

Tumori, screening e ritardi cumulati nell'anno 2020.

Documento elaborato e approvato dal Consiglio Direttivo della Sezione Regionale Lombarda della SIItI. 19 aprile 2021

1° Parte.

Il problema, sintesi e proposte.

1.1 Il problema

Con riferimento alle cause di morte, *l'Institute for Health Metrics and Evaluation*, citato in Meridiano Sanità, The European House Ambrosetti, 2017¹, ha stimato che in Italia, nel 2016, le malattie non trasmissibili siano state la causa del **94% dei decessi**. Tra queste, le **malattie cardiovascolari** sono state la causa del 35,5% delle morti, seguite dai **tumori** al 27,7% e, a seguire, i **disturbi neurologici**, al 15,2%. La mortalità per **Demenza e Alzheimer** è in crescita.

Secondo ISTAT, in Italia, nel 2017, i tumori hanno causato la morte di 180.085 persone equivalenti al 27,7% di tutte le 650.614 morti registrate in quell'anno: 79.962 decessi tra le donne e 100.123 tra gli uomini. Il **tumore del polmone** costituiva, con il **18,8%**, la **più frequente causa di morte oncologica**, seguito dai tumori del **colon-retto e ano** (10,8%), della **mammella femminile** (7,2%), del **pancreas** (6,9%) e del **fegato** (5,1%).

Sulla base di dati standardizzati, calcolati cioè al netto dell'invecchiamento della popolazione, i trend temporali indicano che l'incidenza dei tumori è in riduzione in entrambi i generi²: calano i tumori dello stomaco e del fegato. Grazie agli effetti dello screening oncologico si assiste ad un calo dei tumori del colon-retto sia tra gli uomini che tra le donne. Nelle donne si assiste ad un aumento di incidenza del tumore della mammella, soprattutto nelle fasce d'età fuori screening e nelle aree del centro-nord per l'estensione dei programmi di screening. I trend temporali indicano che nel periodo 2003-2014 anche la mortalità continua a diminuire in maniera significativa in entrambi i sessi come risultato di più fattori, quali la prevenzione primaria ed in particolare la lotta al tabagismo, la diffusione degli screening su base nazionale, i miglioramenti diagnostici, i progressi terapeutici e l'applicazione sempre più su larga scala di una gestione multidisciplinare dei pazienti oncologici. Per contrastare i tumori, le strategie principali sono quelle di prevenirne la comparsa, attraverso la prevenzione primaria e l'adozione di sani stili di vita e la possibilità di diagnosticare il più precocemente possibile la malattia, prima del suo manifestarsi a livello clinico, grazie alla prevenzione secondaria.

Secondo i dati contenuti nel testo *"I numeri del cancro in Italia"*³, nato dalla collaborazione iniziale tra AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica) ed AIRTUM (Associazione Italiana dei Registri Tumori), si evidenzia che, il **fumo di tabacco** da solo è responsabile del 33% delle neoplasie, un altro 33% è legato ai cosiddetti **stili di vita** (dieta, sovrappeso, abuso di alcool e inattività fisica), mentre i fattori occupazionali sono responsabili del 5% delle neoplasie. Le **infezioni** causano circa l'8% dei tumori (Papilloma virus 16-18 per cervice uterina, virus dell'epatite B e C per il carcinoma epatocellulare, ecc.). Le **radiazioni ionizzanti e l'esposizione ai raggi UVA** sono responsabili del 2% dei tumori e l'**inquinamento ambientale contribuisce per un altro 2%**. L'ereditarietà ha un'incidenza molto bassa nella genesi tumorale.

¹The European House Ambrosetti House, Rapporto Meridiano, 2017.

<https://www.ambrosetti.eu/wp-content/uploads/Meridiano-Sanit%C3%A0-12-Rapporto-2017.pdf>

² Fondazione AIOM (a cura), I Numeri del Cancro in Italia, 2019, https://www.fondazioneaiom.it/wp-content/uploads/2019/09/2019_Numeri_Cancro-pazienti-web.pdf

³ AIOM, AIRTUM, Fondazione AIOM, PASSI e PASSI d'Argento Istituto Superiore di Sanità, I numeri del cancro in Italia, 2019 (per gli operatori). https://www.aiom.it/wp-content/uploads/2019/09/2019_Numeri_Cancro-operatori-web.pdf

Un test di screening consente di individuare in fase iniziale una certa malattia, nello specifico un tumore, in persone asintomatiche. I dati relativi ai programmi di screening oncologici, in Italia, sono sintetizzati nel *report AIOM-AIRTUM del 2019 e riferiti all'anno 2017*. Sono stati complessivamente **invitati oltre 14 milioni di soggetti della popolazione italiana in età target con oltre 6 milioni e 300 mila test effettuati**. Questo significa che, nel 2017, fra l'80% e il 90% della popolazione italiana in età target per lo screening mammografico e per quello cervicale è stata regolarmente invitata, e circa il 75% per lo screening colorettale, anche se si conferma un divario fra Centro-Nord e Sud-Isole.

