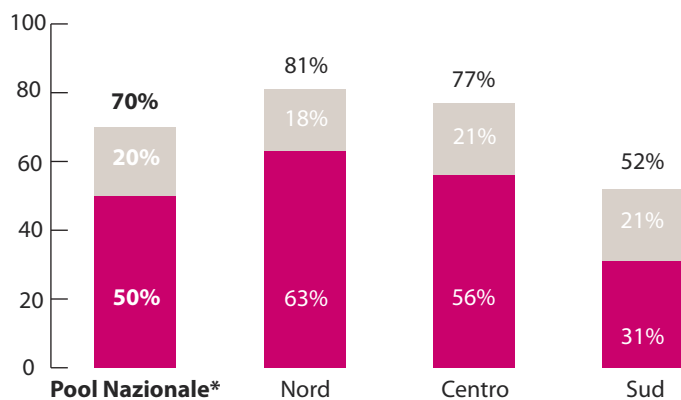
Sulla base dei dati raccolti dal sistema di sorveglianza Passi, si stima che in Italia nel 2010-12 il 70% delle donne 50-69enni abbia eseguito una mammografia preventiva nel corso dei precedenti due anni. Come mostrano le figure 1 e 2 la copertura complessiva all'esame raggiunge valori più alti al Nord (81%) e al Centro (77%) ed è significativamente più bassa al Sud e nelle isole (52%), con significative differenze a livello delle Regioni (range: 42% Campania - 85% 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 della quota di quelle che lo hanno eseguito al di fuori.

La percentuale di mammografie eseguite al di fuori dei programmi di screening organizzati è meno rilevante rispetto a quella dello 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 (38%). Sono comunque presenti significative differenze tra le Regioni (range: 5% Valle d'Aosta - 34% Liguria), come mostra la figura 3.



Il numero di donne che hanno fatto una mammografia in seguito all'invito è leggermente salito (+2,5%) e indica che la partecipazione è aumentata almeno nel Centro Nord



■ al di fuori dei programmi di screening ■ all'interno dei programmi di screening

Figura 1.
Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni (%)
Donne 50-69enni
Passi 2010-12 (n. 19.538)

