

Gli screening oncologici in Lombardia



Report dei dati 2013 su survey 2014

Marzo 2015



Regione Lombardia

**“Gli screening oncologici in Lombardia”
Report dati 2013 su survey 2014
Marzo 2015**

DG Salute
UO Governo della Prevenzione e tutela sanitaria
Struttura Tutela della persona, Promozione della Salute e Igiene degli alimenti

Elaborazione ed analisi dei dati a cura di Danilo Cereda

Si ringraziano i referenti dei centri screening lombardi:

ASL Bergamo: Bruno Pesenti, Giuliana Rocca, Laura Tessandri

ASL Brescia: Fabrizio Speziani, Maria Rosa Schivardi, Elena Grassi, Marina Crisetig

ASL Como: Gemma Gola

ASL Cremona: Liana Boldori, Marina Dal Soldà, Simona Gotti

ASL Lecco: Antonina Ilardo, Gisella Moretti

ASL Lodi: Annamaria Belloni, Giovanni Marazza, Eva Rossetti

ASL Milano: Nico Leonardo, Anna Silvestri, Enrica Tidone, Anna Lamberti

ASL Milano 1: Giovanni Beghi, Piera Ceresa, Danilo Cereda

ASL Milano 2: Roberto Lucchini, Luigi Acerbi

ASL Monza Brianza: Luca Cavalieri D'Oro, Faustina Lobuono

ASL Mantova: Emanuela Anghinoni

ASL Pavia: Luigi Maria Camana, Giancarlo Magenes

ASL Sondrio: Lorella Cecconami, Anna Maria Cioccarelli

ASL Varese: Franca Sambo, Roberto Bardelli, Matilde Violini

ASL Valle Camonica Sebino: Giuliana Pieracci, Serena Domenichini

Hanno collaborato Anan Judina Bastiampillai e Eugenia Maria Gabrielli, medici in formazione specialistica, Università degli Studi di Milano - Facoltà di Medicina e Chirurgia, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva.

www.sanita.regione.lombardia.it

SOMMARIO

INTRODUZIONE	4
IL CONTESTO EPIDEMIOLOGICO	4
GLI INDIRIZZI REGIONALI	5
FONTI DEI DATI E TERMINOLOGIE	6
SCREENING COLON RETTALE (DATI 2013 FONTE: SURVEY 2014)	8
SCREENING MAMMOGRAFICO (DATI 2013 FONTE: SURVEY 2014)	17
PREVENZIONE DEL TUMORE DELLA CERVICЕ UTERINA	23
LA VACCINAZIONE ANTIHPV	23
PREVENZIONE SECONDARIA DEL TUMORE DELLA CERVICЕ UTERINA	24
GLI INTERVENTI SULLA POPOLAZIONE FRAGILE	25
SCREENING DELLA CERVICЕ UTERINA (DATI 2013 FONTE: SURVEY 2014)	25
CONCLUSIONI E PROSPETTIVE	31

INTRODUZIONE

Il presente documento il risultato delle attività dei programmi di screening per la diagnosi precoce del tumore della mammella, della cervice uterina e del colon retto, in Lombardia, sulla base dei dati aggiornati al 2013 (su rilevazione 2014).

IL CONTESTO EPIDEMIOLOGICO

In Tabella 1 sono descritti i volumi e i tassi di incidenza, prevalenza e mortalità dei tre tumori oggetto di programmi di prevenzione secondaria in Lombardia. Tra i residenti lombardi ogni anno vengono diagnosticati circa 10.000 casi di tumore alla mammella, 9.000 di colon retto e 250 di cervice. I tumori diagnosticati nella classe di età target per lo screening rappresentano il 37% del totale dei tumori al seno, il 27% dei tumori del colon retto e il 65% per quel che riguarda la cervice uterina.

Tabella 1 – Lombardia: volumi e tassi incidenza mortalità prevalenza; stima anno 2013
(fonte: Banca Dati www.tumori.net¹)

Valori assoluti			n° nuovi casi	n° decessi	n° casi prevalenti
Cervice	F	0-99	227	100	2.656
Colon-retto	M	0-99	5.066	1.778	34.785
Colon-retto	F	0-99	4.060	1.437	31.217
Mammella femminile	F	0-99	9.788	1.933	125.959
Cervice	F	25-64	149	44	1.845
Colon-retto	M	50-69	1.533	431	9.619
Colon-retto	F	50-69	1.010	280	7.846
Mammella femminile	F	50-69	3.698	528	48.479
Tassi grezzi/anno (per 100.000 abitanti)			tasso incidenza	tasso mortalità	tasso prevalenza
Cervice	F	0-99	4,41	1,94	51,61
Colon-retto	M	0-99	102,69	36,04	705,09
Colon-retto	F	0-99	78,71	27,86	605,16
Mammella femminile	F	0-99	189,75	37,47	2.441,81
Cervice	F	25-64	5,32	1,56	66
Colon-retto	M	50-69	124,68	35,07	782,36
Colon-retto	F	50-69	78,39	21,76	608,89
Mammella femminile	F	50-69	286,93	40,94	2.441,81

In Figura 1 sono descritti i trend di incidenza e mortalità sia dei tumori oggetto di prevenzione secondaria sia dei più frequenti tumori presenti nella popolazione.

Negli uomini il tumore del colon retto è il terzo più frequente dopo prostata e polmone, mentre per quel che riguarda la mortalità è secondo dopo quello del polmone. Per le donne il tumore al seno è il più frequente e quello del colon retto è il secondo, ciò corrisponde anche alla situazione in merito alla mortalità, considerando che il tumore al polmone ha valori di mortalità simili a quelli del colon retto.

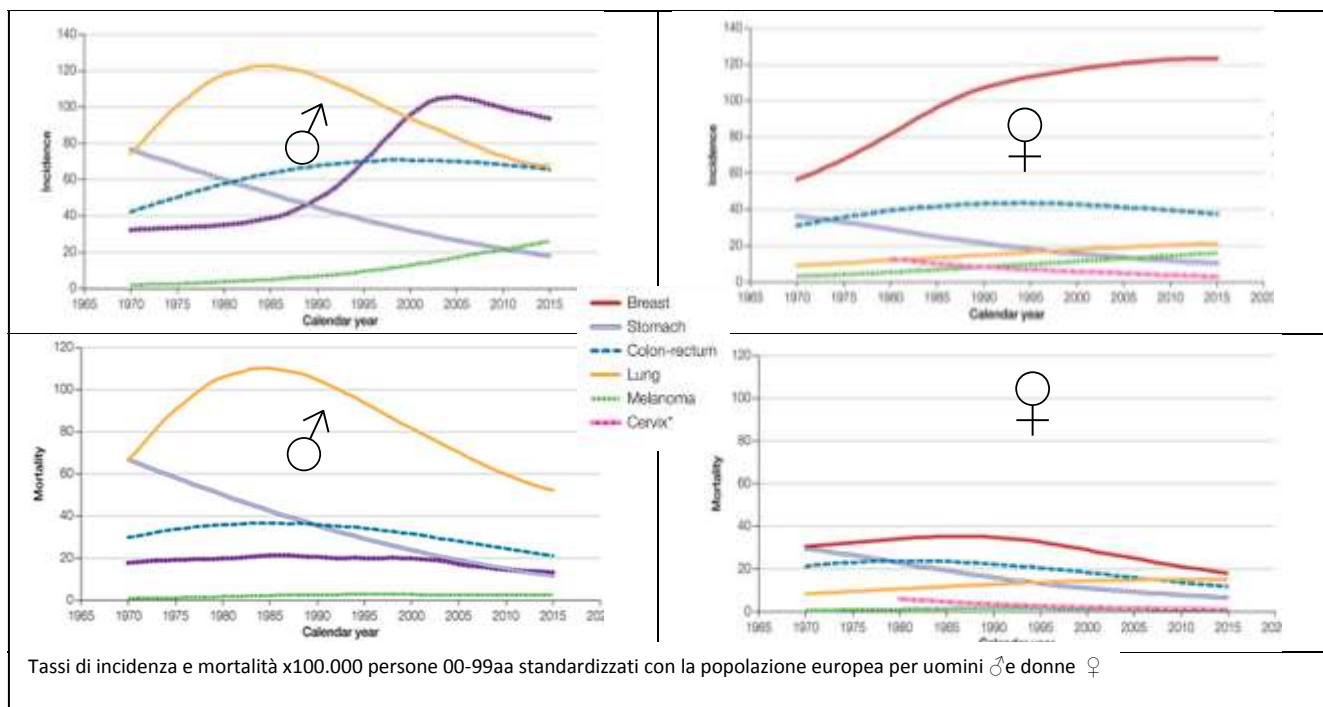
Il trend per il colon retto mostra una lieve diminuzione sia per quel che riguarda l'incidenza sia per quel che riguarda la mortalità, sia per gli uomini sia per le donne.

Analogo andamento si rileva per entrambi i tassi del tumore della cervice uterina.

In merito al tumore della mammella si osserva una stabilizzazione del tasso di incidenza e una progressiva diminuzione del tasso di mortalità.

¹ disponibile al sito internet www.tumori.net (verificato il 15/2/2015)

Figura 1 – Lombardia: trend storico tassi di incidenza e mortalità (fonte Gatta 2013²)



GLI INDIRIZZI REGIONALI

I principali indirizzi regionali in merito ai programmi di screening sono i seguenti

- ✓ DDG 32012 del 21/12/2001 "Approvazione delle "linee guida per lo screening del carcinoma della mammella".
- ✓ DDG 26954 del 2/11/2000 "Linee guida generale per l'organizzazione di programmi di screening oncologico e per lo screening del carcinoma della cervice uterina."
- ✓ DDG 25854 del 30/12/2004 "Approvazione delle "linee guida per lo screening del carcinoma del colon-retto".
- ✓ DDG 7248 del 2/7/2007 "Organizzazione dei programmi di screening oncologici in Regione Lombardia. raccomandazioni per la qualità";
- ✓ DGR 5873 del 21/11/2007 "Attivazione percorso per la definizione di un programma di prevenzione del carcinoma della cervice uterina"

In sintesi l'offerta di screening oncologico in Regione Lombardia prevede attualmente:

- tumore alla mammella = una mammografia bilaterale con cadenza biennale alla popolazione femminile tra i 50 e i 69 anni;
- tumore al colon retto = un test del sangue occulto nelle feci con cadenza biennale alla popolazione tra i 50 e i 69 anni;
- tumore alla cervice uterina (offerta differenziata):
 - o in 5 ASL un pap test con cadenza triennale a tutte le donne residenti tra i 25 e i 64 anni;
 - o in 10 ASL è prevista l'attivazione di percorsi di identificazione e coinvolgimento della popolazione fragile tra i 25 e i 64 anni;

² Gatta, G., Ciampichini, R., Bisanti, L., Contiero, P., Tessandori, R., Baili, P., & Rossi, S. (2013). Estimates of cancer burden in Lombardy. *Tumori*, 99(3), 277–84. doi:10.1700/1334.14791

Oltre agli indirizzi sopra esposti Regione Lombardia orienta l'attività dei programmi di screening attraverso la definizione annuale degli obiettivi di interesse regionale per le Aziende Sanitarie, nel 2014 la DGR 1185 ha definito i seguenti obiettivi ed indicatori:

OBIETTIVO
<i>Garantire il mantenimento/miglioramento delle performance di risultato raggiunte nell'offerta di screening oncologici</i>
INDICATORI
<i>2.1 Invio a RL dei dati attività di screening secondo il tracciato record e nel rispetto delle indicazioni della DG Salute</i>
<i>2.2 Screening mammella e colon retto estensione: ≥ 95% adesione: mammella ≥ 60% ; colon retto ≥ 45%;</i>
<i>2.3 Screening cervice uterina ASL con programma screening organizzato : estensione ≥ 95% ; adesione ≥ 40% ASL senza programma di screening organizzato: chiamata attiva per Pap Test delle donne 25-29 anni per le quali non è possibile identificare una prestazione di Pap Test nei flussi 28SAN e 13 FAM nei tre anni precedenti): estensione ≥ 50% delle donne 25-29 anni nel triennio 2012/2013/2014</i>
<i>2.4 Corretta e completa rendicontazione di tutti gli esami citologici (cod. 91385) nel flusso della specialistica ambulatoriale: monitoraggio dei volumi rendicontati</i>
<i>2.5 Migliorare la qualità dell'offerta di screening: Cancro di intervallo: individuare ed analizzare la casistica di cancro di intervallo per i pazienti sottoposti a screening mammografico nel 2010 e a screening del cancro del colon retto nel 2007 (negativi al 1° e 2° livello) – invio report analitico</i>
<i>2.6 Screening mammografico: Tumori T2 (LEA) analisi del rapporto tra tumori screen detected in stadio avanzato T2 e T1N1) e totale dei cancro screen detected.; messa in atto di azioni di miglioramento per garantire una diagnosi precoce (esami successivi) in oltre il 75% dei casi</i>

FONTI DEI DATI E TERMINOLOGIE

I dati presentati di seguito sono stati raccolti attraverso le apposite schede di survey predisposte annualmente dal Ministero della Salute (per il tramite dell'Osservatorio nazionale Screening) per la rilevazione dei Livelli Essenziali di Assistenza. Nel presente report sono divulgati i dati raccolti nel 2014 sull'attività 2013. Tali dati sono stati integrati con dati di rilevazione dell'attività sanitaria (flusso ambulatoriale). Sono stati confrontati i dati raccolti con le survey ministeriali (dati aggregati) con i dati inviati dalle ASL a Regione attraverso il flusso informativo screening (a record individuale).

I dati di confronto italiani sono tratti dalle survey condotte a livello nazionale³.

Gli indicatori utilizzati e gli standard di riferimento sono quelli identificati dalle società scientifiche nazionali che si occupano di screening per il programma di screening colon rettale⁴, per il programma di screening mammografico⁵, per il programma di screening della cervice uterina⁶.

³ Osservatorio Nazionale Screening. I programmi di screening in Italia.

http://www.osservatorionazionalescreening.it/sites/default/files/allegati/screening_matite_2.pdf#overlay-context=content/i-rapporti-brevi-dell%25E2%2580%2599ons (verificato il 23/2/2015).

⁴ Quality indicators for the evaluation of colorectal cancer screening programmes. Epidemiologia e Prevenzione 2007 anno 31 (6) supp 1.

⁵ Giordano, L., Giorgi, D., Frigerio, A., Bravetti, P., Paci, E., Petrella, M., & Ponti, A. (2006). Indicatori e standard per la valutazione di processo dei programmi di screening del cancro della mammella. Epidemiologia e Prevenzione, 2 (supplemento 1).