I dati relativi agli screening oncologici in Lombardia (*Gli Screening Oncologici in Lombardia Report dei dati di attività 2018, Regione Lombardia, 2021*) evidenziano, nell'anno 2018, che la copertura per invito per gli screening è superiore allo standard atteso (95%).

La pandemia da Covid-19, nel 2020, ha determinato, fra i danni indiretti, cioè non causati direttamente da coronavirus, 19, quelli dovuti ai ritardi nei trattamenti e nelle visite e alle mancate prestazioni. I **ritardi accumulati dai programmi di screening oncologici**, in Italia, sono stati presentati nel "Secondo rapporto ONS sui ritardi accumulati dai programmi di screening italiani, Confronto per periodo 2020-2019 - periodo gennaio-settembre", pubblicato dall'Osservatorio Nazionale Screening. Lo scopo è confrontare il numero di inviti e di esami fatti nei primi nove mesi del 2020 con i medesimi numeri del 2019, negli stessi intervalli temporali. Inoltre, è stato stimato il ritardo accumulato in "mesi standard", ovverosia il numero di mesi di attività che sarebbero necessari per recuperare il ritardo accumulato se il programma andasse alla stessa velocità dell'anno precedente, ossia esaminasse mediamente per mese lo stesso numero di persone osservato nel 2019. I dati riguardanti **la Lombardia** sono i seguenti:

- screening mammografico ha registrato una riduzione pari al 54,9% di inviti, pari a – 219.000 donne, un numero di esami in meno di 152.500, 671 carcinomi diagnosticati in meno, con un numero pari a 4,9 mesi necessari per recuperare il ritardo.
- screening Colon-retto ha registrato una riduzione di 743.000 inviti, donne, con 370.000 esami in meno (-6,8%), 335 carcinomi e 1822 adenomi avanzati diagnosticati in meno, con un numero pari a 7,1 mesi necessari per recuperare il ritardo;
- screening cervicale ha registrato una riduzione di 55.000 inviti e 55.000 esami in meno, 209 lesioni diagnosticate in meno e un numero pari a 6,2 mesi necessari per recuperare il ritardo.

1.2 Dimensione del problema e proposte di lavoro

Ad oggi, diversi ricercatori stanno studiando l'impatto della posticipazione degli screening sul ritardo nelle diagnosi, sulle cure e sulla sopravvivenza dei pazienti con il cancro. Uno della Fondazione Airc⁴, ha stimato gli effetti di un ritardo protratto nella diagnosi, mostrando come un ritardo superiore a un anno nello screening del cancro del colon-retto "potrebbe causare un aumento della mortalità pari al 12%".

Uno studio inglese pubblicato su The Lancet Oncology, condotto dalla London School of Hygiene & Tropical Medicine e dal King's College London⁵, ha stimato che nel Regno Unito il ritardo nelle diagnosi potrebbe determinare, a distanza di 5 anni (dunque nel 2025), un aumento dal 15,3% (nello scenario migliore) al 16,6% (in quello peggiore) dei decessi per cancro al colon-retto, dal 7,9% al 9,6% per cancro al seno. *"Si rende (quindi) necessario intervenire urgentemente con politiche sanitarie, in particolare per gestire gli arretrati nei servizi diagnostici di routine al fine di mitigare l'impatto previsto, associato alla pandemia di Covid-19, sui pazienti con il cancro"*.

Gli screening oncologici sono ricompresi nel 1° Lea e quindi sono al centro dell'attenzione della nostra Società scientifica. Ma un approfondimento sul tema richiede l'utilità di un coinvolgimento delle associazioni scientifiche che in Lombardia, e in Italia, si occupano di promuovere gli screening, tra cui GISMA-Gruppo Italiano Screening Mammografico, GISCoR-Gruppo Italiano Screening Colorettale e GISCi-Gruppo Italiano Screening del Cervicocarcinoma.

Lo scopo di questo studio è di approfondire i dati e **definire percorsi di lavoro comune** in termini di **informazione e sensibilizzazione** nei riguardi delle persone, anche attraverso una **comunicazione mirata**, e di **proposta rivolta ai decisori politici ed ai programmatore sanitari**.

⁴ <https://www.airc.it/traguardi-dei-ricercatori/screening-per-il-cancro-del-colon-retto-i-ritardi-dovutialla-pandemia-possono-costare-cari>

⁵ [https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045\(20\)30388-0/fulltext#%20](https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(20)30388-0/fulltext#%20)

Parte 2.

Tumori, screening e ritardi cumulati nell'anno 2020

2.1 Cause di morte in Italia

Con riferimento alle cause di morte, *l'Institute for Health Metrics and Evaluation*, citato in Meridiano Sanità, The European House Ambrosetti, 2017⁶, ha stimato che in Italia nel 2016 le malattie non trasmissibili siano state la causa del **94% dei decessi**. Tra queste, le **malattie cardiovascolari** sono state la causa del 35,5% delle morti, seguite dai **tumori** al 27,7% e a seguire i **disturbi neurologici**, al 15,2%.

