

GLI SCREENING ONCOLOGICI IN LOMBARDIA

SCREENING ONCOLOGICI
Operatori Prevenzione
Cittadini Comunicazione
Diagnosi Precoce Performance
Appropriatezza
Sistema Socio-sanitario Lombardo

Report dati 2015 (Survey 2016) e dati 2016 (Survey 2017 – 1° parte)

LUGLIO 2017



Regione
Lombardia

**“Gli screening oncologici in Lombardia”
Report dati 2015 (survey 2016) e dati 2016 (survey 2017 prima parte)
Luglio 2017**

DG Welfare
UO Prevenzione
Struttura Promozione della Salute e Screening

Report a cura di Danilo Cereda

Ha collaborato Anan Judina Bastiampillai, medico in formazione, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Milano

Si ringraziano i referenti dei centri screening lombardi:

ATS BERGAMO	B. Pesenti, G. Rocca, L. Tessandri
ATS BRESCIA	F. Speziani, M. Schivardi, M. Crisetig
ATS BRIANZA	L. Cavalieri D'Oro, A. Ilardo, G. Moretti, F. Lobuono, E. Merlo
ATS INSUBRIA	R. Bardelli, G. Gola
ATS CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	A. Silvestri, G. Beghi, R. Lucchini, G. Marazza, E. Rossetti, N. Leonardo, E. Tidone, A. Lamberti, P. Ceresa, L. Acerbi,
ATS MONTAGNA	L. Cecconami, A.M. Cioccarelli, S. Domenighini
ATS PAVIA	L. Camana, G. Magenes
ATS VALPADANA	E. Anghinoni, A. Bozzeda, S. Gotti

SOMMARIO

INTRODUZIONE	4
IL CONTESTO EPIDEMIOLOGICO	4
GLI INDIRIZZI REGIONALI	5
SCREENING COLON RETTALE (dati 2015 survey 2016, dati 2016 survey 2017 prima parte)	8
SCREENING MAMMOGRAFICO (dati 2015 survey 2016, dati 2016 survey 2017 prima parte)	16
PREVENZIONE DEL TUMORE DELLA CERVICE UTERINA	22
La vaccinazione antiHPV	22
Prevenzione secondaria del tumore della cervice uterina	22
Gli interventi sulla popolazione fragile	23
Screening della cervice uterina (dati 2015 survey 2016 - dati 2016 survey 2017 prima parte)	23
SCREENING ONCOLOGICI IN LOMBARDIA : I DATI 2016 IN BREVE	29

INTRODUZIONE

Il presente documento descrive 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 2016 (su rilevazione 2017).

IL CONTESTO EPIDEMIOLOGICO

In Tabella 1 sono riportati 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 al colon retto e 210 alla cervice. I tumori diagnosticati nella classe di età target per lo screening rappresentano il 38% del totale dei tumori al seno, il 27% dei tumori del colon retto e il 64% per quel che riguarda la cervice uterina.

Tabella 1 – Lombardia: volumi e tassi incidenza mortalità prevalenza; stima anno 2015
(fonte: Banca Dati www.tumori.net¹)

Valori assoluti			n° nuovi casi	n° decessi	n° casi prevalenti
Cervice	F	0-99	210	94	2.508
Colon-retto	M	0-99	5.238	1.772	37.396
Colon-retto	F	0-99	4.137	1.408	32.970
Mammella femminile	F	0-99	10.067	1.903	134.418
Cervice	F	25-64	134	40	1.718
Colon-retto	M	50-69	1.551	414	9.963
Colon-retto	F	50-69	1.025	275	8.154
Mammella femminile	F	50-69	3.873	505	51.614
Tassi grezzi/anno (per 100.000 abitanti)			tasso incidenza	tasso mortalità	prevalenza proporzione
Cervice	F	0-99	4,03	1,80	48,24
Colon-retto	M	0-99	104,95	35,50	749,33
Colon-retto	F	0-99	79,36	27,00	632,43
Mammella femminile	F	0-99	193,11	36,50	2.578,41
Cervice	F	25-64	4,80	1,44	61,35
Colon-retto	M	50-69	119,95	32,05	770,67
Colon-retto	F	50-69	76,08	20,12	605,29
Mammella femminile	F	50-69	287,54	37,50	3.831,58

In Figura 1 sono descritti i trend storici e di previsione 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 relativa alla mortalità, considerando che il tumore al polmone ha valori di mortalità simili a quelli del colon retto.