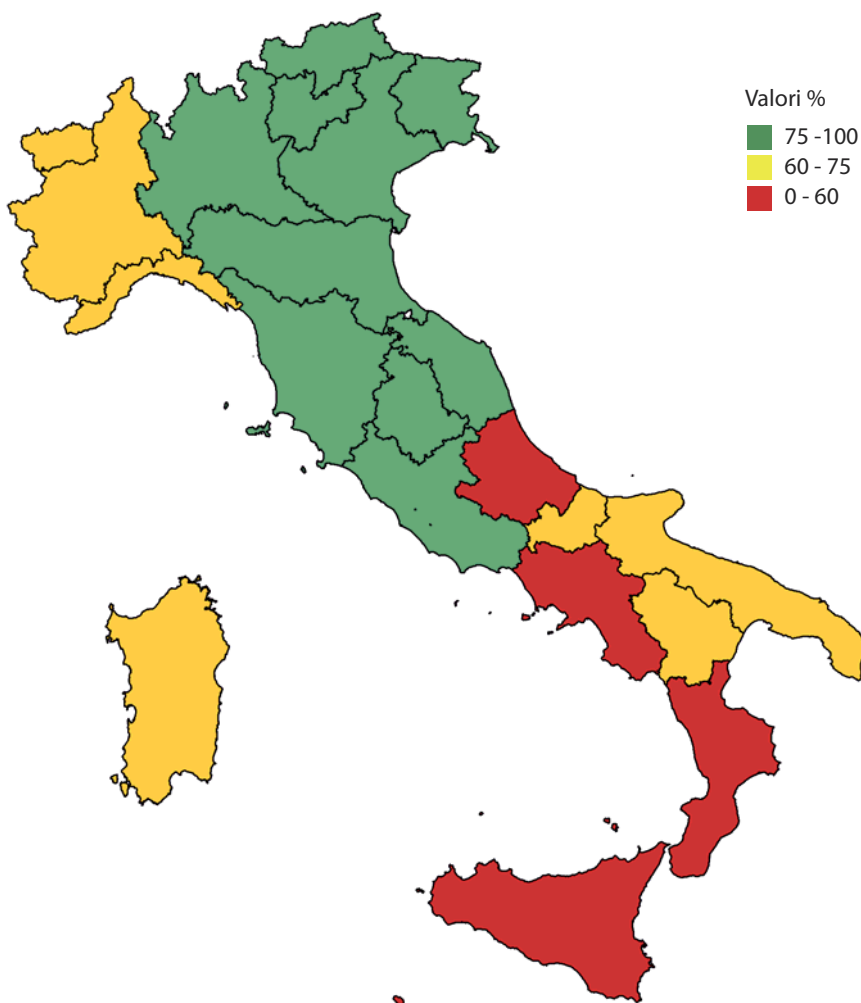
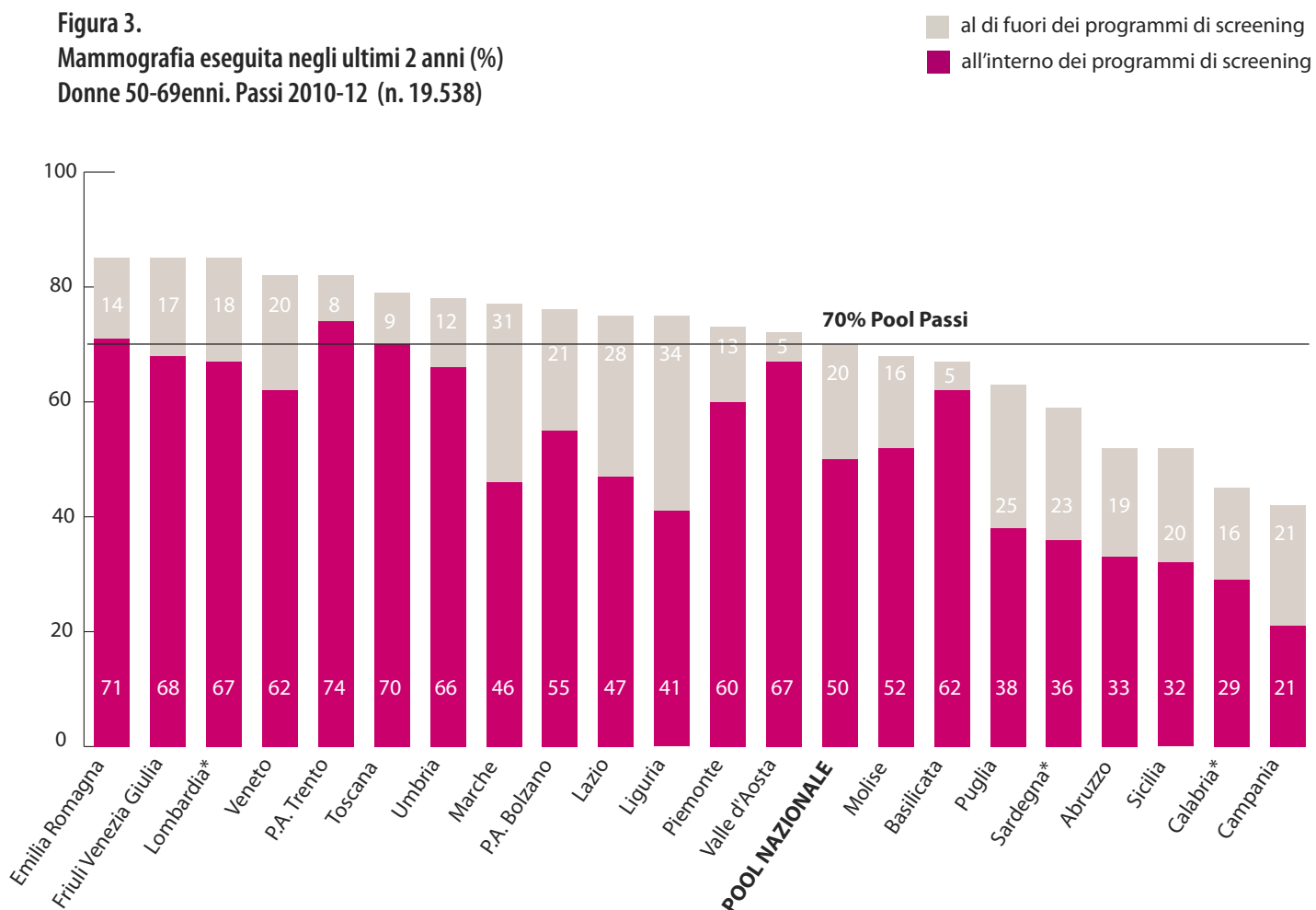