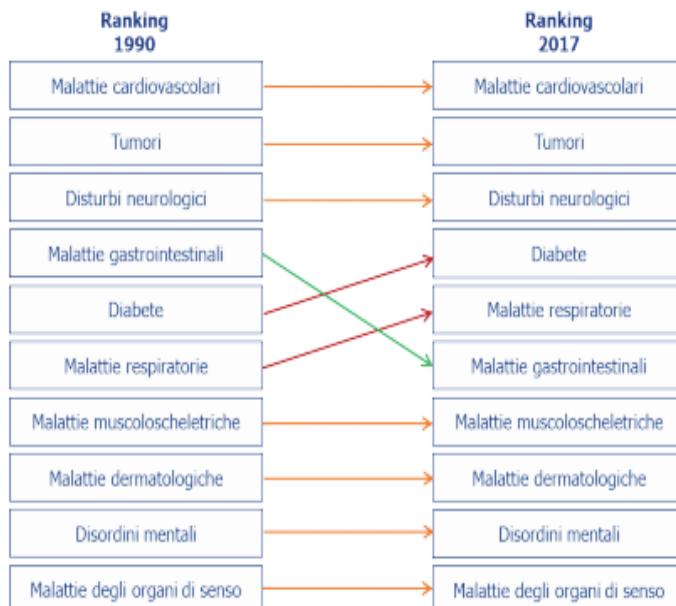
La mortalità per **Demenza e Alzheimer** è in crescita. I decessi sono quasi il doppio rispetto a quelli del 2003 (per le malattie cerebrovascolari si sono invece ridotti i tassi di mortalità in 11 anni di oltre il 35%). Il 39,8% dei decessi è avvenuto per malattia di causa dell'Alzheimer. Più dei due terzi dei decessi per demenze riguarda la popolazione di sesso femminile.

Molti **decessi precoci sono evitabili**: almeno l'80% di tutti i casi di malattie cardiache, ictus e diabete di tipo 2 e almeno un terzo dei casi di cancro si possono prevenire.

Per ISTAT, nel 2016, sono più di 179.500 i decessi per tumore (pari al 29% del totale) in leggero aumento rispetto al 2015 (+1.500 decessi).

Il tasso di mortalità ha registrato un aumento dal 1990 ad oggi, con valori che sono passati dai 26,1 per 1.000 abitanti a 29,5 per 1.000 abitanti. Il tumore al polmone risulta essere la causa di morte oncologica più frequente (12%), prima causa di morte fra gli uomini (27%) e la terza tra le donne (11%). Il tumore alla mammella invece è la causa più frequente di morte oncologica tra le donne con un valore pari al 17%. Sia tra gli uomini che tra le donne i tumori del colon-retto rappresentano la seconda causa di morte oncologica (11% tra gli uomini e 12% tra le donne), mentre il tumore allo stomaco la quinta causa (6% sia tra gli uomini che tra le donne)⁷.

Il ranking delle cause di morte per le mattie non trasmissibili in Italia tra il 1990 e il 2017 è rappresentata dalla tabella che segue tratta da *The European House Ambrosetti, Meridiano Sanità 2019*⁸.

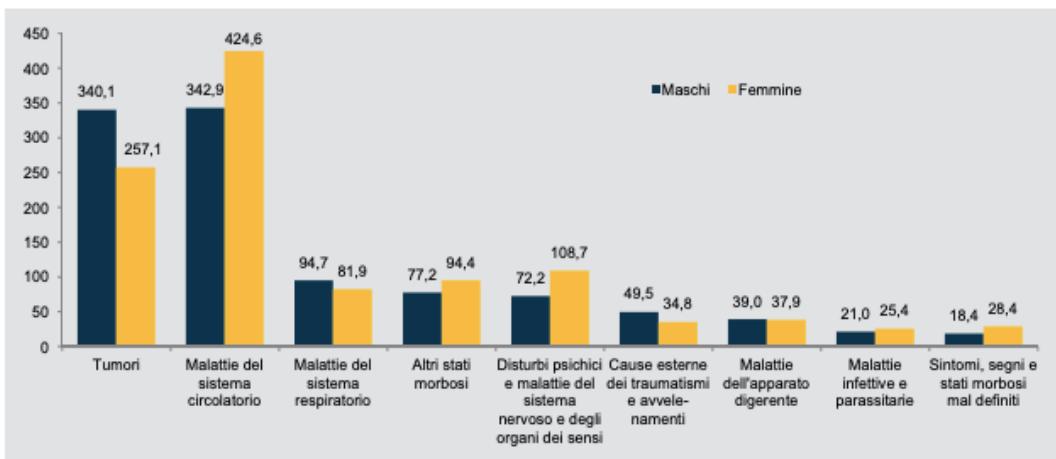


⁶ The European House Ambrosetti House, Rapporto Meridiano, 2017. <https://www.ambrosetti.eu/wp-content/uploads/Meridiano-Sanit%C3%A0-12-Rapporto-2017.pdf>