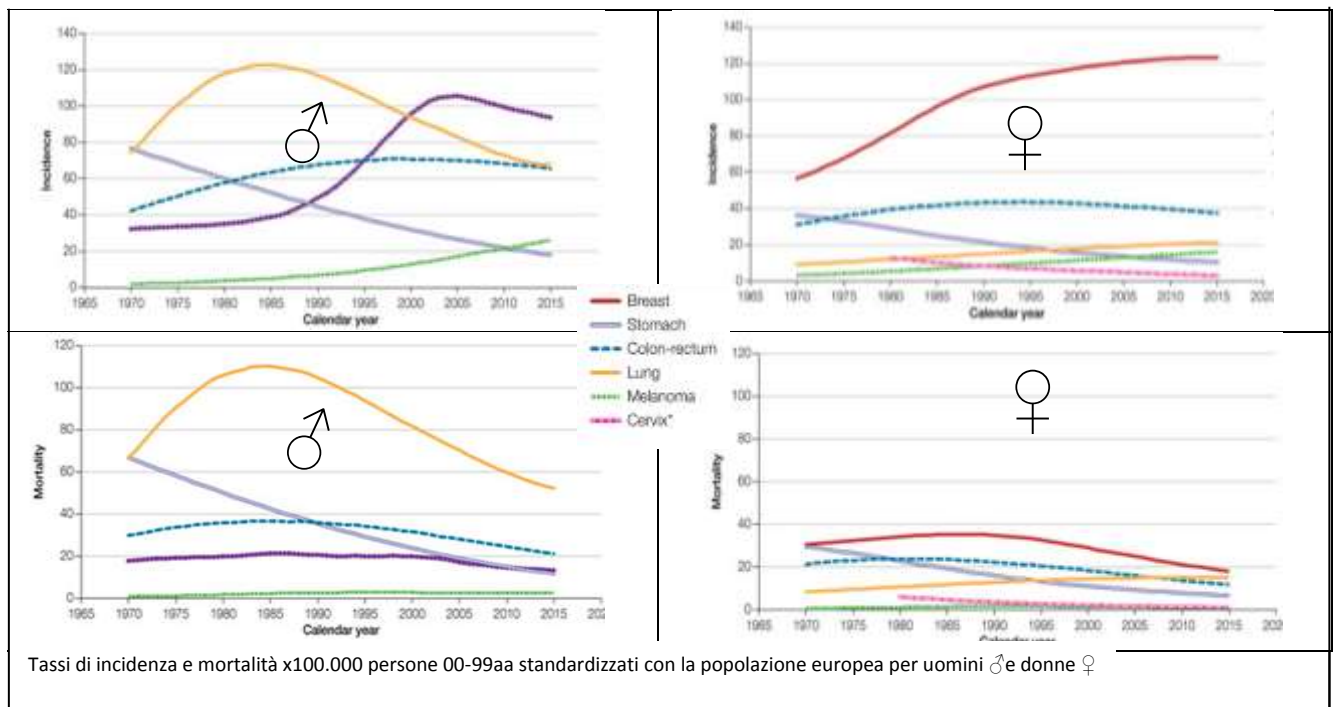
Il trend per il colon retto mostra una lieve diminuzione per incidenza e per mortalità, sia per gli uomini sia per le donne.