⁶ Ronco G, Zappa M et al. indicatori e standard per la valutazione di processo dei programmi di screening del cancro del collo dell'utero Epidemiologia e Prevenzione Supplemento al n. 4/1999

I dati nazionali delle tre linee di screening, aggiornati al 2013, sono stati presentati al XII Convegno annuale dell'Osservatorio nazionale screening: colon retto⁷, cervice uterina⁸, mammella⁹, (presentazioni on line all'indirizzo <http://osservatorionazionale screening.it/>)

I dati di copertura e dei comportamenti in relazione allo screening sono tratti dalla indagine campionaria *“Sistema integrato di raccolta e analisi dati (sorveglianza) su adozione di pratiche preventive e stili di vita favorevoli alla salute nella popolazione in regione lombardia”* - Éupolis 2013 – DG Salute.

I dati sono stati analizzati anche in relazione alla tipologia di accesso, al fine di facilitare la lettura si riportano le definizioni delle terminologie utilizzate:

- **“primi esami – primi inviti”** = si intendono le persone che sono state invitate e/o che partecipano per la prima volta al programma di screening;
- **“esami successivi – inviti successivi”** = si intendono le persone che sono già state invitate e/o che hanno già partecipato al programma di screening.

⁷ Zorzi M, Turrin A. Lo screening coloretale Survey 2013 Convegno Nazionale ONS Perugia, 27-28 Gennaio 2015

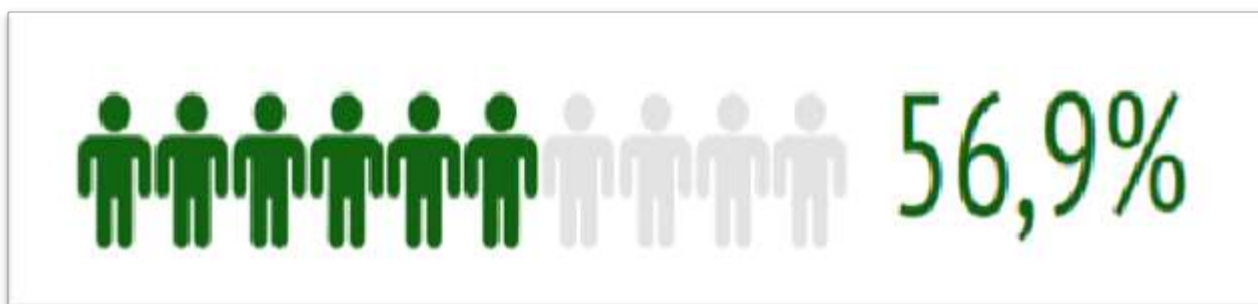
⁸ Campari C. Lo screening della cervice uterina Survey 2013 Convegno Nazionale ONS Perugia, 27-28 Gennaio 2015

⁹ Mantellini P, Ventura L, Lo screening mammografico Survey 2013 Convegno Nazionale ONS Perugia, 27-28 Gennaio 2015

SCREENING COLON RETTALE (DATI 2013 FONTE: SURVEY 2014)

In Lombardia la popolazione target per lo screening colon rettale (uomini e donne tra i 50-69 anni) è rappresentata da 2.450.394 persone (anno 2013 dati Istat¹⁰). Attraverso una indagine campionaria¹¹ è stato rilevato il livello di copertura per un esame di diagnosi precoce per il tumore del colon retto (ovvero sia un esame del sangue occulto delle feci negli ultimi 2 anni, sia una colonscopia negli ultimi 5 anni) eseguito sia all'interno del percorso di screening sia al di fuori di esso. Dalla figura 2 si evince che il tasso di copertura è pari a 57%; altre rilevazioni campionarie¹² hanno evidenziato una copertura pari al 60%.

Figura 2 – Lombardia: copertura per una prestazione di prevenzione per il colon retto
(fonte survey Éupolis- DG Salute)



Nei programmi di screening condotti in Lombardia nel 2013 sono state invitate 1.128.669 persone (di cui 1.115.856, il 99%, con un'età compresa tra i 50 e i 69 anni), e di queste 571.904 hanno eseguito la ricerca del sangue occulto nelle feci.

La Tabella 2 sintetizza i principali indicatori di processo e risultato del programma regionale dall'avvio all'anno 2013, le tabelle 3 - 4 dettagliano i risultati in relazione alla tipologia di accesso (primi esami - esami successivi).

Dal 2007 i programmi di screening sono a sistema su tutto il territorio lombardo: nel biennio 2012 - 2013 il 93% (estensione biennale) della popolazione lombarda di età compresa tra i 50 ed i 69 anni è stata invitata entro l'intervallo di tempo raccomandato, l'**estensione** 2013 è pari al 93% il dato nazionale di riferimento per lo stesso anno è del 58%.

¹⁰ Dati disponibili sul sito internet www.demo.istat.it (verificato il 14/2/2015)

¹¹ "Sistema integrato di raccolta e analisi dati (sorveglianza) su adozione di pratiche preventive e stili di vita favorevoli alla salute nella popolazione in regione lombardia" - Survey Éupolis 2013 - DG Salute.

¹² Osservatorio Nazionale Screening. I programmi di screening in Italia - Rapporto breve ONS 2014 disponibile a http://www.osservatorionazionale screening.it/sites/default/files/allegati/screening_matite_2.pdf#overlay-context=content/i-rapporti-brevi-dell%25E2%2580%2599ons (verificato il 14/2/2015)

Tabella 2 – Regione Lombardia: screening colon retto - indicatori di attività e risultato

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Popolazione target (50-69anni dati Istat)	2.346.075	2.352.489	2.368.324	2.382.143	2.391.854	2.404.355	2.422.930	2.400.066	2.450.394
Invitati	135.643	770.056	1.272.356	1.162.511	1.121.163	1.121.368	1.125.642	1.151.499	1.128.669
Esclusi Pre invito	nd	nd	nd	nd	47.649	41.423	43.829	92.104	98.419
Inesitati	nd	nd	nd	nd	22.054	32.480	21.479	32.996	33.065
Rispondenti	38.057	265.995	514.575	453.915	511.635	503.838	541.833	522.463	571.904
Esclusi post invito	5.788	32.357	58.689	94.341	26.315	17.158	14.679	22.246	11.261
Estensione (%) (50-69 anni)	11	62	103	96	96	93	94	92	93
Copertura degli screening	3	23	43	38	43	42	45	44	47
Adesione corretta (%)	29,3	36,1	42,4	42,5	48,1	47,0	49,6	47,6	52,7
N° positivi	2.069	14.593	28.165	25.065	24.534	25.557	22.542	22.367	25.410
Colonscopie	1.648	12.293	22.161	20.683	20.857	20.240	19.213	18.107	20.790
Colonscopie complete	1.425	9.911	20.081	18.699	19.230	18.941	17.684	16.914	19.135
Tasso di approfondimento (%)	5,4	5,5	5,5	5,5	4,7	5,1	4,4	4,3	4,4
Compliance colonscopia (%)	79,7	84,2	78,7	82,5	85,0	79,2	85,2	81,0	81,8
Colonscopie complete (%)	86,5	80,6	90,6	89,9	92,2	93,6	92,0	93,4	92,0
N° cancro	106	721	1.348	994	765	739	625	591	543
N° adenoma cancerizzato	24	101	254	192	206	247	168	136	124
N° con adenoma HR	400	3.369	5.881	5.685	4.485	4.184	3.739	3.287	3.448
N° con adenoma LR	312	1.689	4.201	3.853	4.125	3.654	3.782	3.771	4.550
VPP cancro (%)	6,4	5,9	6,7	4,8	3,7	3,7	3,3	3,3	2,6
Tasso identificaz. cancro ‰	2,79	2,71	2,62	2,23	1,48	1,47	1,22	1,13	0,95
VPP adenoma HR %	24,3	27,4	26,5	27,5	21,5	20,7	19,5	18,2	16,6
Tasso identificaz. adenomi HR ‰	10,5	12,7	11,4	12,7	8,7	8,3	7,3	6,3	6,0
VPP adenomi LR %	18,9	13,7	19	18,6	19,8	18,1	19,7	20,8	21,9
Tasso ident. adenomi LR‰	8,2	6,3	8,2	8,5	8,1	7,3	7,0	7,2	8,0

Note: i cancri includono gli adenomi cancerizzati ; HR= adenomi ad alto rischio (inclusi tumori in situ, e carcinomi intramucosi), LR = adenomi a basso rischio

Tabella 3 – Regione Lombardia: screening colon retto - indicatori di attività e risultato primi esami

Primi esami	2008	2009	2010	2011*	2012	2013
Volume % rispetto al totale screenati	60	32	37	28	28	27
Tasso di approfondimento (%)	6	5,2	5,5	5,1	5,0	4,8
Compliance colonscopia (%)	78,7	85,8	77,2	83,9	78,7	78,0
Colonscopie complete(%)	89,1	91,7	91,6	91,6	91,2	91,3
Tasso identificazione carcinomi *1000	2,81	1,97	1,99	1,67	1,71	1,3
Tasso identificaz. adenomi HR *1000	15	11,3	9,1	10,29	7,7	7,0
VPP carcinomi (%)	5,9	4,4	4,7	3,9	4,4	3,5
VPP adenoma HR (%)	31,5	25,4	22,4	24,0	19,8	18,7
VPP adenomi LR (%)	19,5	18,4	16,0	17,4	18,8	21,4

* disponibili i dati di 14 ASL

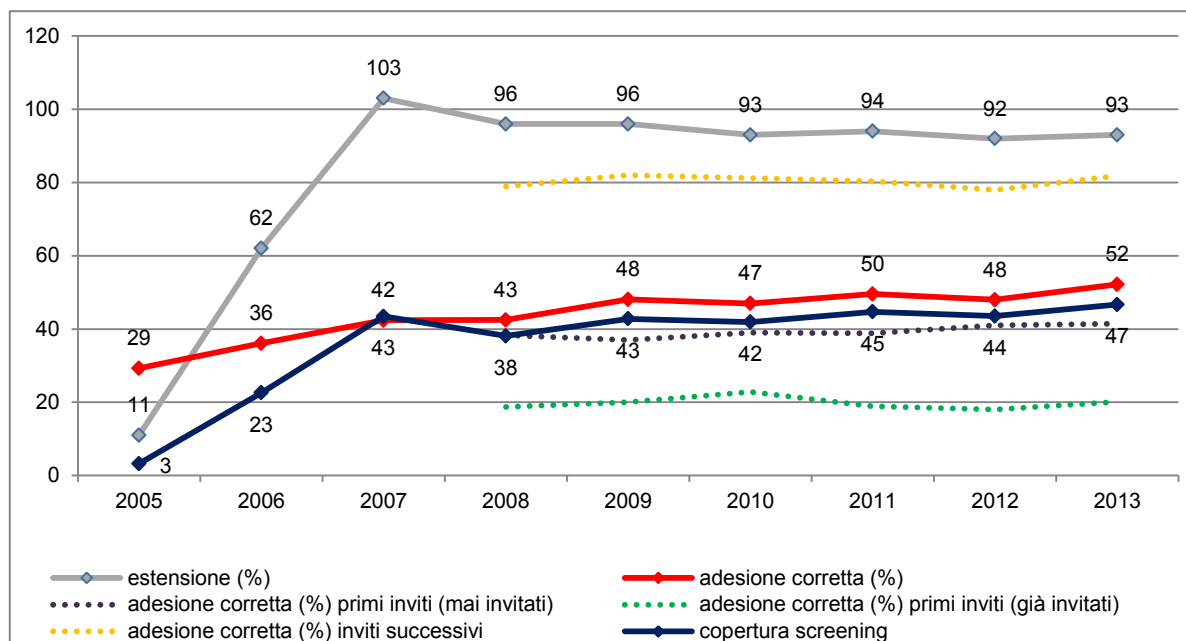
Tabella 4 – Regione Lombardia: screening colon retto - indicatori di attività e risultato esami successivi

Inviti successivi	2008	2009	2010	2011*	2012	2013
Volume % rispetto al totale screenati	40	68	63	72	72	73
Tasso di approfondimento (%)	4,8	4,5	4,9	4,3	4,0	4,3
Compliance colonscopia (%)	88,1	84,6	80,5	85,7	82,1	83,4
Colonscopie complete(%)	91,4	92,5	94,8	92,2	94,5	92,3
Tasso identificazione carcinomi *1000	1,20	1,24	1,17	1,08	0,89	0,8
Tasso identificaz. adenomi HR *1000	8,6	7,4	7,3	6,4	5,7	5,7
VPP carcinomi (%)	2,8	3,3	3,0	3,1	2,7	2,3
VPP adenoma HR (%)	20,3	19,4	19,6	18,5	17,4	15,8
VPP adenomi LR (%)	17,1	20,5	19,4	20,3	21,8	22,1

* disponibili i dati di 14 ASL

L'adesione nel 2013, pari al 53%, conferma il trend in crescita dello screening colon-rettale in Lombardia (figura 3). Analizzando il dato per tipologia d'accesso si evidenzia come l'adesione sia elevata (82%) in coloro che hanno già aderito in precedenza almeno una volta all'invito. Al contrario l'adesione si attesta a livelli non soddisfacenti (complessivamente 24%) tra coloro che aderiscono per la prima volta, anche se è evidente una notevole differenza nell'adesione tra coloro che sono stati invitati per la prima volta (42%) e coloro che erano già stati invitati in precedenza (20%).

Figura 3 – Regione Lombardia: screening colon retto – estensione, adesione e copertura



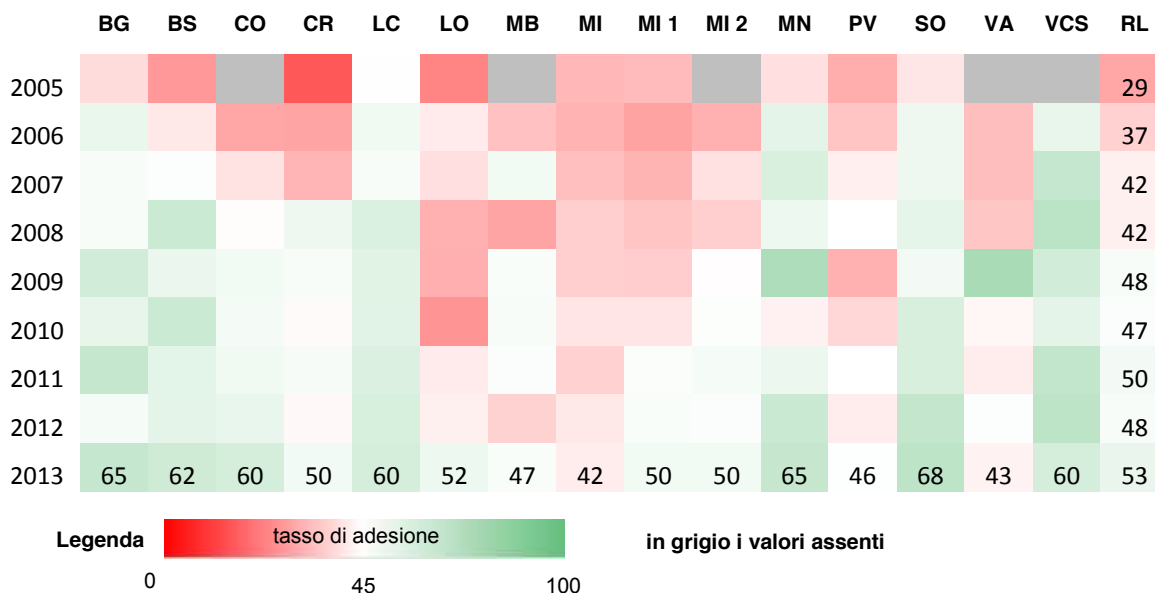
La Tabella 5 mostra l'adesione stratificata per sesso ed età: le donne aderiscono più degli uomini (55% vs. 50%) e il tasso di adesione cresce all'aumentare dell'età.