⁷ Fondazione AIOM (a cura), I Numeri del Cancro in Italia, 2019, https://www.fondazioneaiom.it/wp-content/uploads/2019/09/2019_Numeri_Cancro-pazienti-web.pdf

⁸ The European House Ambrosetti House, Rapporto Meridiano, 2019. <https://www.ambrosetti.eu/wp-content/uploads/reportMS14.pdf>

La mortalità per gruppi di cause e sesso, riferito all'anno 2017, è rappresentata anche da ISTAT, nell'*Annuario statistico italiano 2020, Sanità e Salute*⁹.



Fonte: Istat, Indagine sulle cause di morte (R)

2.2 Decessi per mortalità tumorale

Secondo ISTAT, in Italia, nel 2017, i tumori hanno causato la morte di 180.085 persone equivalenti al 27,7% di tutte le 650.614 morti registrate in quell'anno: 79.962 decessi tra le donne e 100.123 tra gli uomini. Il **tumore del polmone costituiva, con il 18,8%, la più frequente causa di morte oncologica**, seguito dai tumori del **colon-retto e ano** (10,8%), della **mammella femminile** (7,2%), del **pancreas** (6,9%) e del **fegato** (5,1%).

Negli uomini, la prima causa di morte oncologica era rappresentata dal tumore del polmone (con 23.928 morti, pari al 23,9%) seguito dai tumori del colon retto e ano (10,6%) e prostata (7,7%).

Nelle donne, il tumore della mammella è stata la prima causa di morte oncologica (16,1% di tutte le morti oncologiche), seguito dal tumore del polmone (12,5%) e dai tumori del colon retto e ano (11,0%)¹⁰.

	Maschi	Femmine	Tutta la popolazione
1	Polmone (23,9%)	Mammella (16,1%)	Polmone (18,8%)
2	Colon-retto e ano (10,6%)	Polmone (12,5%)	Colon-retto e ano (10,8%)
3	Prostata (7,7%)	Colon-retto e ano (11,0%)	Mammella (7,2%)
4	Pancreas (6,0%)	Pancreas (7,9%)	Pancreas (6,9%)
5	Stomaco (5,5%)	Stomaco (4,9%)	Fegato (5,1%)

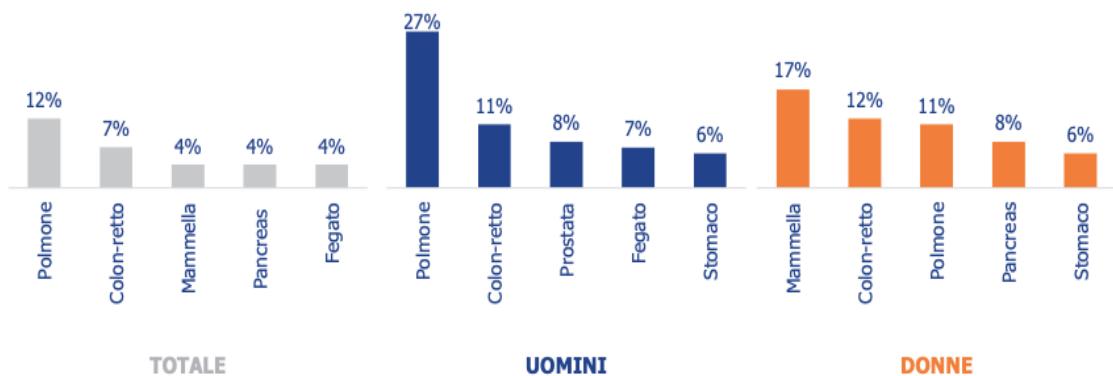
Prime cinque cause di morte per tumore e proporzione sul totale dei decessi oncologici per sesso. ISTAT 2017

⁹ <https://www.istat.it/it/files//2020/12/C04.pdf>

¹⁰ Fondazione AIOM (a cura di), I Numeri del cancro in Italia 2020.

https://www.fondazioneiom.it/wp-content/uploads/2020/10/2020_Numeri_Cancro-pazienti-web.pdf

Il Rapporto Meridiano Sanità, The European House Ambrosetti, del 2019, indica le prime cinque cause di morte tumorali più frequenti, per genere e per popolazione in generale, per il periodo 2010-2015, sulla base dei dati AIOM/Airtum.