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 22/06/2017)

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 generali 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";
- ✓ DGR 3003 del 9/1/2015 "Avvio del percorso per l'implementazione dell'utilizzo del test per la ricerca del DNA del papilloma virus umano (HPV-DNA test) come test primario per la prevenzione del tumore della cervice uterina nelle donne della fascia di età 30 – 64";
- ✓ DDS 1935 del 17/3/2016 "Determinazioni in merito al miglioramento dei programmi di screening oncologici mediante l'attivazione di percorsi di «Audit Partecipato» che utilizzano il modello «PRECEDE - PROCEED»";
- ✓ DDG 12386 del 28/11/2016 "Identificazione dei servizi di medicina di laboratorio per il programma di screening lombardo del tumore della cervice uterina";
- ✓ DGR N° X/5954 del 5/12/2016 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2017" che in tema di screening oncologici stabilisce di confermare il ruolo di governance delle ATS, di sostenere la crescita della popolazione coinvolta nei programmi di screening (obiettivo LEA), di introdurre lo screening per la cervice uterina con il test per HPV DNA test, di garantire la qualità delle mammografie erogate, di implementare l'integrazione delle attività di Breast Unit e programmi di screening, di garantire la tracciabilità nelle diverse fasi del percorso casa-laboratorio dello screening colon-rettale, di impegnare le ASST ad assicurare

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

opportuni volumi di erogazione e collaborazione nella rendicontazione dei cancri screen detected, di impegnare le ATS a garantire ai programmi di screening banche dati anagrafiche con tutti i residenti e gli assistiti e di mantenere il ruolo di stewardship regionale attraverso il percorso di audit con metodologia PRECEDE-PROCEED.

- ✓ DDG 3711 del 3/4/2017 "Aggiornamento fasce età target dei programmi di screening oncologici per la prevenzione del tumore della mammella e del colon retto";
- ✓ DCR 1497 del 11 aprile 2017 "Piano regionale di prevenzione 2014 – 2018, ai sensi dell'intesa stato regioni del 13 novembre 2014 e della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di Sanità) e s.m.i."

In sintesi l'offerta di screening oncologico in Regione Lombardia ha previsto fino al 2016:

- 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 4 ATS un pap test con cadenza triennale a tutte le donne residenti tra i 25 e i 64 anni (seppur non esteso a tutto il territorio dell'ATS³);
 - o in 3 ATS è prevista l'attivazione di percorsi di identificazione e coinvolgimento della popolazione fragile tra i 25 e i 64 anni;
 - o in 1 ATS è attivo il programma di screening con test HPV DNA come test primario (seppur non esteso a tutto il territorio dell'ATS⁴).

Con la sopracitata DGR 3003 del 9/1/2015 "Avvio del percorso per l'implementazione dell'utilizzo del test per la ricerca del DNA del papilloma virus umano (HPV-DNA test) come test primario per la prevenzione del tumore della cervice uterina nelle donne della fascia di età 30 – 64" e il DDG 3711 del 3/4/2017 "Aggiornamento fasce età target dei programmi di screening oncologici per la prevenzione del tumore della mammella e del colon retto" sono stati attivati percorsi di aggiornamento dei programmi di screening che prevedono la seguente offerta:

- tumore alla mammella - una mammografia bilaterale con cadenza biennale alla popolazione femminile tra i 50 e i 74 anni e mammografia bilaterale con cadenza annuale alla popolazione femminile tra i 45 e i 49 anni;
- tumore al colon retto - un test del sangue occulto nelle feci con cadenza biennale alla popolazione tra i 50 e i 74 anni;
- tumore alla cervice uterina - un pap test con cadenza triennale alla popolazione femminile tra i 25 e i 33 anni e un HPVdna test con cadenza quinquennale alla popolazione femminile tra i 34 e i 64 anni;

Oltre agli indirizzi sopra esposti Regione Lombardia orienta l'attività dei programmi di screening attraverso la definizione annuale degli obiettivi di sistema di interesse regionale.