Tabella 5 – Regione Lombardia: screening colon retto – adesione per genere e classi d'età

Età	Uomini	Donne	Totale
50-54	44%	49%	47%
55-59	48%	55%	52%
60-64	54%	61%	58%
65-69	57%	60%	58%
70+	50%	50%	50%
Totale	50%	55%	53%

La Figura 4 mostra, attraverso un cartogramma (il colore vira dal rosso al verde al valore di adesione del 45% ovvero l'obiettivo annuale per le ASL), l'andamento dei tassi d'adesione nelle singole ASL nel periodo 2006 – 2013: per il 2013 si conferma un incremento complessivo dei tassi nelle realtà lombarde.

Figura 4 – Regione Lombardia: screening colon retto –adesione per ASL



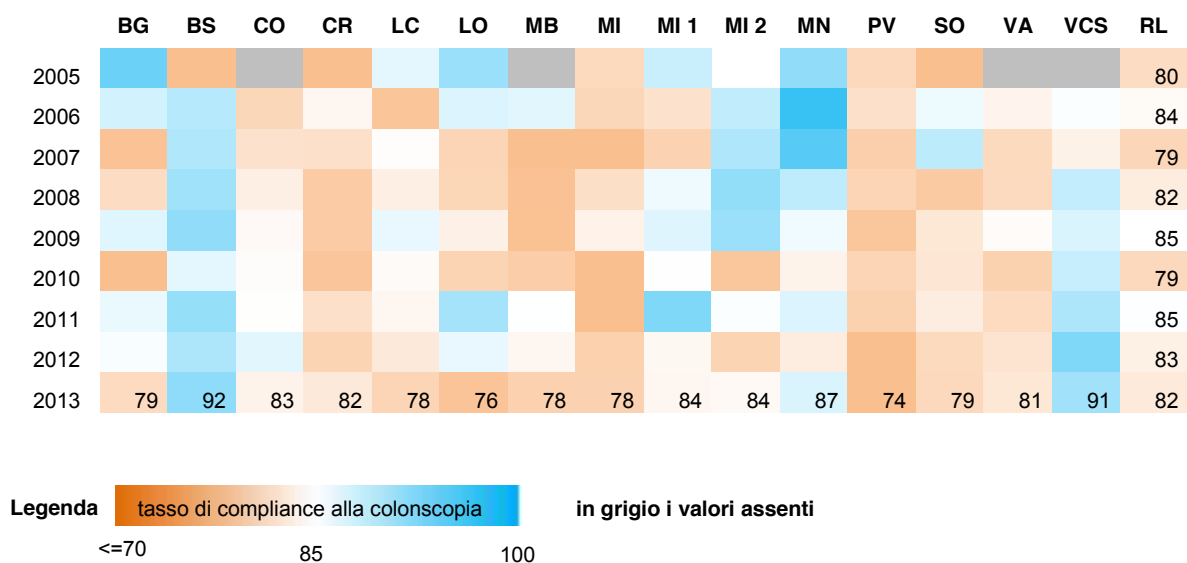
Il confronto con il dato nazionale per quanto riguarda la partecipazione agli screening è disponibile per l'indicatore di **copertura** degli screening: nel 2013 in Lombardia è pari al 47%, in Italia al 26%.

Il **tasso d'approfondimento medio** (cioè il numero dei positivi al test di screening), conferma la diminuzione avvenuta nel 2011 e si conferma sul valore 2012, ovvero al 4,3%. Studiando il dato per tipologia d'accesso, il valore per i primi esami è pari a 5,0% in linea con lo standard di riferimento (<6%), ciò vale anche per gli esami successivi essendo pari al 4,0% (standard <4,5%). Il dato analizzato anche per sesso mostra per i primi esami un tasso d'approfondimento pari al 5,8% per gli uomini e 3,8 per le donne; mentre per gli esami successivi 4,6% per gli uomini e 3,5% per le donne. Le singole ASL riportano valori medi che variano tra il 3,5% e il 4,9%: gli standard di riferimento accettabili sono soddisfatti da 15/15 ASL per i primi esami, e da 15/15 per quelli successivi. Il dato nazionale di riferimento è del 5,5% per i primi esami e del 4,4% per i successivi.

La percentuale di **campioni inadeguati** è pari a 0,24% (standard <1).

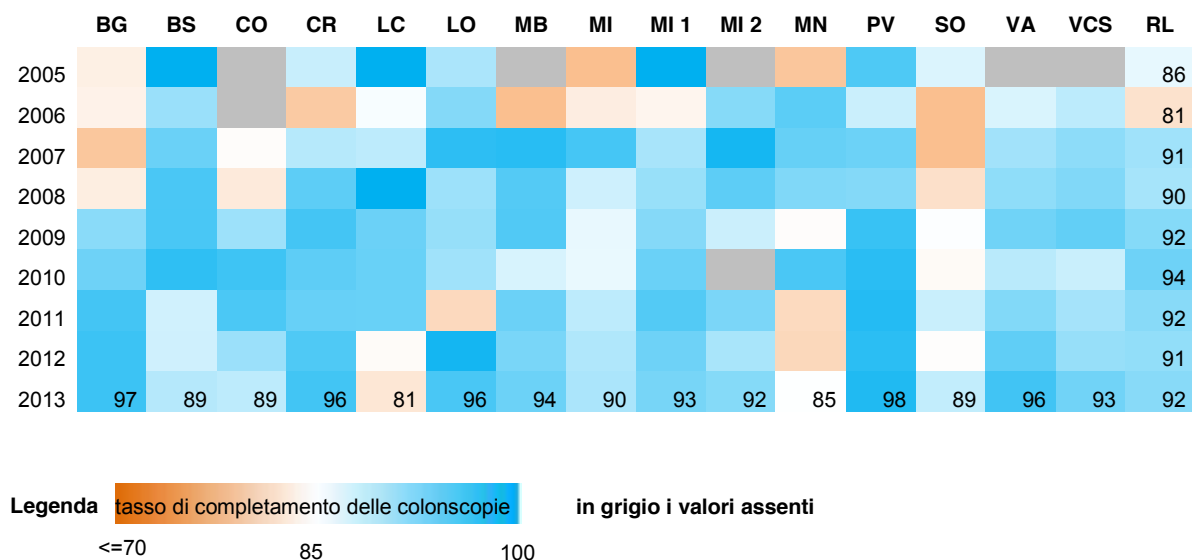
La Figura 5 mostra, attraverso un cartogramma (il colore vira dall'arancione all'azzurro al valore di compliance del 85% ovvero lo standard di riferimento), l'andamento della compliance alla colonscopia in Lombardia e nelle singole ASL, nel periodo 2006 – 2013. Il dato medio regionale, 82% nel 2013, è inferiore allo standard di riferimento e in linea con il valore nazionale (82%). Si osserva una progressiva diminuzione dell'indicatore, infatti nel 2013 3/15 programmi soddisfano lo standard mentre nel 2012 erano 5/15, e nel 2011 erano 9/15. Il dato analizzato per tipologia di esame mostra un valore inferiore per i primi esami (78%) rispetto agli esami successivi (83%) (tabelle 2 e 3).

Figura 5 – Regione Lombardia: screening colon retto – compliance colonscopia per ASL



La Figura 6 mostra il tasso di **completamento delle colonscopie** in Lombardia e nelle singole ASL, nel periodo 2006 – 2013: si segnala in questo caso che 14/15 programmi si attestano al di sopra dello standard (85%). Il dato analizzato per tipologia di esame mostra un valore simile per i primi esami (91%) rispetto agli esami successivi (92%) (tabelle 2 e 3). Il dato complessivo 2013, 92%, è indice di una costante attenzione nei confronti della qualità del secondo livello diagnostico, dato nazionale di riferimento per il 2013 è il 95%.

Figura 6 – Regione Lombardia: screening colon retto – completamento delle colonscopie ASL

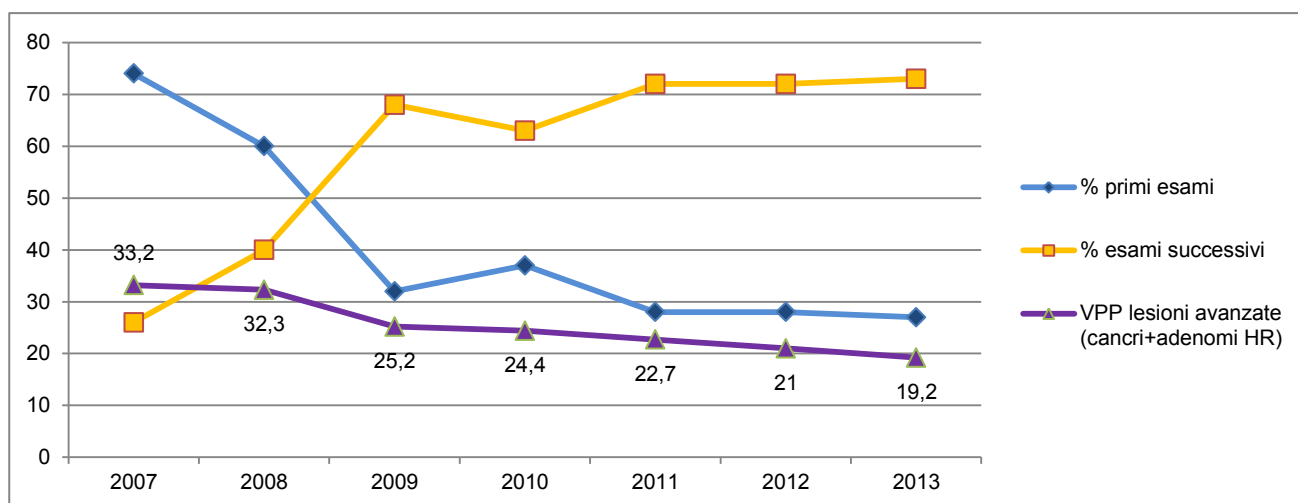


Nel 2013 sono stati identificati 543 cancro (di cui 124 adenomi cancerizzati ovvero il 22% del totale dei cancro), 3.448 adenomi ad alto rischio e 4.550 adenomi a basso rischio.

Il **valore predittivo positivo (VPP)** del FOBT per l'identificazione dei carcinomi e di adenomi avanzati è per i primi esami complessivamente pari a 22,2% (3,5% per i carcinomi e 18,7% per gli adenomi avanzati); il corrispettivo valore nazionale è 25,8% (4,8% e 21%); il dato regionale non raggiunge lo standard di riferimento pari al 25%. Per gli esami successivi invece è complessivamente pari al 18,1% (2,3% per i carcinomi e 15,8% per gli adenomi avanzati), mentre in Italia è pari al 21,5% (2,8% per i carcinomi e 18,7% per gli adenomi avanzati). Il dato regionale raggiunge lo standard di riferimento pari al 15%. Il valore complessivo regionale è di 19,2% (rispettivamente 2,6% per i carcinomi e 16,6% per gli adenomi avanzati).

In Figura 7 è descritto il rapporto tra la composizione dei rispondenti per tipologia di esame e il VPP delle lesioni avanzate. Si segnala inoltre che tra i primi esami gli assistiti tra i 50 e i 54 anni nel 2007 rappresentavano il 21% mentre nel 2013 rappresentano il 59%.

Figura 7 – Regione Lombardia: screening colon retto – composizione rispondenti per tipologia di esame e VPP lesioni avanzate



La Figura 8 descrive l'andamento del tasso di identificazione dei tumori e degli adenomi identificati dallo screening. Complessivamente ogni 1.000 screenati sono stati identificati 0,95 cancri, 6 adenomi ad alto rischio, 8 adenomi a basso rischio. Per i primi esami ogni 1.000 screenati sono stati identificati 1,3 cancri, 7 adenomi ad alto rischio; il dato nazionale è rispettivamente di 1,8 e 8,4; i dati regionali sono inferiori agli standard di riferimento (>2‰ e >7,5‰). Per gli esami successivi ogni 1.000 screenati sono stati identificati 0,8 cancri, 5,7 adenomi ad alto rischio; il dato nazionale è rispettivamente di 1 e 6,8; i dati regionali sono parzialmente in linea con standard di riferimento (>1‰ e >5‰).

In Tabella 6 sono descritti i tassi di identificazione per genere e classi di età. Da segnalare l'inversione del rapporto tra adenomi ad alto rischio e adenomi a basso rischio, nel 2013 viene confermato e ampliato questo trend iniziato nel 2012.