2.2.1 Fattori di rischio e quota attribuibile di tumori

Secondo i dati contenuti nel testo “I numeri del cancro in Italia”, nato dalla collaborazione iniziale tra AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica) ed AIRTUM (Associazione Italiana dei Registri Tumori), si evidenzia che, **il fumo di tabacco** da solo è responsabile del 33% delle neoplasie, un altro 33% è legato ai cosiddetti **stili di vita** (dieta, sovrappeso, abuso di alcool e inattività fisica), mentre i fattori occupazionali sono responsabili del 5% delle neoplasie. Le **infezioni** causano circa l'8% dei tumori (Papilloma virus 16-18 per cervice uterina, virus dell'epatite B e C per il carcinoma epatocellulare, ecc.). Le **radiazioni ionizzanti e l'esposizione ai raggi UVA** sono responsabili del 2% dei tumori e **l'inquinamento ambientale contribuisce per un altro 2%**. L'ereditarietà ha un'incidenza molto bassa nella genesi tumorale.

La quota attribuibile per fattore di rischio è riportata nella tabella che segue.

Fattore di rischio	Quota di tumori attribuibili a vari fattori di rischio	
	USA, 2012* %	Regno Unito, 2010** %
Tabacco	33	19
Dieta	5	19
Sovrappeso, obesità	20	5
Inattività fisica	5	1
Abuso di bevande alcoliche	3	4
Fattori occupazionali	5 •	4
Infezioni	8	3
Radiazioni ionizzanti e esposizione a raggi UV	2	5
Inquinamento ambientale	2	-

*American Association for Cancer Research, 2013.

** Parkin DM. The fraction of cancer attributable to lifestyle and environmental factors in UK in 2010. Br J Cancer, 2011.

I **decessi per tumore in Italia nel 2016 potenzialmente evitabili** perché attribuibili a fattori di rischio comportamentali sono, in termini assoluti, circa 64.468.

Fattore di rischio	Maschi	Femmine
Fumo	33.569	9.922
Uso eccessivo di alcol	8.036	4.811
Fattori dietetici	6.328	4.323
Eccesso ponderale	3.808	3.173
Inattività fisica	392	606
Combinato*	44.083	20.385

Numero di morti per tumori potenzialmente evitabili perché attribuibili a fattori di rischio comportamentali in Italia nel 2016 (Carreras G et al, Epidemiol Prev 2019).

Il fumo rimane il fattore di rischio con impatto maggiore, sia negli uomini che nelle donne, la cui quota predominante è riconducibile al tumore del polmone. Anche il fumo passivo è stato riconosciuto come responsabile delle morti per varie sedi tumorali, tra cui il tumore mammario nelle donne (Carreras et al., 2017). Il rischio complessivo risulta inferiore alla somma algebrica in quanto più fattori sono presenti nello stesso individuo (per esempio, tabacco e abuso di bevande alcoliche).

2.2.2 Stime per il 2020

Il rapporto *“I numeri del cancro in Italia 2020”*, stima che, nel 2020, in Italia verranno diagnosticati circa 377.000 nuovi casi di tumore maligno (esclusi i carcinomi della cute non melanomi) di cui circa 195.000 negli uomini e circa 182.000 nelle donne. Complessivamente in Italia vengono effettuate, ogni giorno, poco più di 1.000 nuove diagnosi di tumore. Nella Tabella che segue sono riportate le stime 2020 sui primi *cinque tumori più frequentemente diagnosticati* in Italia e la proporzione sul totale dei tumori per sesso (stime per il 2020)¹¹.

Rango	Maschi	Femmine	Tutta la popolazione
1	Prostata 36.074 (18,5%)	Mammella 54.976 (30,3%)	Mammella 54.976 (14,6%)
2	Polmone 27.554 (14,1%)	Colon-retto 20.282 (11,2%)	Colon-retto 43.702 (11,6%)
3	Colon-retto 23.420 (12%)	Polmone 13.328 (7,3%)	Polmone 40.882 (10,9%)
4	Vescica 20.477 (10,5%)	Tiroide 9.850 (5,4%)	Prostata 36.074 (9,6%)
5	Rene 9.049 (4,6%)	Endometrio 8.335 (4,6%)	Vescica 25.492 (6,8%)

Escludendo i carcinomi della cute (non melanomi), **negli uomini prevale il tumore della prostata che rappresenta il 18,5% di tutti i tumori diagnosticati**; seguono il **tumore del polmone** (27.554 diagnosi, 14,1% dei casi maschili), del **colon-retto** (12,0%), della vescica (10,5%) e del rene (4,6%).

Tra le donne, è sempre il tumore della mammella la neoplasia più frequente, con 54.976 nuove diagnosi stimate per il 2020 (il 30,3% di tutti i tumori femminili).

Le altre neoplasie più frequenti nelle donne sono i tumori del colon-retto (20.282 casi, 11,2% di tutte le diagnosi), del polmone (7,3%), della tiroide (5,4%), dell'endometrio (4,6%).

Nella popolazione in generale, il tumore della mammella è il più frequentemente diagnosticato, seguito dal carcinoma del colon-retto, polmone, prostata e vescica.

2.2.3 Trend temporali sopravvivenza

Sulla base di dati standardizzati, calcolati cioè al netto dell'invecchiamento della popolazione, i trend temporali indicano che l'incidenza dei tumori è in riduzione in entrambi i generi: calano i tumori dello stomaco e del fegato.