³ In particolare per la ATS Città Metropolitana di Milano ciò è valido solo per il territorio della ex ASL di Lodi, analogamente per la ATS Valpadana solo per il territorio della ex ASL Mantova; nei restanti territorio delle ATS citate è prevista l'attivazione di percorsi di identificazione e coinvolgimento della popolazione fragile tra i 25 e i 64 anni.

⁴ per la ATS della Montagna ciò è valido solo per il territorio della ex ASL di Valle Camonica Sebino, per il territorio della ex ASL di Sondrio è prevista l'attivazione di percorsi di identificazione e coinvolgimento della popolazione fragile tra i 25 e i 64 anni.

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. Il presente report contiene un aggiornamento per:

- i dati raccolti nel settembre 2016 sull'attività 2015
- i dati raccolti nel giugno 2017 sull'attività 2016 per la parte della survey relativa alla partecipazione ai programmi di screening

Tali dati sono stati integrati con dati di rilevazione dell'attività sanitaria (flusso ambulatoriale).

Gli indicatori utilizzati e gli standard di riferimento sono quelli identificati dalle società scientifiche nazionali che si occupano di screening colon rettale⁵, di screening mammografico⁶ e di screening della cervice uterina⁷.

I dati nazionali delle tre linee di screening, aggiornati al 2014, sono stati tratti dall'ultimo report annuale dell'Osservatorio Nazionale Screening⁸. Si specifica che l'indicatore "copertura" è stato calcolato come il doppio del rapporto tra la popolazione aderente allo screening e la popolazione target, sebbene negli indicatori LEA il calcolo viene effettuato come il doppio del rapporto tra la popolazione aderente allo screening e la differenza tra la popolazione target e gli esclusi pre-invito, ciò al fine di avere una immediata indicazione della popolazione sottoposta a screening rispetto alla popolazione generale. 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.

I dati regionali di copertura e quelli relativi ai 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 di incidenza pre screening per l'analisi dell'incidenza proporzionale sono tratti da 'Banca Dati www.tumori.net'.⁹

I dati relativi alle coperture vaccinali dell'HPV dna sono tratti dal sito www.Epicentro.iss.it nella pagina dedicata a questa tematica.¹⁰

⁵ Quality indicators for the evaluation of colorectal cancer screening programmes. Epidemiologia e Prevenzione 2007 anno 31 (6) supp 1.

⁶ 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).

⁷ 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.

⁸ Osservatorio Nazionale Screening. I programmi di screening in Italia - Rapporto dell'Osservatorio nazionale screening 2016 disponibile a <http://www.osservatorionazionalescreening.it/sites/default/files/allegati/ons%20rapporto%202016%20VI.pdf> (verificato il 10/06/2017).

⁹ http://www.tumori.net/banche_dati/tumori/query.php

¹⁰ <http://www.epicentro.iss.it/problemi/hpv/CopertureVaccinali.asp>

SCREENING COLON RETTALE (dati 2015 survey 2016, dati 2016 survey 2017 prima parte)

In Lombardia la popolazione target per lo screening colon rettale (uomini e donne tra i 50-69 anni) è rappresentata da 2.644.091 persone (anno 2016 dati Istat¹¹). Attraverso una indagine campionaria nel 2013 ¹² è stato rilevato il livello di copertura per un esame di diagnosi precoce per il tumore del colon retto (ovvero un esame del sangue occulto delle feci negli ultimi 2 anni, oppure una colonscopia negli ultimi 5 anni) eseguito sia all'interno del percorso di screening sia al di fuori di esso: il tasso di copertura è pari a 57%. Altre rilevazioni campionarie¹³ hanno evidenziato una copertura pari al 60%.

Nei programmi di screening condotti in Lombardia nel 2016 sono state invitate 1.162.749 persone (di cui 560.161 98%, con un'età compresa tra i 50 e i 69 anni), e di queste 568.964 hanno eseguito la ricerca del sangue occulto nelle feci.