Figura 8 – Regione Lombardia: screening colon retto – composizione rispondenti per tipologia di esame e VPP lesioni avanzate

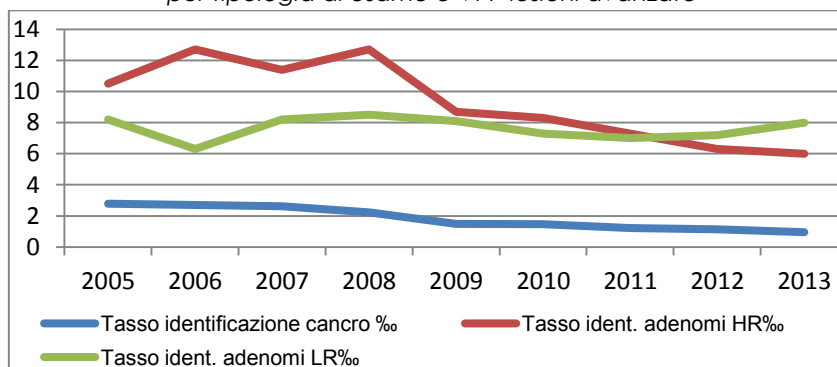


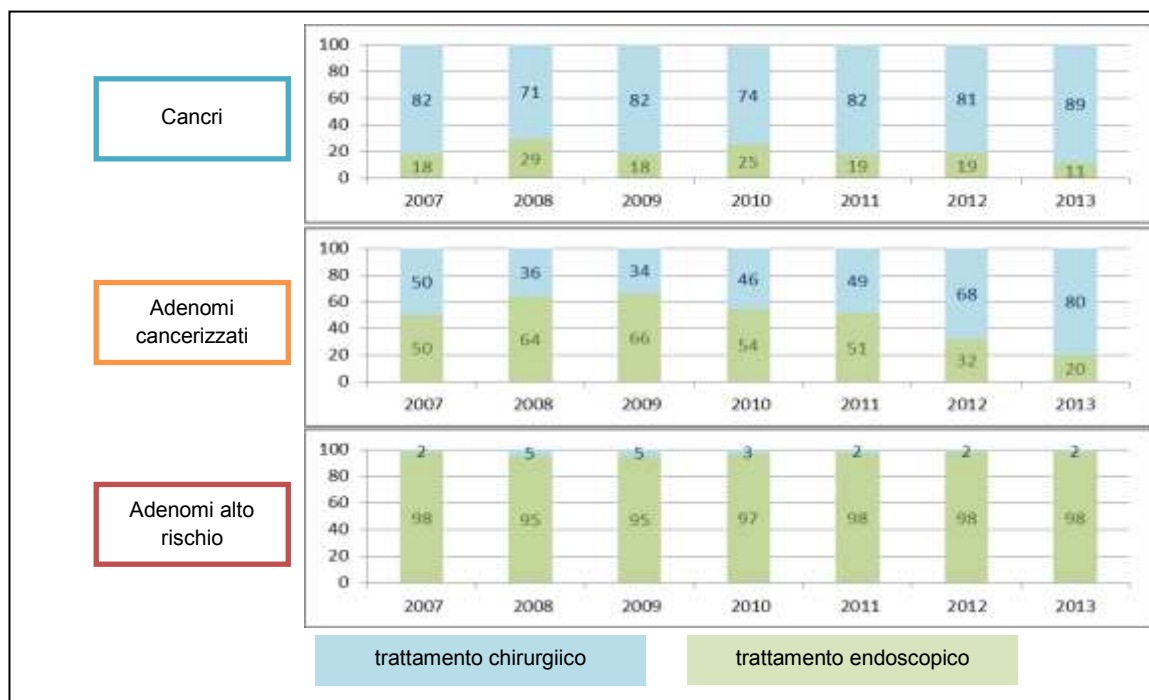
Tabella 6 – Regione Lombardia: screening colon retto – tassi di identificazione

	CANCRO (X 1000)			ADENOMA AVANZATO (X 1000)		
	Uomini	Donne		Uomini	Donne	
50-54	0,8	0,6	0,6	6,3	3,5	4,8
55-59	1,0	0,8	0,9	7,6	3,3	5,3
60-64	1,2	0,8	1,0	8,8	4,3	6,3
65-69	1,6	1,1	1,3	10,2	5,4	7,6
70+	2,8	1,4	2,0	21,3	10,1	15,1
Totale	1,1	0,8	0,9	8,2	4,2	6,0

Delle 543 lesioni identificate nel 2013 sono state stadiate 340 lesioni tumorali di cui 147 (33%) sono rappresentate da adenomi cancerizzati. La percentuale di lesioni stadiate è pari al 68% per il 2013, in aumento rispetto al 2012 (58%) e in linea con gli anni precedenti. Nel 49% dei cancri stadiati le lesioni precoci (T1) corrispondono al 25% del totale.

La figura 9 mostra la tipologia di trattamento effettuato, ove il dato è disponibile, in relazione alle lesioni individuate. Si segnala che il 20% degli adenomi cancerizzati (invasione limitata alla sottomucosa) ed il 98% degli adenomi ad alto rischio sono sottoposti a trattamento endoscopico. Il dato italiano di riferimento mostra una quota d'interventi endoscopici del 15% per i cancri, del 21% per gli adenomi cancerizzati e del 96% per gli adenomi avanzati.

Figura 9 – Regione Lombardia: screening colon retto – trattamento lesioni



Attraverso la rendicontazione annuale le ASL hanno comunicato il numero dei cancri di intervallo per l'anno 2007, ovvero i cancri che si sono sviluppati in seguito ad esito negativo di screening nel 2007 (cioè entro 2 anni dopo un esito negativo al test del sangue occulto delle feci oppure entro 5 anni da un esito negativo ad una colonscopia di approfondimento). Il totale dei cancri di intervallo rilevati è di 264 pari ad un tasso di cancri di intervallo pari a 0,48 ogni 1.000 screenati. Considerando il tasso di identificazione del 2007 dei cancri screen detected si è stimata la sensibilità (cancri screen detected / cancri osservati) pari ad una sensibilità del 84%.

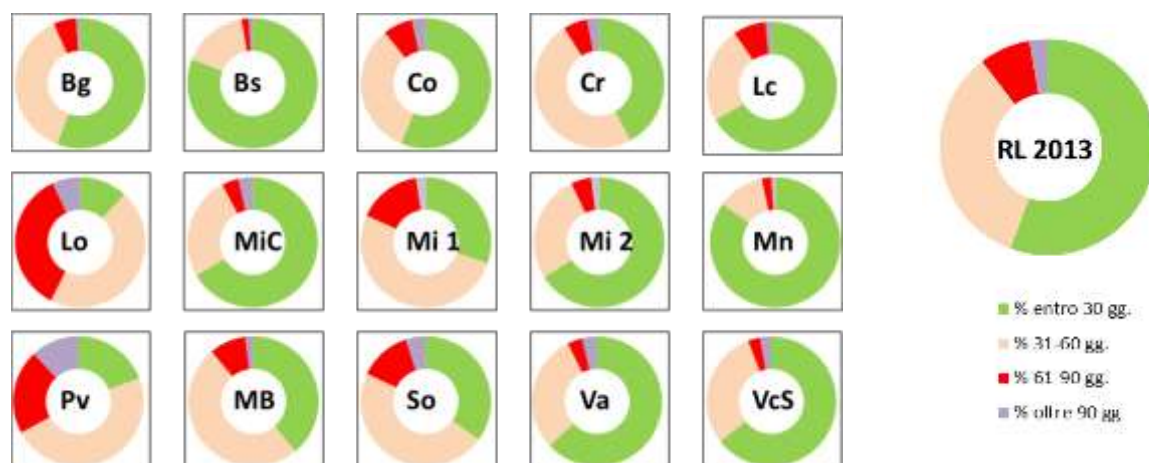
Una stima della sensibilità attraverso il metodo dell'incidenza proporzionale (1 - cancri di intervallo osservati/attesi) è stata condotta attraverso una indagine ad hoc su 10 ASL per una sensibilità pari al 74%. Attraverso la stessa indagine si è visto come il tasso di cancri di intervallo al secondo livello sia risultato pari a 3,3 ogni 1.000 colonscopie negative.

La Tabella 7 mostra i **tempi medi di attesa** che intercorrono tra la comunicazione di positività al FOBT e l'esecuzione dell'approfondimento. I dati italiani descrivono che il 45% delle colonscopie viene eseguito nei 30 gg successivi e il 36% tra 31 e 60 gg l'esito positivo.

Tabella 7 – Regione Lombardia: screening colon retto tempo di attesa Fobt positivo – esecuzione colonscopia

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
% entro 30 gg.	42%	40%	45%	42%	55%	62%	56%
% 31-60 gg.	31%	42%	41%	40%	33%	27%	34%
% 61-90 gg.	18%	13%	10%	11%	5%	8%	8%
% oltre 90 gg	8%	5%	4%	6%	3%	3%	3%

La Figura 10 mostra i **tempi medi di attesa** per colonscopia di approfondimento per ASL nel 2013.
 Figura 10 – Regione Lombardia: screening colon retto – tempo di attesa per colonscopia



Nelle Tabelle 8 e 9 sono evidenziati i **volumi totali** delle principali prestazioni di screening erogate in Lombardia nella popolazione tra i 50-69 anni divise per motivo di esecuzione. Lo screening rappresenta il 79% delle prestazioni di sangue occulto delle feci e il 25% delle colonscopie.

Tabella 8 – Regione Lombardia: screening colon retto – prestazioni di sangue occulto delle feci 50-69 aa

Anno	Totale prestazioni di test del sangue occulto delle	controllo	Screening	Ordinaria	prevenzione spontanea	Urgenti + altro
2011	612.885	18%	78%	4%	0%	0%
2012	580.948	19%	77%	4%	0%	0%
2013	628.595	17%	79%	3%	0%	1%
2014	638.903	18%	79%	3%	0%	0%

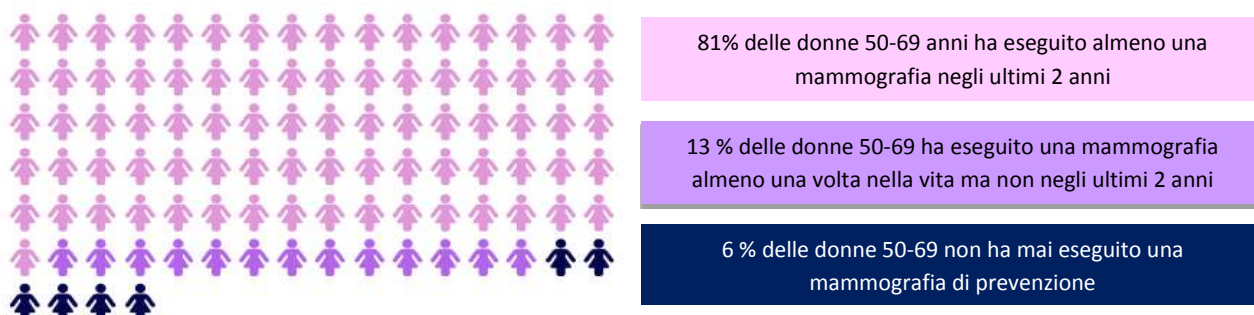
Tabella 9 – Regione Lombardia: screening colon retto – prestazioni di colonscopia 50-69 aa

Anno	Totale prestazioni colonscopia	Controlli programmati	Screening	Ordinaria	prevenzione spontanea	Urgenti + altro
2011	94.964	29%	23%	41%	4%	2%
2012	96.438	30%	23%	41%	4%	2%
2013	99.181	30%	23%	38%	5%	4%
2014	101.957	30%	25%	37%	3%	1%

SCREENING MAMMOGRAFICO (DATI 2013 FONTE: SURVEY 2014)

In Lombardia la popolazione target per lo screening mammografico (donne tra i 50-69 anni) è rappresentata da 1.258.947 di persone (anno 2013 dati Istat¹³). Attraverso un'indagine campionaria è stato rilevato il livello di copertura per una prestazione di prevenzione per il tumore della mammella (ovvero l'esecuzione di una mammografia bilaterale negli ultimi 2 anni) eseguita sia all'interno sia al di fuori dai percorsi di screening. Dalla Figura 11 si evince che il tasso di copertura è pari a 81%; altre rilevazioni campionarie hanno evidenziato una copertura pari al 85%¹⁴.

Figura 11 – Regione Lombardia: screening mammella – copertura per una prestazione di prevenzione del tumore della mammella 50-69aa



In merito all'attività di screening, condotta in Lombardia nel 2013, sono state invitate 558.238 donne tra i 50-69 anni e di queste 331.698 hanno eseguito una mammografia di screening.

La tabella 10 sintetizza i principali indicatori di processo e risultato del programma regionale dall'avvio all'anno 2013, le tabelle 11 - 12 dettagliano i risultati in relazione alla tipologia di accesso (primi esami - esami successivi).

Tabella 10 – Regione Lombardia: screening mammella – indicatori di attività e risultato

INDICATORI	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Target	1.217.582	1.227.123	1.249.808	1.250.038	1.261.459	1.290.455	1.258.947
Esclusi pre invito	nd	nd	72.419	41.417	50.270	67.173	51.220
Invitati	548.936	590.238	525.381	552.512	548.463	564.138	558.238
Rispondenti	297.793	316.965	300.915	306.862	319.580	326.779	331.698
Esclusi post invito	nd	73.627	65.703	86.040	74.510	69.754	62.075
Inesitati	nd	nd	14.866	13.387	10.423	17.181	6.702
Estensione %	89	101	95	92	93	95	91
Copertura %	49	52	48	49	51	51	53
Adesione corretta %	62	65	67	68	68	68	68
N° positivi	14.554	16.525	16.605	17.970	17.110	17.670	18.101
Tasso di approfondimento %	4,9	5,2	5,5	5,8	5,3	5,4	5,5
Totale cancro identificati	1.348	1.286	1.349	1.374	1.353	1.235	1500
Tot in situ	120	149	202	204	160	165	188
% in situ (sui classificati)	8,9	11,6	15,8	15,7	12,7	14,1	14,4
Tot <10 mm	310	350	365	411	434	456	423
% <10 mm (sui classificati)	22,9	27,2	28,5	31,6	34,4	39,0	32,3
Tot <20 mm	nd	837	842	873	899	843	921
% <20mm (sui classificati)	nd	65,1	62,4	66,9	69,2	72,2	70,7
VPP	9,2	7,8	8,1	7,6	7,9	7,0	8,3
Tasso di identificazione ‰	4,5	3,9	4,5	4,5	4,2	3,8	4,5
Tasso di identificazione <10 mm ‰	1,0	1,1	1,2	1,3	1,3	1,4	1,3
N° donne inviate ad intervento chirurgico di cui il programma ancora non ha informazioni	nd	nd	219	274	317	413	280

¹³ dati disponibili sul sito internet www.demo.istat.it (verificato il 14/2/2015)

¹⁴ Osservatorio Nazionale Screening. I programmi di screening in Italia - Rapporto breve ONS 2014 disponibile a http://www.osservatorionazionalescreening.it/sites/default/files/allegati/screening_matite_2.pdf#overlay-context=content/i-rapporti-brevi-dell%25E2%2580%2599ons (verificato il 14/2/2015)

Tabella 11 – Regione Lombardia: screening mammella – indicatori di attività e risultato primi esami

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Tasso di approfondimento (%)	8,5	8,1	8,9	9,1	8,5	9,3	9,5
Totale cancro identificati	297	366	340	331	286	283	301
% in situ (sui classificati)	12	10	18	16	16	17	12
% <10 mm (sui classificati)	34	27	22	28	30	30	31
% <20mm (sui classificati)	nd	67	57	65	64	61	66
VPP	4,7	5,9	5,7	5,5	5,2	4,5	5,2
Tasso di identificazione ‰	4,1	4,7	5,1	5,0	4,3	4,1	4,9
Tasso di identificazione <10 mm ‰	1,1	1,2	1,0	1,4	1,2	1,2	1,4
Rapporto B/M	0,3	0,2	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2

Tabella 12 – Regione Lombardia: screening mammella – indicatori di attività e risultato esami successivi