Negli uomini continua a diminuire l'incidenza di tumore del polmone e della prostata, del colon-retto.

Grazie agli effetti dello screening oncologico si assiste ad un calo dei tumori del colon-retto sia tra gli uomini che tra le donne.

Nelle donne si assiste ad un aumento di incidenza del tumore della mammella, soprattutto nelle fasce d'età fuori screening e nelle aree del centro-nord per l'estensione dei programmi di screening. I trend temporali indicano che nel periodo 2003-2014 anche la mortalità continua a diminuire in maniera significativa in entrambi i sessi come risultato di più fattori, quali la prevenzione primaria ed in particolare la lotta al tabagismo, la diffusione degli screening su base nazionale, i miglioramenti diagnostici, i progressi terapeutici e l'applicazione sempre più su larga scala di una gestione multidisciplinare dei pazienti oncologici¹².

Negli anni in Italia si è registrato un aumento significativo della sopravvivenza netta a 5 anni sia negli uomini, passando dal 39% degli anni 1990-94 al 54% degli anni 2005-2009, sia nelle donne, dove si è passati dal 55% al 63%.

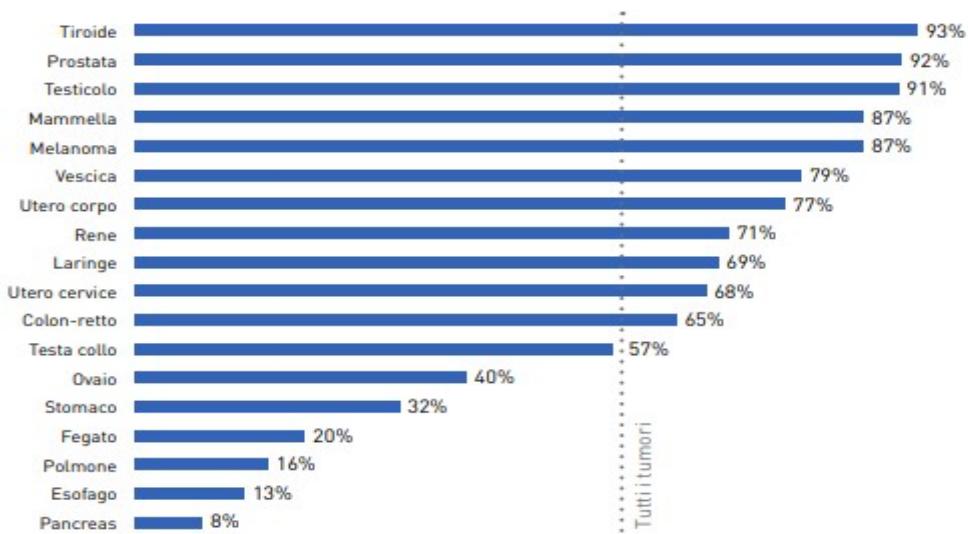
Di fatto, in Italia, almeno un paziente su quattro, pari a quasi un milione di persone, è tornato ad avere la stessa aspettativa di vita della popolazione generale e può considerarsi guarito.

¹¹ Fondazione AIOM (a cura di), I Numeri del cancro in Italia 2020.

https://www.fondazioneaiom.it/wp-content/uploads/2020/10/2020_Numeri_Cancro-pazienti-web.pdf

¹² Fondazione AIOM (a cura), I Numeri del Cancro in Italia, 2019.

https://www.fondazioneaiom.it/wp-content/uploads/2019/09/2019_Numeri_Cancro-pazienti-web.pdf



Sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi (standardizzata per età) per il periodo di incidenza 2005-2009 (pool AIRTUM), maschi e femmine. I numeri del cancro in Italia 2019.

2.3 Gli Screening Oncologici In Italia

Report 2017 AIOM, Airtum, PASSI d'Argento e SIAPEC-IAP, 2019¹³

Per contrastare i tumori, le strategie principali sono quelle di prevenirne la comparsa, attraverso la prevenzione primaria e l'adozione di sani stili di vita e la possibilità di diagnosticare il più precocemente possibile la malattia, prima del suo manifestarsi a livello clinico, grazie alla prevenzione secondaria. Un test di screening è un esame che consente di individuare in fase iniziale una certa malattia, nello specifico un tumore, in persone asintomatiche.

I dati relativi ai programmi di screening oncologici, in Italia, sono sintetizzati nel report AIOM-AIRTUM del 2019 e riferiti all'anno 2017. Sono stati complessivamente **invitati oltre 14 milioni di soggetti della popolazione italiana in età target con oltre 6 milioni e 300 mila test effettuati**. Questo significa che, nel 2017, fra l'80% e il 90% della popolazione italiana in età target per lo screening mammografico e per quello cervicale è stata regolarmente invitata, e circa il 75% per lo screening colorettale, anche se si conferma un divario fra Centro-Nord e Sud-Isole.