La Tabella 2 sintetizza i principali indicatori di processo e risultato del programma regionale negli ultimi 8 anni.

Dal 2007 i programmi di screening sono a sistema su tutto il territorio lombardo: nel biennio 2015–2016 il 100% (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** 2016 è pari al 100% (il dato nazionale di riferimento per il 2015 è del 73%).

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

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Popolazione target (50-69anni dati Istat)	2.391.854	2.404.355	2.422.930	2.400.066	2.450.394	2.533.277	2.579.207	2.644.091
Invitati	1.121.163	1.121.368	1.125.642	1.151.499	1.128.669	1.162.749	1.277.324	1.252.339
Esclusi Pre invito	47.649	41.423	43.829	92.104	98.419	111.584	131.429	120.485
Inesitati	22.054	32.480	21.479	32.996	33.065	40.893	54.396	51.930
Rispondenti	511.635	503.838	541.833	522.463	571.904	552.536	599.178	568.964
Esclusi post invito	26.315	17.158	14.679	22.246	11.261	14.383	16.582	6.949
Estensione (%) (50-69 anni)	96	93	94	92	93	96	100	100
Copertura degli screening	43	42	45	44	47	44	46	43
Adesione corretta (%)	48,1	47,0	49,6	47,6	52,7	49,3	50,1	47,6
N° positivi	24.534	25.557	22.542	22.367	25.410	25.524	27.558	nd
Colonscopie	20.857	20.240	19.213	18.107	20.790	20.719	22.158	nd
Colonscopie complete	19.230	18.941	17.684	16.914	19.135	19.302	20.837	nd
Tasso di approfondimento (%)	4,7	5,1	4,4	4,3	4,4	4,6	4,6	nd
Compliance colonscopia (%)	85,0	79,2	85,2	81,0	81,8	81,2	80,4	nd
Colonscopie complete (%)	92,2	93,6	92,0	93,4	92,0	83,2	94,0	nd
N° cancro	765	739	625	591	543	568	593	nd
N° adenoma cancerizzato	206	247	168	136	124	131	123	nd
N° con adenoma HR	4.485	4.184	3.739	3.287	3.448	3.378	3.262	nd
N° con adenoma LR	4.125	3.654	3.782	3.771	4.550	4.879	5.258	nd
VPP cancro (%)	3,7	3,7	3,3	3,3	2,6	2,7	2,7	nd
Tasso identificaz. cancro ‰	1,48	1,47	1,22	1,13	0,95	1,03	0,99	nd
VPP adenoma HR ‰	21,5	20,7	19,5	18,2	16,6	16,3	14,7	nd
Tasso identificaz. adenomi HR ‰	8,7	8,3	7,3	6,3	6,0	6,1	5,4	nd
VPP adenomi LR ‰	19,8	18,1	19,7	20,8	21,9	23,5	23,7	nd
Tasso ident. adenomi LR‰	8,1	7,3	7,0	7,2	8,0	8,8	8,8	nd