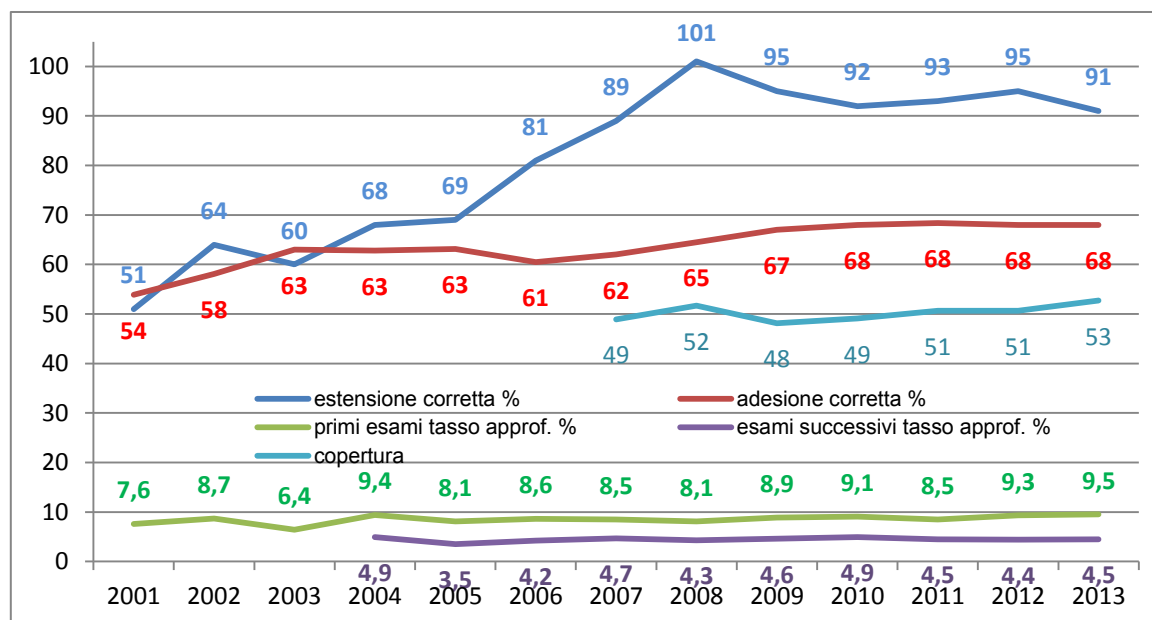
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Tasso di approfondimento (%)	4,2	4,7	4,6	4,9	4,5	4,4	4,5
Totale cancro identificati	1.051	920	1.009	1.043	1.067	952	1.199
% in situ (sui classificati)	12	12	15	15,5	12	13	15
% <10 mm (sui classificati)	34	28	31	33	36	42	33
% <20mm (sui classificati)	nd	65	69	68	73	74	69
VPP	8,7	9,0	9,5	8,7	9,2	8,4	9,7
Tasso di identificazione ‰	3,9	3,9	4,3	4,3	4,1	3,7	4,4
Tasso di identificazione <10 mm ‰	1,1	1,1	1,3	1,3	1,4	1,5	1,3
Rapporto B/M	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

Il test di screening utilizzato per tutti i programmi è la mammografia bilaterale in doppia proiezione, in tutti i casi la lettura del test avviene grazie alla refertazione di ogni radiogramma da parte di due radiologi (doppio cieco).

L'estensione annuale, cioè le donne che sono effettivamente state invitate rispetto al target è pari al 93% a fronte di un dato medio nazionale riferito al 2010 del 74%.

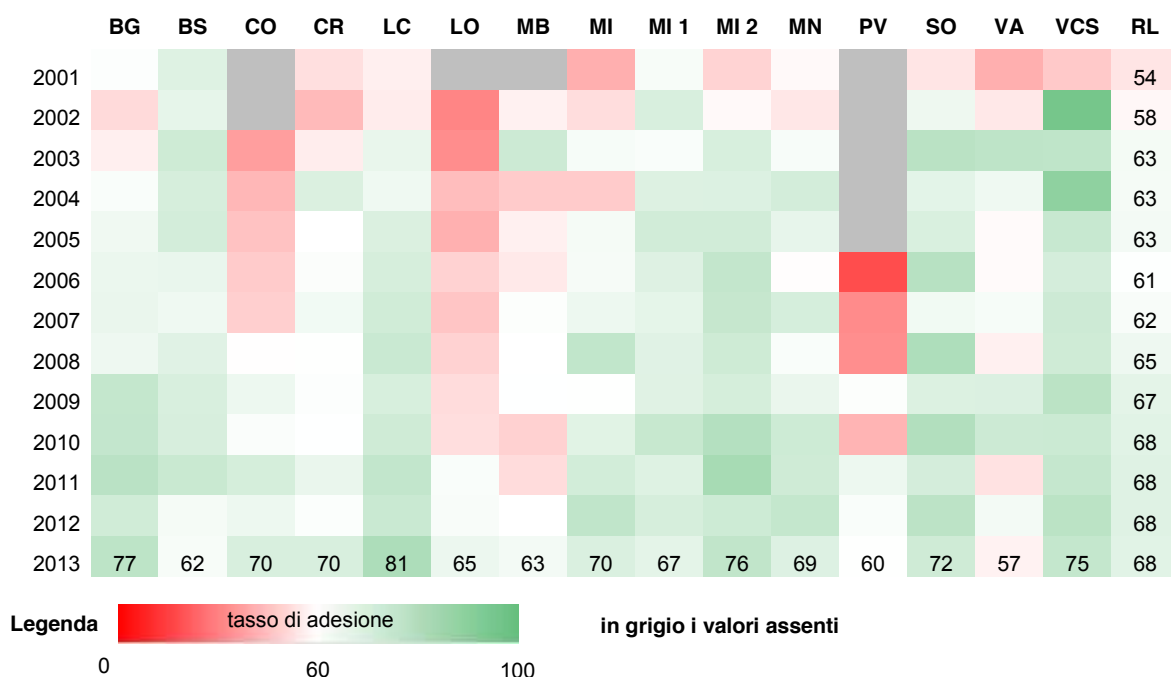
L'adesione corretta, cioè la percentuale di donne che hanno effettuato la mammografia sul totale delle invitate e tenuto conto di coloro che per vari motivi vengono escluse (es. mammografia recente), è pari al 68% confermando il miglior risultato dall'inizio dell'attività in Lombardia (Figura 12). Il valore è al di sopra della media nazionale (62%).

Figura 12 – Regione Lombardia: screening mammella – estensione, adesione e copertura



La Figura 13 mostra, attraverso un cartogramma (il colore vira dal rosso al verde al valore di adesione del 60% ovvero l'obiettivo annuale per le ASL), l'andamento dei tassi d'adesione nelle singole ASL nel periodo 2006 – 2013.

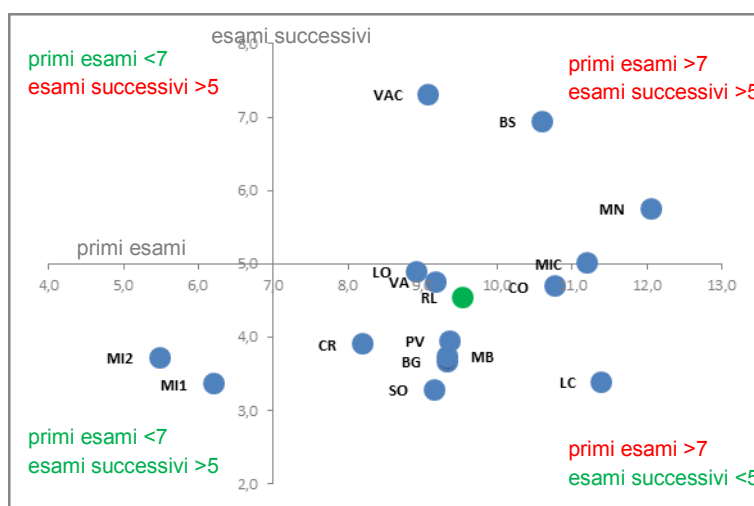
Figura 13 – Regione Lombardia: screening mammella – adesione per ASL



Il 18% delle mammografie di screening si sono svolte nell'ambito dei primi esami, 82% nell'ambito degli esami successivi.

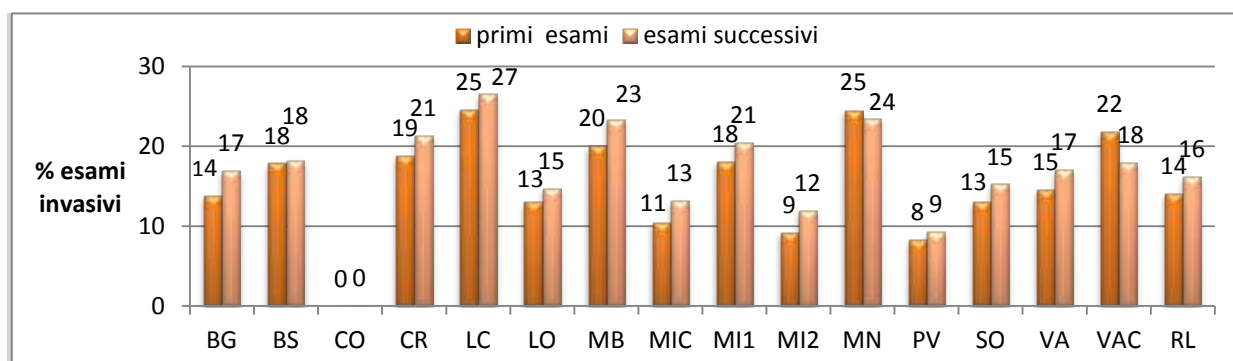
Il valore medio regionale del tasso di approfondimento (Figura 14) è 5,5%: per i primi esami 9,2% (dato nazionale 10%), per gli esami successivi 4,4% (dato nazionale 4,7%). Per i primi esami lo standard dei tassi di approfondimento (<7%) è garantito da 2/15 ASL, per gli esami successivi da 12/15 ASL. Le donne che non aderiscono all'approfondimento rappresentano l'1%.

Figura 14 – Regione Lombardia: screening mammella – tassi di approfondimento per ASL



È in diminuzione rispetto agli anni precedenti la percentuale di donne sottoposte a procedure invasive per chiarire dubbi diagnostici: 16% per gli esami successivi, 14% per i primi esami (Figura 15). Il dato complessivo è del 16%.

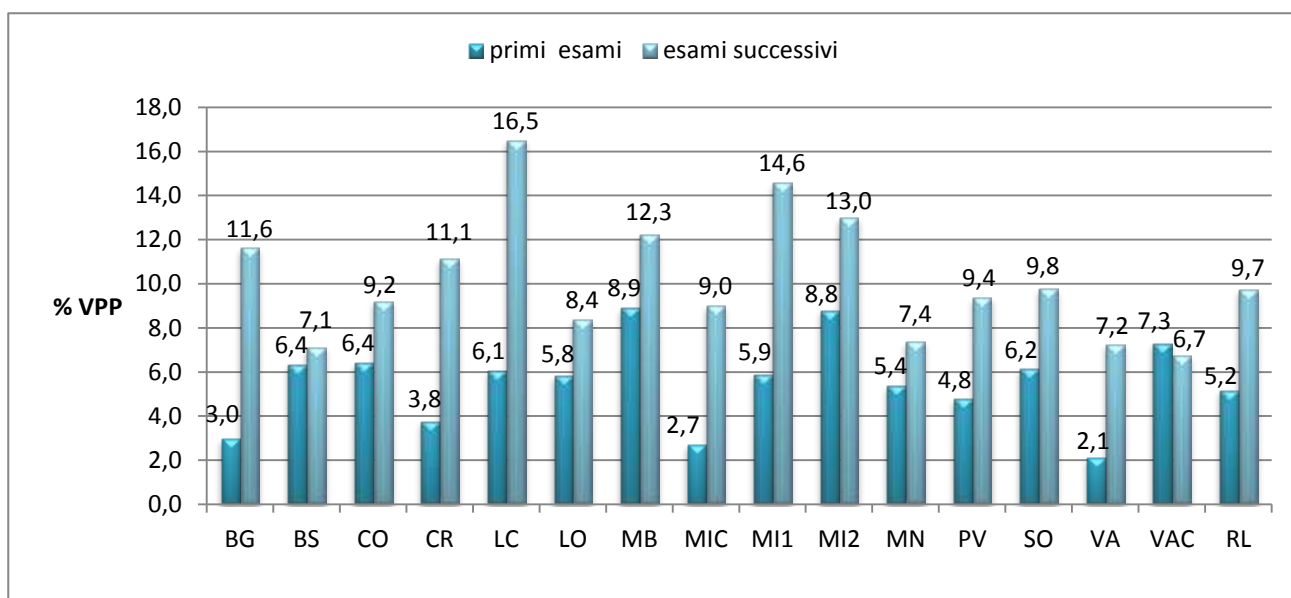
Figura 15 – Regione Lombardia: screening mammella – percentuale procedure invasive



Il **rapporto tra tumori benigni e maligni** operati soddisfa gli standard desiderabili sia per i primi esami (0,16) sia per gli esami successivi (0,07); complessivamente è pari a 0,09 (in linea con i dati italiani 0,2 e 0,09).

Il **valore predittivo positivo** (VPP figura 15), cioè il numero di cancro individuati rispetto agli approfondimenti eseguiti, è pari complessivamente al 8,3%, ciò significa che viene individuato un cancro ogni 12 donne avviate ad approfondimento. L'analisi in relazione alla tipologia di esame (primi esami e successivi) mostra che il VPP dell'approfondimento aumenta significativamente negli esami successivi rispetto ai primi esami (9,7% vs. 5,2%). In sintesi, per gli esami successivi, ogni 10 donne avviate ad approfondimento viene individuato un cancro, per i primi esami ogni 20 donne. In Figura 16 è rappresentato il dettaglio per ASL e per tipologia di esame.

Figura 16 – Regione Lombardia: screening mammella – Valore Predittivo Positivo %



Il **tasso di identificazione** (Figura 17, Tabelle 13 e 14) misura il numero di cancro individuati in relazione alle donne screenate, il dato medio è 4,5%; se riferito ai primi esami 4,9%, per gli esami successivi è 4,4%. Se considerati solo i tumori inferiori al centimetro il tasso di identificazione è 1,4 % per i primi esami e 1,3% per gli esami successivi.

Inoltre in Tabella 13 sono descritti i tassi di identificazione per singola ASL e per fascia d'età.