Screening mammografico

- Nel 2017 la copertura ha raggiunto l'84% dei soggetti di popolazione target, in aumento rispetto all'anno precedente (oltre 3.425.000 inviti).
- La copertura è ancora differenziata tra le diverse Regioni: più di 98 donne su 100 al nord, più di 94 su 100 al centro e, pure in aumento, il 60 donne su 100 al sud.
- Nel corso del 2017, si sono individuati, per la fascia di età fra i 50 e i 69 anni, 8.257 carcinomi.
- Nelle Regioni in cui, nel corso del 2017, sono state invitate allo screening anche le donne nelle fasce di età 45-49 (a intervallo annuale) e 70-74 (con intervallo biennale), l'adesione delle donne si attesta, per entrambe le fasce di età, intorno al 70%.

Screening Colorettale

- Nel 2017 sono stati invitati allo screening oltre 6 milioni di cittadini (6.018.023) di età compresa tra i 50 e i 69 anni: 68.893 con la rettosigmoidoscopia (Regione Piemonte, una volta nella vita a 58 anni), gli altri, in tutte le rimanenti Regioni, con la ricerca del sangue occulto (Sof).
- Inoltre, sono stati invitati a eseguire il Sof altri 277.930 soggetti di età compresa fra i 70 e i 74 anni.

¹³ AIOM, AIRTUM, Fondazione AIOM, PASSI e PASSI d'Argento Istituto Superiore di Sanità, I numeri del cancro in Italia, 2019 (per gli operatori). https://www.aiom.it/wp-content/uploads/2019/09/2019_Numeri_Cancro-operatori-web.pdf

- L'invito è ora **esteso al 75% della popolazione target**, con una copertura quasi completa a centro-nord ed una copertura ancora sotto il 50 al Sud.
- **La partecipazione complessiva si attesta al 42%, del 55,9% per i soggetti di età compresa fra i 70 e i 74 anni.**
- Si sono resi possibili l'**individuazione e il trattamento di 3.061 carcinomi e di 17.379 adenomi avanzati**.

Screening cervicale

- Nel 2017 il numero **totale di inviti è stato di 4.065.728** con un numero 120.000 test in più rispetto al 2016.
- 1.235.712 donne, pari al 30% del totale, sono state **le donne chiamate ad effettuare il test Hpv** anziché il Pap test, in crescita rispetto all'anno precedente.
- L'intervallo previsto per il test Hpv è di 5 anni mentre quello per il Pap test è di 3 anni.
- **La partecipazione complessiva è del 41%**, molto più bassa al Sud-Isole, dove è del 24%.
- Nel 2017 ciò ha portato **all'individuazione e al trattamento di 3.925 lesioni CIN II +**.

2.4 Gli Screening Oncologici in Lombardia

Report dei dati di attività 2018, Regione Lombardia 2020

I dati relativi all'anno 2018 evidenziano che la copertura per invito per gli screening mammografico e colorettale è superiore allo standard atteso (95%). Per lo screening cervicale, invece, il dato risente della attivazione del corrispondente programma organizzato solo da alcune Agenzie di Tutela della Salute (ATS); in RL una quota cospicua di donne esegue i test per la prevenzione del tumore della cervice spontaneamente. Per quanto riguarda l'adesione all'invito, invece, per tutte e tre le linee di screening la Lombardia si situa al di sopra degli standard attesi.

Screening Mammografico

Si rivolge a donne (residenti in Lombardia), nella fascia di età 50-74 anni e consiste nell'offerta, su invito attivo, dell'esecuzione di una mammografia bilaterale ogni due anni

Nell'anno 2018:

- sono state invitate 652.557 donne in età target e hanno aderito in 365.684 (64 donne ogni 100 invitate),
- 19.561 donne sono risultate positive alla mammografia di screening (5 donne ogni 100 screenate),
- 1.686 hanno avuto una diagnosi di cancro (5 donne ogni 100 screenate)

Nel corso del 2019 si è avviato l'ampliamento degli inviti alla fascia 45-49 anni.

Screening Colorettale

Si rivolge a uomini e donne (residenti in Lombardia), età compresa tra 50 e 74 anni, e consiste nell'offerta, su invito attivo, dell'esecuzione del test per la ricerca del sangue occulto nelle feci ogni 2 anni.

Nell'anno 2018:

- sono stati invitate 1.264.700 persone in età target,
- hanno aderito in 572.295 (48 soggetti ogni 1000 invitati),
- 24.646 sono risultate positive al test di screening (ogni 100 persone screenate 4 ricevono il consiglio di sottoporsi a colonscopia),
- 8.194 hanno avuto una diagnosi di patologia (554 cancri, 2.751 adenomi avanzati, 4.889 adenomi iniziali).