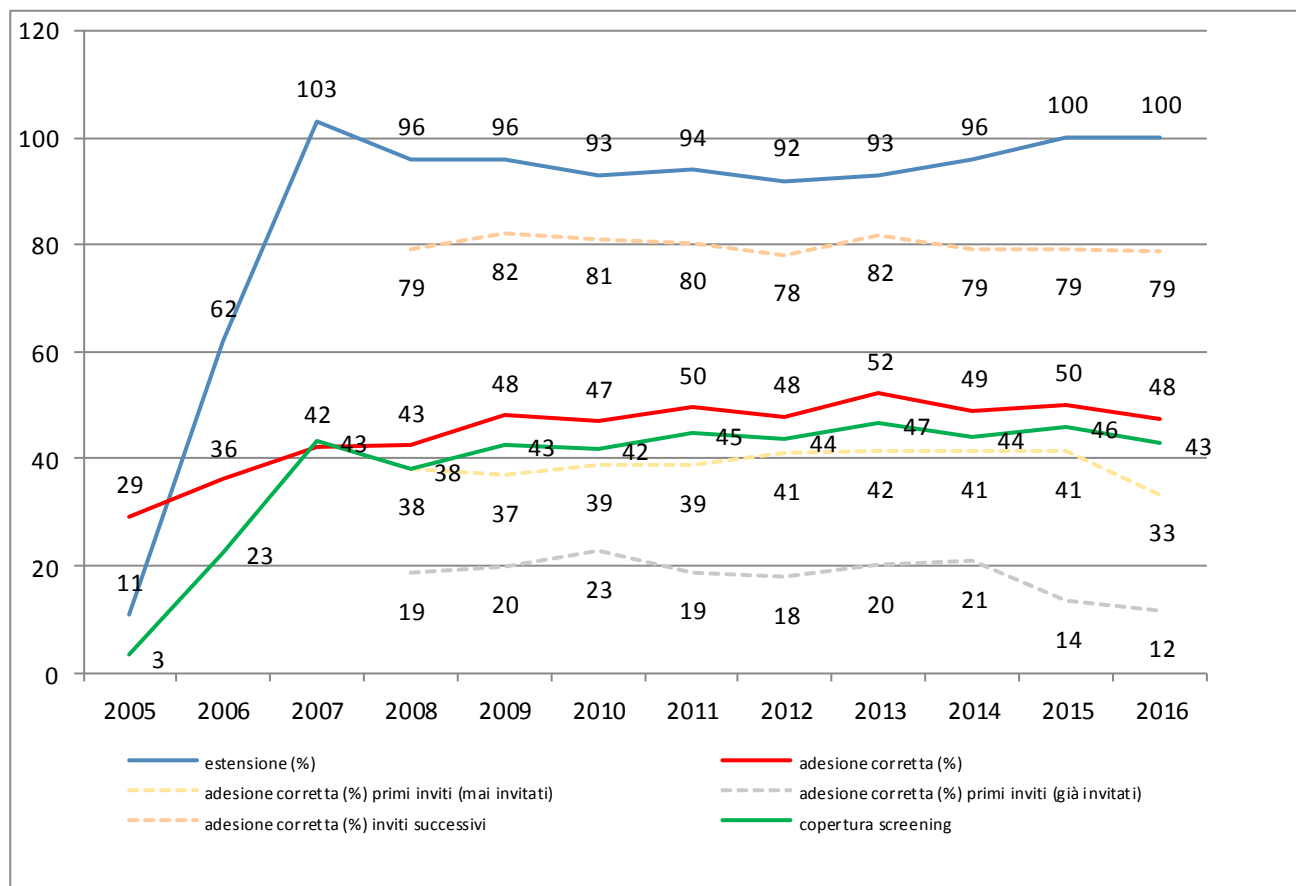
¹¹ Dati disponibili sul sito internet: www.demo.istat.it (verificato il 14/6/2017)

¹² "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.

¹³ 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).

L'**adesione** nel 2016, pari al 49%, conferma il trend dello screening colon-rettale in Lombardia (figura 2). Analizzando il dato per tipologia d'accesso si evidenzia come l'adesione sia elevata (79%) in coloro che hanno già aderito in precedenza almeno una volta all'invito. Al contrario l'adesione si attesta a livelli non soddisfacenti (complessivamente 19%) 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 (33%) e coloro che erano già stati invitati in precedenza (12%).