Si evidenzia che le ASL di Milano, Varese, Monza Brianza, Brescia, Como, Cremona hanno rendicontato numerosi casi (rispettivamente 113, 62, 31, 16, 23, 17) di pazienti inviati a intervento

chirurgico per i quali non si conosce l'esito: tale casistica non viene considerata per il conteggio dei tumori e degli indicatori. È pertanto possibile una sottostima dei valori sia delle singole ASL sia di Regione Lombardia. In coerenza con il tasso del rapporto tra tumori benigni e maligni operati rilevato nel 2013, e considerando che i casi segnalati come inviati a intervento chirurgico per i quali non si conosce l'esito sono complessivamente pari a 280 si può stimare che il numero totale di tumori screen detected in Lombardia nel 2013 sia 1.755, il VPP 9,7% e il tasso di identificazione 5,3%. Analogamente i tassi di identificazione e i VPP degli anni precedenti sono per il 2013 5,0% e 9,3%; per il 2012 5,2% e 9,8%; per il 2011 5,4% e 9,2%, per il 2010 5,2% e 9,4%.

Attraverso la rendicontazione degli obiettivi annuali, le ASL hanno comunicato il numero dei **cancri di intervallo** per l'anno 2010, ovvero quei tumori diagnosticati nei due anni successivi ad una mammografia di screening negativa (o in seguito ad un eventuale approfondimento negativo) eseguita nel 2010. Per questa coorte di pazienti sono stati registrati 597 tumori di intervallo (dati di 14 ASL) che danno origine ad un tasso annuale di 1,8; la sensibilità stimata con il rapporto tra tumori screen detected e tumori totali osservati (screen detected + tumori di intervallo) è pari al 71% (al 74% considerando tra i tumori screen detected anche parte di quelli per i quali il programma non aveva informazioni nella rendicontazione 2010).

Sempre attraverso la rendicontazione annuale degli obiettivi di interesse regionale, è rendicontata la percentuale di tumori screen detected per il 2013. Complessivamente nei programmi di screening lombardi la percentuale di tumori **in stadio pari o superiore a 2** (che riferendosi alla classificazione TNM significa tumori T1N+ sommati ai tumori T2+) è pari al 24,9%.

Figura 17 – Regione Lombardia: screening mammella – tasso di identificazione cancro %

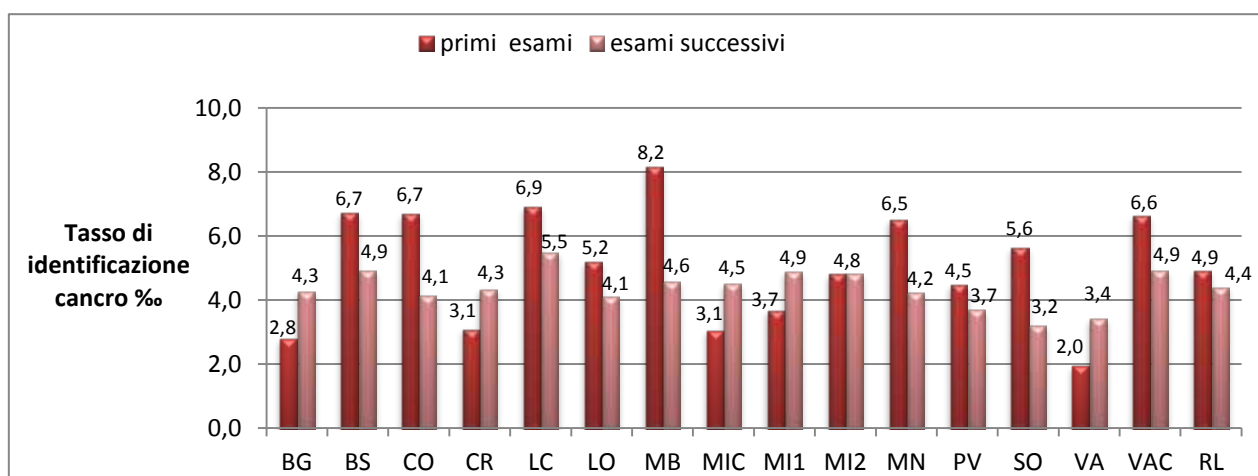


Tabella 13 – Regione Lombardia: screening mammella – tasso di identificazione cancro

Età	TASSO DI IDENTIFICAZIONE CANCRO															
	BG	BS	CO	CR	LC	LO	MB	MIC	MI1	MI2	MN	PV	SO	VA	VAC	RL
50-54	3,0	5,1	4,2	3,5	3,8	3,8	6,7	2,8	3,3	3,4	5,1	3,0	2,8	2,3	4,2	3,7
55-59	3,9	3,9	3,7	3,5	4,1	4,0	4,1	3,9	2,9	3,0	4,0	5,1	2,9	2,0	3,7	3,6
60-64	3,7	5,5	4,4	4,4	8,0	6,9	6,5	5,6	5,1	7,3	5,0	5,2	3,9	4,1	5,7	5,2
65-69	5,7	6,5	6,5	6,0	6,8	2,7	5,2	4,7	7,7	5,8	4,5	2,5	5,1	4,6	7,3	5,6
Tot. 50-69	4,0	5,2	4,7	4,3	5,7	4,4	5,6	4,3	4,7	4,8	4,7	4,0	3,6	3,2	5,1	4,5

In Tabella 14 sono descritti i volumi di attività delle mammografie erogate in Regione Lombardia per la classe di età 50-69 anni: lo screening rappresenta per il 2013 il 63%; se vengono conteggiate anche le mammografie extrascreening si può stimare che la copertura raggiunge l'83% (dato in linea con quanto emerso dalla survey campionaria Figura 11).

Tabella 14 – Regione Lombardia: screening mammella – volumi attività mammografica

COPERTURA PER MAMMOGRAFIA BILATERALE DELLA POPOLAZIONE TARGET						
Anno	Mammografie in regime ambulatoriale	Mammografie in prevenzione spontanea	Mammografie in screening	Totale	% in screening	% Copertura stimata
2002	163.290	45.025	113.248	321.563	35%	52%
2003	158.654	45.494	127.122	331.270	38%	54%
2004	134.788	56.791	184.641	376.220	49%	61%
2005	132.886	57.014	227.075	416.975	54%	68%
2006	131.812	53.808	247.265	432.885	57%	70%
2007	128.822	52.051	274.850	455.723	60%	74%
2008	130.536	49.542	292.025	472.103	62%	77%
2009	132.728	46.406	291.023	470.157	62%	75%
2010	146.713	42.205	305.551	494.469	62%	79%
2011	144.156	36.626	321.228	502.010	64%	81%
2012	141.423	36.657	325.688	503768	64%	81%
2013	155.708	37.164	332.575	525.447	63%	83%

Infine il presente report è occasione per restituire i dati in merito a quanto emerso dalla rilevazione ad hoc, realizzata dalla DG Salute, sulla tipologia dei mammografi utilizzati per lo screening mammografico: su un totale di 113 mammografi censiti, il 57% utilizza una tecnologia digitale per la scansione dell'immagine, e il 43% con una tecnologia analogica (di cui la quasi totalità con conversione dell'immagine in digitale).

PREVENZIONE DEL TUMORE DELLA CERVICE UTERINA

L'attività di prevenzione del tumore della cervice uterina comprende l'attivazione delle ASL sia in termini di prevenzione primaria (vaccinazione) sia di prevenzione secondaria (pap test).

La vaccinazione antiHPV

In tabella 15 sono illustrate le coperture vaccinali delle coorti delle undicenni.

Tabella 15 – Regione Lombardia: vaccinazione HPV

<i>Coorte 2001*</i>	<i>% vaccinate con almeno una dose</i>	<i>% vaccinate con ciclo completo</i>
Lombardia	79,6%	71,7%
Italia	72,6%	64,7%
<i>Coorte 2000</i>	<i>% vaccinate con almeno una dose</i>	<i>% vaccinate con ciclo completo</i>
Lombardia	79,2%	74,5%
Italia	74,7%	69,7%
<i>Coorte 1999</i>	<i>% vaccinate con almeno una dose</i>	<i>% vaccinate con ciclo completo</i>
Lombardia	76,0%	75,0%
Italia	75,3%	71,2%
<i>Coorte 1998</i>	<i>% vaccinate con almeno una dose</i>	<i>% vaccinate con ciclo completo</i>
Lombardia	71,3%	67,5%
Italia	74,8%	70,3%

**chiamata in corso*

In sinergia con l'offerta vaccinale alle undicenni, in ragione dell'utilità sociale del programma, con d.g.r. XIII/10804/2009 - allegato 5, Regione Lombardia ha stabilito che "a partire dall'1 gennaio 2010, le strutture sanitarie accreditate e a contratto per prestazioni di specialistica ambulatoriale, potranno effettuare detta vaccinazione, con oneri a carico della richiedente, nei confronti di persone di sesso femminile dai 13 aa e sino ai limiti di età previsti dalla registrazione EMA (European Medicines Agency)".

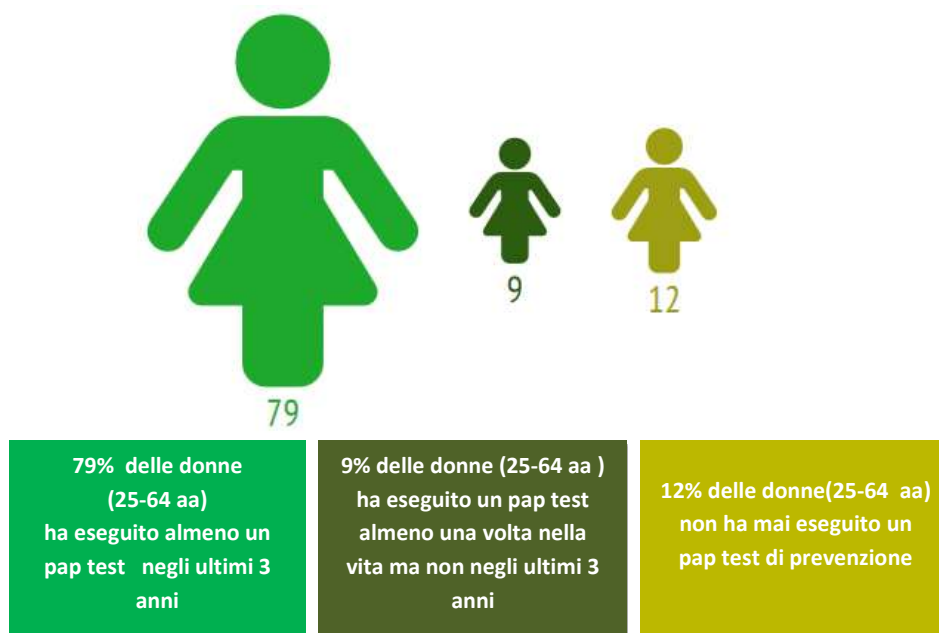
Si è così inteso garantire per questa vaccinazione, finalizzata alla protezione individuale ed erogabile nell'ambito dei periodici controlli ed interventi di diagnosi e cura, all'interno del rapporto medico-paziente, alti livelli di qualità e la registrazione in anagrafe vaccinale. Gli oneri della vaccinazione sono a carico dei richiedenti, mentre le prestazioni relative alle visite specialistiche e counselling pre-vaccinale rientrano nell'ambito delle attività di specialistica ambulatoriale, con eventuale compartecipazione alla spesa quando dovuta.

Sul sito internet www.sanita.regione.lombardia.it è disponibile l'elenco, costantemente aggiornato in base alle nuove adesioni, delle strutture sanitarie che hanno attivato il servizio ed alle quali è possibile rivolgersi per eseguire la vaccinazione.

Prevenzione secondaria del tumore della cervice uterina

In Lombardia la popolazione target per lo screening della cervice uterina (donne tra i 25-64 anni) è rappresentata da 2.717.955 donne (anno 2013 dati Istat¹⁵). Attraverso una indagine campionaria è stato rilevato il livello di copertura per una prestazione di diagnosi precoce (ovvero l'esecuzione di un pap test negli ultimi 3 anni) eseguita sia in screening sia al di fuori dai percorsi di screening. Dalla Figura 18 si evince che il tasso di copertura è pari a 57%; altre rilevazioni campionarie¹⁶ hanno evidenziato una copertura pari al 60%.

Figura 18 – Regione Lombardia: copertura prevenzione per il tumore della cervice uterina



Il 25% della popolazione lombarda è residente nelle 5 ASL coperte da screening organizzato (Brescia, Mantova, Lodi, Pavia, Valle Camonica Sebino). Il restante 75% in ASL con attività di prevenzione ad accesso spontaneo e di attenzione alla popolazione fragile.

La tabella 16 descrive la stima della copertura per pap test, attraverso l'utilizzo del flusso sanitario delle prestazioni ambulatoriali (esame citologico della cervice uterina codice prestazione 91385) è possibile stimare la copertura della popolazione in relazione alla prestazione di pap-test. Il numero totale di pap test per la fascia di età 25 - 64 anni rendicontato nei flussi sanitari è stato nel 2013 di 420.949, di cui 173.900 nelle sei ASL con un programma di screening attivo e 247.049 nelle 9 ASL senza un programma di screening attivo.

Tabella 16 – Regione Lombardia: vaccinazione HPV – stima copertura da flussi ambulatoriali

Copertura pap test da flussi ambulatoriali	N° prestazioni nelle residenti lombarde 25-64 aa	Copertura RL	Copertura nelle ASL con programma di screening	Copertura nelle ASL senza programma di screening
2008	-	37%	54% (6 ASL)	31%
2009	-	41%	62% (6 ASL)	33%
2010	-	42%	60% (6 ASL)	35%
2011	-	40%	59% (6 ASL)	33%
2012	401.270	44%	61% (6 ASL)	38%
2013	420.949	46%	70% (5 ASL)	39%

la stima proxi della copertura è eseguita dividendo il numero dei pap test di ogni anno con la popolazione target e moltiplicando per 3 (numero raccomandato degli anni di intervallo); è possibile una modesta sovrastima data dalla possibilità di ripetizione del pap test ad intervalli più brevi di una parte delle assistite

¹⁵ dati disponibili sul sito internet www.demo.istat.it (verificato il 14/2/2015)

¹⁶ Osservatorio Nazionale Screening. I programmi di screening in Italia - Rapporto breve ONS 2014 disponibile a http://www.osservatorionazionale screening.it/sites/default/files/allegati/screening_matite_2.pdf#overlay-context=content/i-rapporti-brevi-dell%25E2%2580%2599ons (verificato il 14/2/2015)

Le differenze di copertura evidenziate tra indagini campionarie e analisi dei flussi ambulatoriali è spiegata attraverso il ricorso a prestazioni private per l'erogazione di un pap test di prevenzione.

Gli interventi sulla popolazione fragile

Le ASL lombarde che hanno sviluppato azioni sul coinvolgimento della popolazione femminile che non accede alla prestazione di pap test sono: Bergamo, Cremona, Como, Lecco, Milano, Milano 1, Milano 2, Monza e Brianza, Sondrio, Varese.