Figura 2.
Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni (%)
Donne 50-69enni
Passi 2010-12 (n. 19.538)

Figura 3.
Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni (%)
Donne 50-69enni. Passi 2010-12 (n. 19.538)



*Regioni che non hanno aderito con un campione regionale

La percentuale di donne che hanno riferito una mammografia negli ultimi 2 anni appare complessivamente stabile nel corso del periodo 2008-12, sia nella quota all'interno che in quella al di fuori dei programmi organizzati (vedi figura 4). Le ripartizioni territoriali evidenziano un andamento in crescita della copertura dello screening mammografico eseguito secondo le linee guida nelle Regioni del Nord (da 80.8% a 83.7%) e in quelle del Centro (da 73.5% a 78.8%), mentre nelle Regioni del Sud l'andamento appare stabile, come indica la figura 5.

Il confronto tra organizzato e spontaneo: il pagamento come indicatore

La stima della copertura dentro e fuori i 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.

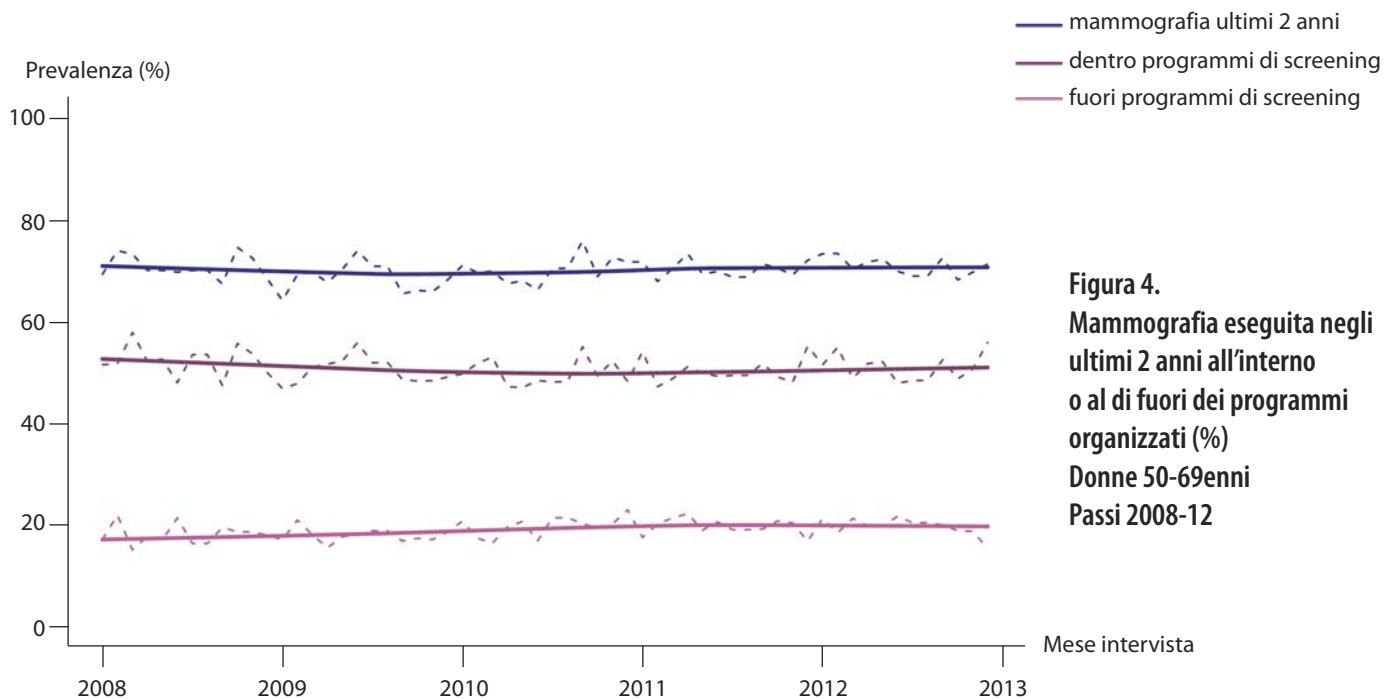


Figura 4.
Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni all'interno o al di fuori dei programmi organizzati (%)
Donne 50-69enni
Passi 2008-12