Figura 2 – Regione Lombardia: screening colon retto – estensione, adesione e copertura



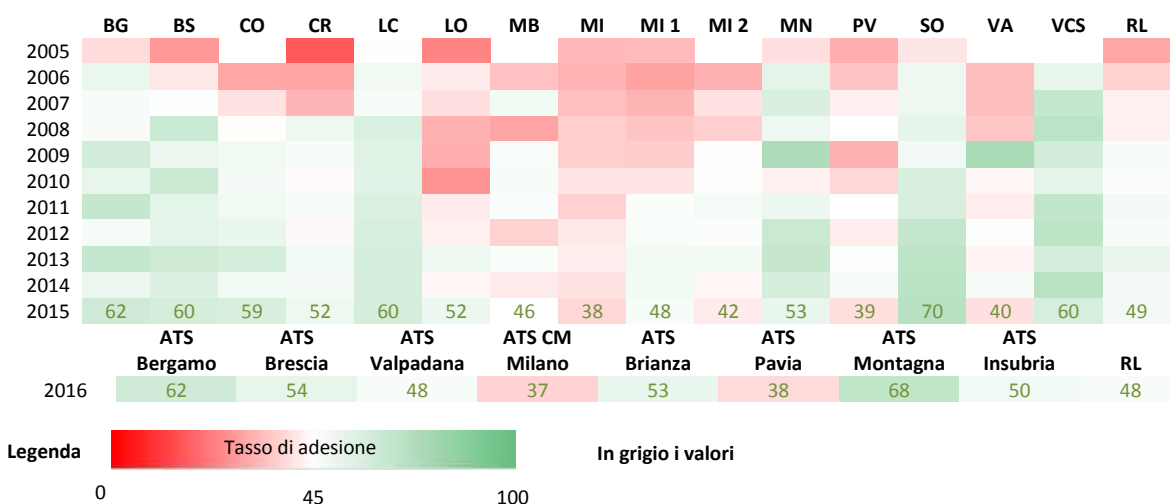
La Tabella 3 mostra l'adesione stratificata per sesso ed età: le donne aderiscono più degli uomini (44% vs. 51%) e il tasso di adesione cresce all'aumentare dell'età.

Tabella 3 – Regione Lombardia: screening colon retto – adesione per genere e classi d'età

Età	Uomini	Donne	Totale
50-54	40%	45%	42%
55-59	42%	49%	46%
60-64	49%	55%	52%
65-69	49%	56%	53%
70+	50%	52%	51%
Totale	44%	51%	48%

La Figura 3 mostra, attraverso un cartogramma (il colore vira dal rosso al verde al valore di adesione del 45%), l'andamento dei tassi d'adesione nelle singole ASL nel periodo 2006 – 2015 e per singole ATS dal 2016: per il 2016 si segnala un lieve decremento complessivo dei tassi nelle realtà lombarde.

Figura 3 – Regione Lombardia: screening colon retto –adesione per ASL/ATS



Il confronto con il dato nazionale per quanto riguarda la partecipazione agli screening è disponibile per l'indicatore di **copertura** degli screening: nel 2016 in Lombardia è pari al 43%, in Italia al 28%.

Le tabelle 4 - 5 dettagliano i risultati in relazione alla tipologia di accesso (primi esami - esami successivi).

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

Primi esami	2008	2009	2010	2011*	2012	2013	2014	2015
Volume % rispetto al totale screenati	60	32	37	28	28	27	30	23
Tasso di approfondimento %	6,0	5,2	5,5	5,1	5,0	4,8	5,1	5,1
Compliance colonscopia %	78,7	85,8	77,2	83,9	78,7	78,0	76,9	77,7
Colonscopie complete %	89,1	91,7	91,6	91,6	91,2	91,3	92,3	93,3
Tasso identificazione carcinomi ‰	2,81	1,97	1,99	1,67	1,71	1,3	1,4	1,2
Tasso identificaz. adenomi HR ‰	15,0	11,3	9,1	10,29	7,7	7,0	7,6	7,1
VPP carcinomi %	5,9	4,4	4,7	3,9	4,4	3,5	3,5	3,1
VPP adenoma HR %	31,5	25,4	22,4	24,0	19,8	18,7	19,1	17,9
VPP adenomi LR %	19,5	18,4	16,0	17,4	18,8	21,4	22,3	22,0