Di seguito sono elencate le principali azioni messe in atto per sensibilizzare e coinvolgere la popolazione fragile, ogni ASL ha attivato nel 2013 una o più azioni:

- implementazione, diretta o tramite la collaborazione con Aziende Ospedaliere, di una chiamata attiva (ovvero una lettera che invita all'esecuzione del pap test) rivolta alle donne, in fascia d'età target, per le quali non risulta l'esecuzione di un pap test recente;
- sensibilizzazione dei Medici di Medicina Generale per favorire l'accesso alla prestazione di pap test delle assistite che non lo hanno eseguito in tempi recenti;
- realizzazione di indagine per indagare i tassi locali di copertura di pap test e la appropriatezza degli intervalli di esecuzione del pap test;
- coinvolgimento della popolazione straniera con la realizzazione e diffusione di materiale in lingua e contatti con associazioni di riferimento.

Dal 2014 alle ASL senza screening organizzato, è stato assegnato l'obiettivo di interesse regionale relativo alla attivazione di una chiamata attiva per le donne di 25-29 anni per l'esecuzione di un pap test.

Screening della cervice uterina (dati 2013 fonte:survey 2014)

In Regione Lombardia le ASL con un programma di screening organizzato per la prevenzione del carcinoma della cervice uterina sono: Brescia, Lodi, Mantova, Pavia, Val Camonica Sebino. Il programma dell'ASL di Mantova è quello attivo da più tempo (dal 1986), Pavia e Brescia i più recenti (2004).

I dati disponibili riguardano, oltre le 5 ASL già citate, anche l'ASL di Cremona che ha attivato lo screening fino al 2012; i dati considerati nel report non riguardano, dal 2010, l'esperienza della ASL Valle Camonica Sebino che, a partire da quell'anno, ha iniziato la sperimentazione del test per la ricerca del DNA del papilloma virus come test di screening.

La popolazione target è rappresentata dalle residenti di 25-64 anni; per il 2012 tre ASL dichiarano di escludere dall'invito le donne per le quali è possibile individuare un pap test dalla data dell'ultimo invito. In tabella 17 sono sintetizzati i principali indicatori di partecipazione allo screening dei programmi attivi in Regione Lombardia dal 2007 al 2013.

Tabella 17 – Regione Lombardia: vaccinazione HPV – stima copertura da flussi ambulatoriali

ANNO	2007*	2008*	2009*	2010**	2011**	2012**	2013***
Popolazione residente in fascia d'età bersaglio (25-64)	541.270°	772.415	766.925	741.740	748.831	750.053	640.433
invitate	160.685	198.728	235.119	202.174	207.385	238.168	200.410
inesitate	--	8.554	7.535	6.161	4.965	3.647	12.889
escluse post invito	8.322	10.815	11.641	8.499	10.087	10.823	13.847
aderenti all'invito	63.543	78.971	99.188	83.965	87.257	99.043	90.627
Estensione %	98	84	101	88	94	121	100
Adesione %	42	44	46	45	45	44	52
*6 ASL, **5 ASL, Valle Camonica Sebino non considerata *** 4 ASL, Valle Camonica Sebino non considerata, Cremona ha dismesso la chiamata attiva							
° nel 2007 ASL di Brescia non aveva attivato lo screening su tutto il territorio							

L'**estensione** annuale, cioè la proporzione di donne che sono effettivamente state invitate rispetto al target delle residenti di 25-64 anni, nelle ASL con programma attivo è nel 2013 pari al 100%. La media italiana 2013, nelle aree con programma attivo, dell'estensione effettiva è il 71%. Considerando tutta la popolazione femminile lombarda tra i 25 e i 64 anni l'estensione degli screening organizzati nel quinquennio considerato è pari al 18% per il 2007, 23% per il 2008, 26% per il 2009, 22% per il 2010, 23% per il 2011, 26% per il 2012, 22% per il 2013.

In Figura 19 è descritto l'andamento dell'estensione 2007-2013: si ricorda che l'intervallo raccomandato tra due pap test di screening in una popolazione sana è di 3 anni, per cui in 3 anni deve essere teoricamente invitata tutta la popolazione ovvero ogni anno deve essere invitato un terzo della popolazione. Ciò spiega il fatto che in talune occasioni l'estensione degli inviti è superiore al 100%. L'utilizzo dell'esclusione pre invito, ovvero il non invio della lettera alle donne che hanno eseguito un pap-test recente o sono portatrici di condizioni escludenti (patologia) nel 2013 è pari al 14,6% della popolazione bersaglio di un anno (31.174 esclusioni pre invito), tale dato è stabile negli anni.

L'**adesione** all'invito è aumentata nel 2013 e pari al 52%, sono presenti differenze tra le singole ASL (Figura 20). Il totale delle donne che nel 2013 in seguito ad invito si sono recate a fare il pap-test è così suddiviso: 47% nell'ASL di Brescia, il 26% nell'ASL di Mantova, il 21% nell'ASL di Pavia, il 6% nell'ASL di Lodi. Il dato di riferimento italiano segnala un'adesione pari al 41,5%. Considerando la popolazione delle sole 4 ASL che fanno screening, la copertura di screening per il 2013 è pari al 42%, considerando tutta la popolazione lombarda il 10%.

Figura 19 – Regione Lombardia: screening cervice uterina – estensione per ASL

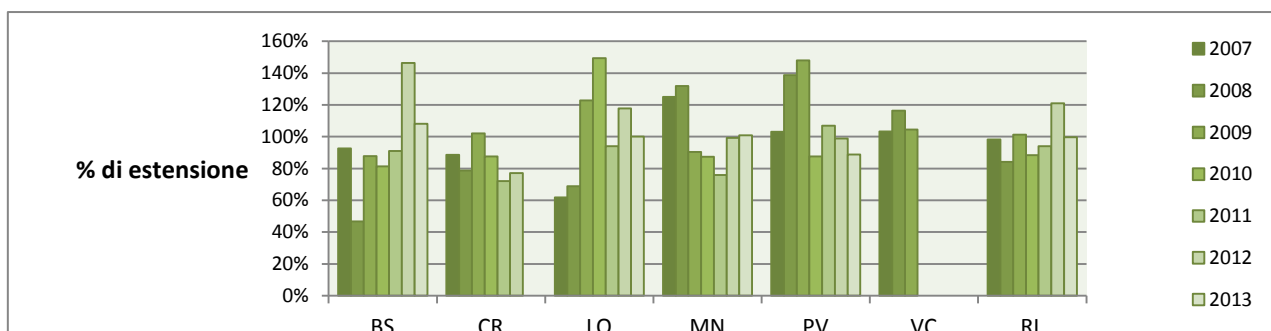
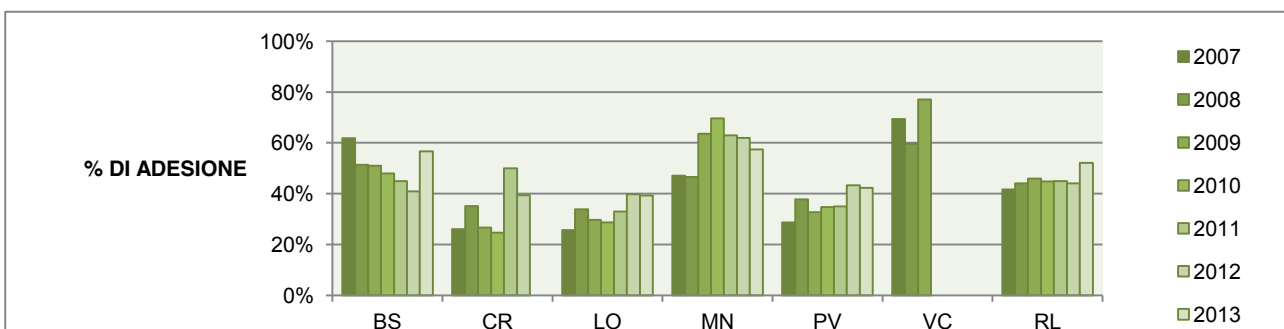
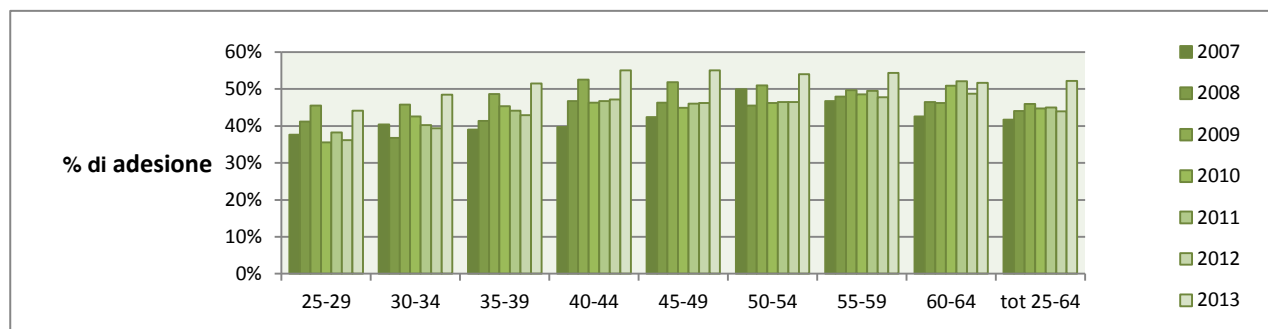


Figura 20 – Regione Lombardia: screening cervice uterina – adesione per ASL



In relazione all'età si registra negli anni una partecipazione maggiore per le classi più avanzate rispetto alle più giovani (Figura 21, dal 2009 il totale regionale è composto dai dati di 5 ASL, dal 2013 di 4 ASL).

Figura 21 – Regione Lombardia: screening cervice uterina – adesione per classi di età



La distribuzione dei pap test in relazione alla tipologia di esame (primo esame o esami successivi) evidenzia che i primi esami rappresentano il 43% delle prestazioni per il 2013, il 46% per il 2012, il 49% per il 2011, il 55% per il 2010, il 62% per il 2009, il 50% per il 2008, il 62% per il 2007, ovviamente per gli esami successivi le percentuali complementari sono rispettivamente, dal 2013 al 2007: 57%, 54%, 51%, 45%, 38%, 50%, 38%.

I dati in tabella 18 descrivono gli esiti citologici dei pap test: nel 2013 per ogni 1000 pap test eseguiti 942 hanno riportato un esito negativo, 30 sono stati ritenuti insoddisfacenti, e 27 hanno riportato un esito non negativo.

Tabella 18 – Regione Lombardia: screening cervice uterina – esiti citologia

CITOLOGIA															
ANNO		2007*		2008*		2009*		2010**		2011**		2012**		2013***	
N° donne che hanno eseguito il pap test (tutte le età)		66193		83029		99085		84161		87063		102516		95367	
		%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
citologia	Cellule tumorali maligne	0,12	8	0,2	17	0,16	16	0,1	6	0,1	10	0,1	11	0,4	40
	HSIL	2,4	158	1,9	155	2,4	237	2,7	226	2,2	192	2,6	264	2,4	230
	LSIL	9,1	600	8,2	678	9,5	938	10,2	856	11,4	985	14,2	1459	13,8	1314
	ASC-H	0,5	32	0,4	32	0,7	69	0,9	73	1,0	85	1,3	134	1,2	118
	ASC-US	5,8	382	7,5	621	9,2	910	6,6	555	8,3	727	9,7	995	8,6	818
	AGC	0,7	49	0,6	51	0,9	93	0,7	58	0,7	59	0,7	68	0,8	81
	n° ripetizioni per esito insoddisfacente	25	1650	27	2203	62	6108	36	3051	23	2009	16	1670	30,1	2867

*6 ASL, **5 ASL, ***4 ASL

La **compliance alla ripetizione di pap-test insoddisfacenti** è del 83% nel 2013, 59% nel 2012, 67% nel 2011, 64% nel 2010, 77% nel 2009.

In tabella 19 è presente la descrizione del **tasso di invio a colposcopia** ogni 100 donne screenate: in totale nel 2013 sono state inviate a colposcopia 2.503 donne. Tale dato, descritto per tipologia di esame, è pari per i primi esami a 2,4 ogni 100 screenate e 1,4 ogni 100 screenate per gli esami successivi. Il dato italiano di riferimento per il 2013 è del 2,6%.

Tabella 19 – Screening cervice uterina – tasso di invio a colposcopia ogni 100 screenate

TASSO DI INVIO A COLPOSCOPIA OGNI 100 SCREENATE							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<25	0	0	0,9	2,9	4,6		
25-29	3,3	3,2	3,8	3,8	4,2	4,8	4,9
30-34	2,9	3,2	3	3,1	3,5	4,4	3,9
35-39	2,2	2,5	2,7	2,3	2,8	3,3	3,1
40-44	1,9	2,1	2,6	2,3	2,3	2,9	3,0
45-49	1,5	1,8	2,4	2,2	2,3	2,7	2,4
50-54	1,2	1,4	1,6	1,3	1,7	2,1	1,6
55-59	1	0,8	1,3	1	1,1	1,2	1,4
60-64	0,7	0,8	1,1	0,7	0,9	0,9	0,9
65+	1,1	0	3,2	1,2	2,6	1,1	6,0
TOT	1,9	1,9	2,3	2,1	2,3	2,3	2,6

La **compliance all'invio in colposcopia** è del 92% per il 2013 (91% per i primi esami e 94% per i successivi). Nel 2013 sono state inviate a colposcopia 2.296 donne. La compliance all'invio a colposcopia per le lesioni ASCUS del 90%, per HSIL 97%, per LSIL 91%, per Cancro invasivo 98%.

In tabella 20 sono descritte le lesioni istologiche identificate dai programmi di screening, i relativi tassi di identificazione e valori predittivi positivi rispetto all'invio in colposcopia. Il tasso di identificazione CIN2+ è complessivamente 3,9‰ (dato italiano 3,5‰), il valore predittivo positivo (VPP) CIN2+ è 16,2% (dato nazionale 16,6%).

In tabella 21 è evidenziato il rapporto tra diagnosi citologica (ovvero il risultato del primo livello di screening) e la diagnosi istologica ove è stata eseguita una biopsia (anni di riferimento 2007-2013).