L'età media alla prima mammografia è di 45 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.

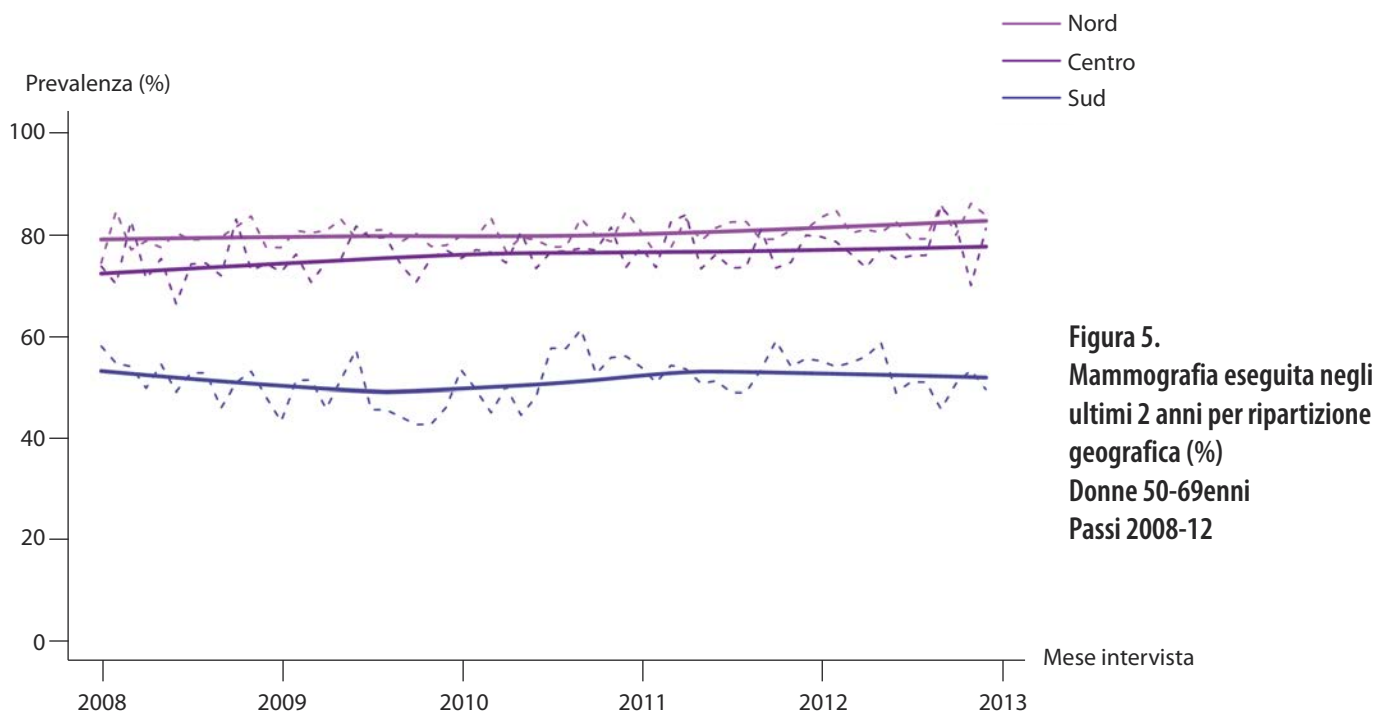


Figura 5.
Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni per ripartizione geografica (%)
Donne 50-69enni
Passi 2008-12

*Nel 2012 abbiamo superato due
importanti traguardi: oltre 10 milioni
di inviti, oltre 5 milioni di test*