Ogni 100 persone che eseguono la colonscopia di approfondimento a 3 viene diagnosticato un cancro, a 14 un adenoma avanzato e a 25 un adenoma iniziale

Screening Cervicale

Si rivolge a donne (residenti in Lombardia), in fascia di età compresa tra 25 e 64 anni, e consiste nell'offerta, su invito attivo, per eseguire un Pap test ogni 3 anni.

Nell'anno 2018:

- sono state invitate 217.754 donne in età target,
- hanno aderito in 96.312 per il pap test e 4.394 per l'HPV-DNA,
- 4.044 sono state inviate a colposcopia dopo pap-test positivo,
- 413 hanno avuto una diagnosi di CIN2+.

È in fase di messa a sistema il programma di screening su tutto il territorio regionale, con introduzione del test HPV-DNA come test primario. A regime le donne di età compresa fra 25 e 33 anni saranno invitate ad eseguire un pap test ogni tre anni e le donne fra 34 e 64 un test HPV-DNA ogni 5 anni.

2.5 I ritardi accumulati dai programmi di screening italiani oncologici.

Confronto per il periodo gennaio-settembre 2020-2019. Secondo rapporto ONS sui ritardi accumulati dai programmi di screening italiani¹⁴

La seconda survey quantitativa è stata condotta mediante invio di una scheda ad hoc a tutti i coordinamenti regionali dei programmi di screening oncologici alla fine del mese di ottobre. Lo scopo è confrontare il numero di inviti e di esami fatti nei primi nove mesi del 2020 con i medesimi numeri del 2019, negli stessi intervalli temporali. Inoltre, è stato stimato il ritardo accumulato in "mesi standard", ovverosia il numero di mesi di attività che sarebbero necessari per recuperare il ritardo accumulato se il programma andasse alla stessa velocità dell'anno precedente, ossia esaminasse mediamente per mese lo stesso numero di persone osservato nel 2019. Per ogni tipo di programma di screening si sono considerati:

- 1) il ritardo cumulato (in numeri assoluti e in %) nel numero di inviti/contatti nel periodo gennaio-settembre rispetto allo stesso periodo del 2019;
- 2) il ritardo cumulato (in numeri assoluti e in %) nel numero di esami nel periodo;
- 3) il ritardo cumulato (in mesi standard) nel numero di esami nel periodo;
- 4) la stima del numero di lesioni diagnosticate in meno rispetto al 2019.

In **Lombardia**, si presenta il quadro che segue.

Screening mammografico

- Differenza in numero assoluto e % delle donne invitate/contattate (fascia 50-69 anni): -218.894 (-54,9%)
- Differenza in mesi standard di ritardo (mesi necessari per recuperare il ritardo, rispetto alle persone esaminate): 4,9
- Ritardo diagnostico in termini di numero di casi diagnosticati (cancri) in meno sulla base degli esami effettuati e dei tassi attesi relativi all'anno 2018:
 - o Numero esami in meno: -152.594
 - o Tassi attesi cancro x 1000 esaminate: 4,4
 - o Carcinomi diagnosticati in meno (stima in numero assoluto): -671

Colon-retto

- Differenza in numero assoluto degli utenti invitati/contattati (fascia 50-70 anni): - 743.164
- Numero esami in meno, in assoluto e %: -371.799 (-78,6%)
- Differenza in mesi standard di ritardo (necessari per recuperare il ritardo rispetto alle persone esaminate): -7,1
- Tassi attesi cancro x 1000 esaminati: 0,9
- Carcinomi diagnosticati in meno (stima in numero assoluto): -335
- Tassi attesi di adenoma avanzato x 1000: 4,9
- Adenomi avanzati diagnosticati in meno: -1.822

Anche per gli adenomi avanzati valgono alcune considerazioni riguardanti e lesioni precancerose della cervice uterina, cioè il ritardo diagnostico accumulato finora non causa verosimilmente un peggioramento della prognosi o comunque una maggiore morbilità se non tramite un passaggio da lesione pre-invasiva a lesione invasiva.

Screening cervicale

- Differenza in numero assoluto e in percentuale di donne esaminate: -54873 (-42,6%)
- Numero esami in meno: -54873
- Differenza in mesi standard di ritardo (necessari per recuperare il ritardo, rispetto alle persone esaminate): 6,2
- Tassi attesi CIN 2+ x 1000 esaminate: 3,8
- Lesioni CIN2+ diagnosticate in meno (stima in numero assoluto): -209

È opportuno ricordare che si tratta di lesioni target dello screening cervicale, che sono lesioni precancerose con un basso potenziale di trasformazione. Inoltre, se da un lato esiste la possibilità che queste lesioni progrediscano, dall'altro è anche vero che una parte di queste, soprattutto CIN2, regrediscono spontaneamente, mentre si può assumere che la gran parte si presentino uguali ad un successivo o ritardato screening.

A cura di: Mario Poloni e Diego Iemmi

¹⁴ https://www.osservatorionazionale.screening.it/sites/default/files/allegati/Rapporto%20ripartenza%20-%20settembre%202020_0.pdf