Tabella 20 – Screening cervice uterina – lesioni identificate

		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Numero casi	Ca Invasivo	10	18	17	11	15	16	12
	Adeno Ca in situ (CGIN)	16	31	48	19	10	3	7
	CIN3	108	100	138	135	111	158	147
	CIN2	105	143	121	151	194	280	207
	CIN 1 (c)	335	308	416	370	426	580	583
	Insoddisfacente	10	11	21	20	7	30	15
	No CIN/GIN o Cancro	209	389	482	235	263	364	372
	Non eseguita biopsia	269	342	715	633	777	894	949
Tassi di identificazione ‰	Ca Invasivo	0,15	0,27	0,26	0,17	0,17	0,16	0,13
	Adeno Ca in situ (CGIN)	0,24	0,47	0,73	0,29	0,11	0,03	0,07
	CIN3	1,63	1,51	2,08	2,04	1,27	1,54	1,54
	CIN2	1,59	2,16	1,83	2,28	2,19	2,73	2,17
	CIN 1 (c)	5,06	4,65	6,28	5,59	4,89	5,66	6,11
	Insoddisfacente	0,15	0,17	0,32	0,3	0,08	0,29	0,16
	No CIN/GIN o Cancro	3,16	5,88	7,28	3,55	3,02	3,55	3,90
	Non eseguita biopsia	4,06	5,17	10,8	9,56	8,92	8,72	9,95
VPP %	VPP Ca Invasivo	0,80%	1,50%	1,40%	0,90%	0,80%	0,70%	0,5%
	VPP Adeno Ca in situ (CGIN)	1,30%	2,60%	4,00%	1,60%	0,50%	0,10%	0,3%
	VPP CIN3	9%	8%	12%	11%	6%	7%	6,4%
	VPP CIN2	9%	12%	10%	13%	10%	12%	9,0%

Tabella 21 – Screening cervice uterina – rapporto tra esito citologico ed esito istologico

Esiti citologia	ESITI ISTOLOGIA							
	Ca Invasivo	Adeno Ca in situ (CGIN)	CIN3	CIN2	CIN 1 (c)	Insoddisfaccen te	No CIN/GIN o Cancro	Non eseguita biopsia
Ca Invasivo	40%	9%	35%	11%	3%	3%	0%	0%
HSIL	3,1%	6%	36%	24%	11%	1%	6%	13%
LSIL-CIN1	0,1%	0%	2%	9%	30%	1%	19%	38%
ASC-H	1%	0%	26%	22%	21%	2%	11%	17%
ASC-US	0,09%	0,13%	2%	5%	23%	1%	21%	48%
AGC	2%	4%	6%	5%	15%	3%	39%	25%
ALTRO	0%	0%	0%	0%	9%	2%	16%	72%
Totale	40%	9%	35%	11%	3%	3%	0%	0%

Nel report non è descritta l'attività della ASL Valle Camonica Sebino nel 2013 in quanto, avendo attivato sperimentalmente lo screening con test primario il per la ricerca del DNA del HPV a partire dal 2010¹⁷, tale attività è strutturalmente diversa per intervallo di chiamata e dati di processo dallo screening con pap test e quindi non sommabile alle altre ASL.

Nel 2013 in Valle Camonica Sebino il numero di donne 25-64 anni è pari a 27.561; sono state invitate 6.642 donne tra i 25-64 anni ed hanno aderito allo screening con test del HPV-DNA in 4.348 di cui 110 escluse post invito. Pertanto il tasso di estensione è del 120% (calcolato per un intervallo di 5 anni di chiamata) e il tasso di adesione del 67%. Tra le invitate 3.977 (60%) avevano già eseguito almeno un HPV-DNA test con esito negativo (donne a screening successivi con HPV), mentre 2.665 (40%) non avevano mai eseguito un HPV-DNA test (donne al 1° screening con HPV) . Hanno aderito 3.301 del primo gruppo e 1047 del secondo gruppo.

In Tabella 22 sono descritti i tassi di approfondimento e la percentuale di esiti citologici descritti per classe d'età e tipologia di esame.

Complessivamente la percentuale di positive al test è del 6%; nelle donne al 1° screening con HPV è il 12% (128 donne) con forti differenze in relazione all'età. Nel gruppo delle donne a screening successivi con HPV (e il primo con un esito negativo) il tasso di approfondimento è pari al 4% .

Sempre complessivamente la percentuale di lesioni HSIL è del 2% (nessuna lesione HIL nel gruppo donne a screening successivi con HPV); quella di LSIL del 27%. Il totale degli esiti insoddisfacenti è pari al 5% (12 donne).

A tutte le donne con esito HSIL (5 donne) , LSIL (69), ASC-H (6), ASC-US (19), AGC (8), e a 10 donne con esito insoddisfacente è stato indicato l'invio in colposcopia (totale 117 donne).

¹⁷ L'attività della ASL Valle Camonica Sebino è descritta nella " Relazione screening attività 2012 - Regione Lombardia" (nota DG SAL prof. n. 28224 del 10/10/2013) e nella pubblicazione : Pasquale L, Giorgi Rossi P. Cervical cancer screening with HPV testing in the Valcamonica (Italy) screening programme. J Med Screen November 27, 2014

Tabella 22 – screening cervice uterina HPV-DNA – positività ed esiti citologici

	età	% positività al test	esito citologico					
			Cellule tumorali maligne	HSIL	LSIL	ASC-H	ASC-US	AGC
Donne al 1° screening con HPV	25-29	20%	0%	4%	17%	4%	4%	2%
	30-34	16%	0%	0%	47%	5%	11%	5%
	35-39	12%	0%	5%	18%	5%	14%	0%
	40-44	9%	0%	17%	33%	0%	8%	0%
	45-49	8%	0%	0%	9%	0%	0%	9%
	50-54	3%	0%	0%	33%	0%	67%	0%
	55-59	6%	0%	0%	50%	0%	0%	0%
	60-64	6%	0%	0%	33%	0%	33%	0%
	tot	12%	0%	4%	24%	3%	9%	2%
Donne a screening successivi con HPV	25-29	7%	0%	0%	20%	20%	0%	0%
	30-34	7%	0%	0%	12%	0%	6%	6%
	35-39	4%	0%	0%	25%	0%	5%	0%
	40-44	5%	0%	0%	50%	0%	4%	4%
	45-49	6%	0%	0%	33%	3%	8%	3%
	50-54	2%	0%	0%	17%	0%	8%	8%
	55-59	2%	0%	0%	11%	0%	11%	11%
	60-64	1%	0%	0%	25%	0%	0%	0%
	tot	4%	0%	0%	29%	2%	6%	4%
totale	tot	6%	0%	2%	27%	2%	7%	3%

Un terzo gruppo di donne è composto da coloro che hanno ricevuto un esito positivo al test HPV-DNA per le quali l'algoritmo prevede la ripetizione ad un anno del test. Su 213 donne in 186 (87%) hanno aderito alla ripetizione del test ad un anno: 99 (53%) sono risultate positive 87 (43%) negative.

In totale delle 216 donne invitate alla colposcopia nel 2013 (117+99) hanno aderito in 210 (di cui 93 delle donne del terzo gruppo). Gli esiti della colposcopia hanno evidenziato 15 lesioni CIN2, 51 CIN1, 3 esiti insoddisfacenti, 66 negativi per CIN o cancro, 75 biopsie non eseguite: ciò a significare un VPP CIN 2+ del 7%. Si segnala che 13/15 dei casi di CIN2 erano in donne al primo screening con HPV e che 6 sono stati rilevati nella classe d'età 25-29 anni mentre 3 nella classe d'età 30-304 anni.

CONCLUSIONI E PROSPETTIVE

L'analisi dei dati fornisce una fotografia dei principali indicatori di processo ed esito dei programmi di screening in Regione Lombardia nel 2013.

La sintesi dei dati 2013 mostra come da anni i programmi di screening colon-rettale e mammografico siano a regime sul territorio, con un livello di qualità elevato ed in continuo miglioramento: il numero di esami di screening colon-rettali effettuati è pari a circa 1/3 degli screening effettuati in Italia in programmi organizzati, mentre tale proporzione è di circa 1/5 per lo screening mammografico.

La maggior parte della popolazione target lombarda ha effettuato, negli ultimi due anni (tre per la cervice uterina) gli esami di diagnosi precoce per i tumori di colon retto, mammella e cervice uterina. Per il colon retto esiste ancora una quota importante di popolazione (4 persone su 10) che non ha effettuato l'esame, mentre per mammella e cervice uterina tale quota è ridotta a 2 donne su 10.

I programmi di screening contribuiscono con gradi diversi alla accessibilità a tali esami: quasi assoluto per il colon retto, predominante per la mammella, per la cervice uterina (nelle ASL con programma di screening organizzato) paritario alla prevenzione spontanea.

Pertanto la prospettiva in termini di aumento dell'adesione ai programmi di screening è declinata in maniera diversa nelle tre linee: massima diffusione per il colon retto, reingegnerizzazione dell'offerta ed orientamento nei programmi per il tumore della mammella.

Per il programma della cervice uterina, poiché il 2015 rappresenta l'anno di transizione verso l'introduzione dell'utilizzo del test per la ricerca del DNA del HPV come test di screening (dgr 3003/2015), è necessario continuare a presidiare l'appropriatezza dell'utilizzo dei test (pap test e HPV-DNA test) con particolare attenzione alle fasce fragili ed alla fascia d'età 25-29 anni.

Dal punto di vista della qualità dei programmi di screening è da segnalare come i diversi indicatori di processo rimangono sostanzialmente inalterati nel corso degli anni, nella maggior parte dei casi in positivo (ad esempio completezza delle colonscopie, tempi di attesa, compliance alla colposcopia), ma anche in relazione ad alcune criticità (ad esempio l'eterogeneità nel tasso di approfondimento nello screening mammografico), il processo di miglioramento deve quindi vedere un'azione diversa e puntuale sui singoli centri screening e sui singoli erogatori. A questo obiettivo sono riferiti gli indirizzi regionali 2015 previsti dalle Regole di Sistema, che identificano lo strumento dell'*Audit* quale processo di analisi e miglioramento delle realtà locali.

In relazione all'outcome dei programmi di colon - retto e mammella è interessante l'analisi dei cancri di intervallo e dei cancri con stadiazioni avanzate, infatti per entrambe le linee si evince come il percorso di screening possa avere importanti ambiti di miglioramento. Per lo screening mammografico, essenziale per contrastare il fenomeno dei cancri di intervallo è la capacità di attivare una formazione continua ed efficace per i radiologi di screening in modo da mantenere alta l'attenzione all'analisi delle mammografie e garantire un inserimento efficace di nuovi professionisti nell'attività di screening. Accanto alla formazione dei radiologi non deve mancare una continua attenzione anche per i tecnici di radiologia e per la fisica sanitaria a garanzia della qualità delle immagini radiografiche. Per la linea del colon retto l'analisi dei cancri di intervallo deve essere spunto per rivedere a livello locale le modalità di prelievo, tempistica e conservazione, e analisi (con attenzione ai cut off utilizzati in relazione alle diverse tipologie di test) del campione del test per la ricerca del sangue occulto nelle feci. Per il secondo livello del programma di screening del colon retto i primi dati mostrano l'importanza di sostenere la formazione/revisione in screening della componente endoscopica. Particolare attenzione, dovrà essere inoltre posta, alla

trasversalità tra gli screening per l'attenzione alla qualità delle prestazioni di anatomia patologica, mediante opportunità di formazione per garantire concordanza ed univocità nella refertazione.

Elemento di efficacia di attività e processi di miglioramento e sviluppo dei programmi, è l'alto livello di condivisione con i diversi attori del sistema ed in particolare gli specialisti ospedalieri, la medicina di base, le associazioni di pazienti.

Tali prospettive si collocano in coerenza con quanto previsto dal Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 che pone tra i propri obiettivi il sostegno ai programmi di screening dei tumori di mammella e colon retto e l'introduzione del HPV-DNA test, e troveranno elementi fondamentali di orientamento e programmazione nell'emanando (maggio 2015) Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018.

I DATI 2013 IN SINTESI

Screening del tumore del colon retto

In Lombardia sono stati stimati per il 2013 9.126 nuovi tumori al colon retto e 3215 decessi dovuti a cancro al colon: ogni 100.000 persone il tasso grezzo di incidenza è 90, il tasso grezzo di mortalità è 32. Per la popolazione target di screening (maschi e femmine 50-69 anni) sono stimati per il 2013 2543 nuovi tumori al colon retto e 711 decessi: ogni 100.000 persone il tasso grezzo di incidenza è pari a 101 il tasso grezzo di mortalità 28.

Tutti i residenti tra i 50 e i 69 anni vengono invitati ad eseguire lo screening colon rettale; nel 2013 sono stati invitati 1.128.669 residenti, hanno aderito in 571.904; sono risultati positivi al test di screening in 25.410, diagnosticati con patologia 8.541 (543 cancro, 3.448 adenoma alto rischio, 4.550 adenoma basso rischio):

- ✓ ogni 100 invitati, al netto degli esclusi per test recente o patologia, 53 hanno aderito;
- ✓ ogni 100 pazienti screenati 96 sono negativi, 4 sono positivi e consigliati di sottoporsi a colonscopia;
- ✓ ogni 100 pazienti positivi che eseguono colonscopia di screening a 3 viene diagnosticato un cancro, a 17 un adenoma ad alto rischio e a 22 un adenoma a basso rischio, 58 risultano negativi.

Screening del tumore alla mammella

In Lombardia sono stati stimati per il 2013 9.788 nuovi tumori alla mammella e 1933 decessi dovuti a cancro alla mammella: il tasso grezzo di incidenza ogni 100.000 donne è pari a 190 il tasso grezzo di mortalità 37. Per la popolazione target di screening (femmine 50-69 anni) sono stimati per il 2013 3698 nuovi tumori alla mammella e 528 decessi: ogni 100.000 donne il tasso grezzo di incidenza è pari a 287 il tasso grezzo di mortalità 41.

Tutte le donne residenti tra i 50 e i 69 anni sono state invitate ad eseguire lo screening mammografico; nel 2013 sono state invitate 558.238 residenti, hanno aderito in 331.698; sono risultate positive alla mammografia di screening in 18.101, diagnosticate con cancro in 1550:

- ✓ ogni 100 invitate, al netto delle escluse per test recente o patologia, 68 hanno aderito;
- ✓ ogni 100 pazienti screenati 96 sono negativi, 6 sono positive e consigliate di sottoporsi a ulteriori approfondimenti;
- ✓ ogni 100 pazienti positive che eseguono un approfondimento di screening a 8 viene diagnosticato un cancro, 92 risultano negative.

Screening del tumore della Cervice uterina

In Lombardia sono stati stimati per il 2013 227 nuovi tumori alla cervice uterina e 100 decessi dovuti a cancro della cervice uterina: ogni 100.000 donne il tasso grezzo di incidenza è pari a 4,4 il tasso grezzo di mortalità 1,9. Per la popolazione target di screening (femmine 25-64 anni) sono stimati per il 2013 149 nuovi tumori alla cervice uterina e 44 decessi: il tasso grezzo di incidenza ogni 100.000 donne è pari a 5,3 il tasso grezzo di mortalità 1,6.

La prevenzione del carcinoma della cervice uterina è presente con diverse offerte (vaccinazione e pap test) e con diverse modalità di erogazione (organizzate e spontanee).

7/10 ragazze di dodici anni sono vaccinate con 2 dosi di vaccino.

Ogni tre anni 8 donne su 10 eseguono un pap test, e ogni 3 anni in 5 ASL lombarde vengono invitate tutte le donne in fascia target e circa 5/10 partecipano allo screening mentre nelle altre 9 ASL sono presenti programmi di prevenzione della popolazione fragile.