* disponibili i dati di 14 ASL

Tabella 5 – Regione Lombardia: screening colon retto - indicatori di attività e risultato esami successivi

Inviti successivi	2008	2009	2010	2011*	2012	2013	2014	2015
Volume % rispetto al totale screenati	40	68	63	72	72	73	70	77
Tasso di approfondimento %	4,8	4,5	4,9	4,3	4,0	4,3	4,4	4,4
Compliance colonscopia %	88,1	84,6	80,5	85,7	82,1	83,4	83,3	81,3
Colonscopie complete %	91,4	92,5	94,8	92,2	94,5	92,3	93,5	94,3
Tasso identificazione carcinomi ‰	1,20	1,24	1,17	1,08	0,89	0,8	0,9	0,9
Tasso identificaz. adenomi HR ‰	8,6	7,4	7,3	6,4	5,7	5,7	5,5	4,9
VPP carcinomi %	2,8	3,3	3,0	3,1	2,7	2,3	2,4	2,5
VPP adenoma HR %	20,3	19,4	19,6	18,5	17,4	15,8	15,0	13,7
VPP adenomi LR %	17,1	20,5	19,4	20,3	21,8	22,1	24,1	24,3

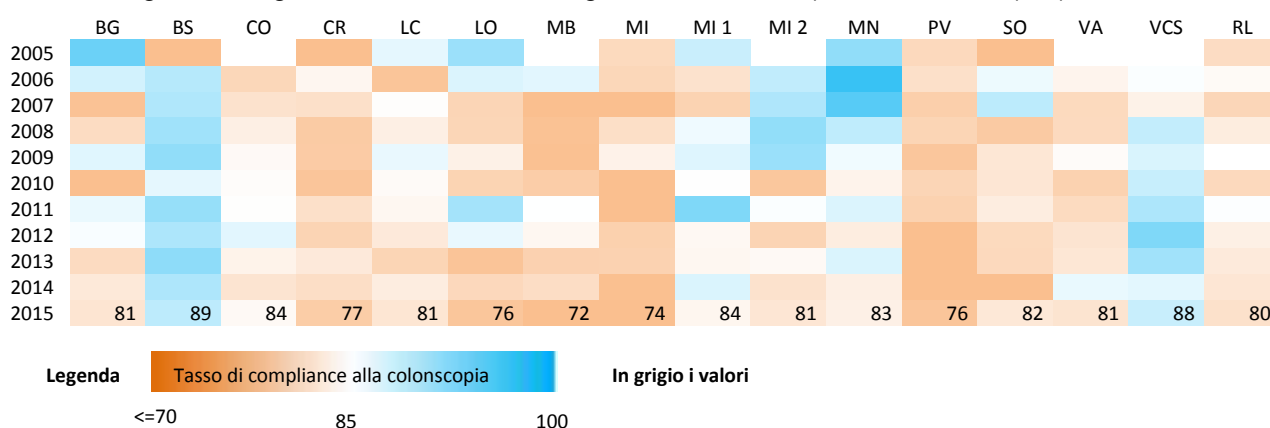
* disponibili i dati di 14 ASL

Il **tasso d'approfondimento medio** (cioè il numero dei positivi al test di screening) si conferma sul valore storico del 4,6%. Studiando il dato per tipologia d'accesso, il valore per i primi esami è pari a 5,1%, in linea con lo standard di riferimento (<6%); ciò vale anche per gli esami successivi essendo pari al 4,4% (standard <4,5%). Il dato analizzato per sesso mostra per i primi esami un tasso d'approfondimento pari al 5,9% per gli uomini e 4,3% per le donne; mentre per gli esami successivi 5,1% per gli uomini e 3,9% per le donne. Le singole ASL riportano valori medi che variano tra il 4,2% e 5,2%: gli standard di riferimento accettabili sono soddisfatti da 13/15 ASL per i primi esami, e da 11/15 per quelli successivi.

La percentuale di **campioni inadeguati** è pari a 0,70% (standard <1).

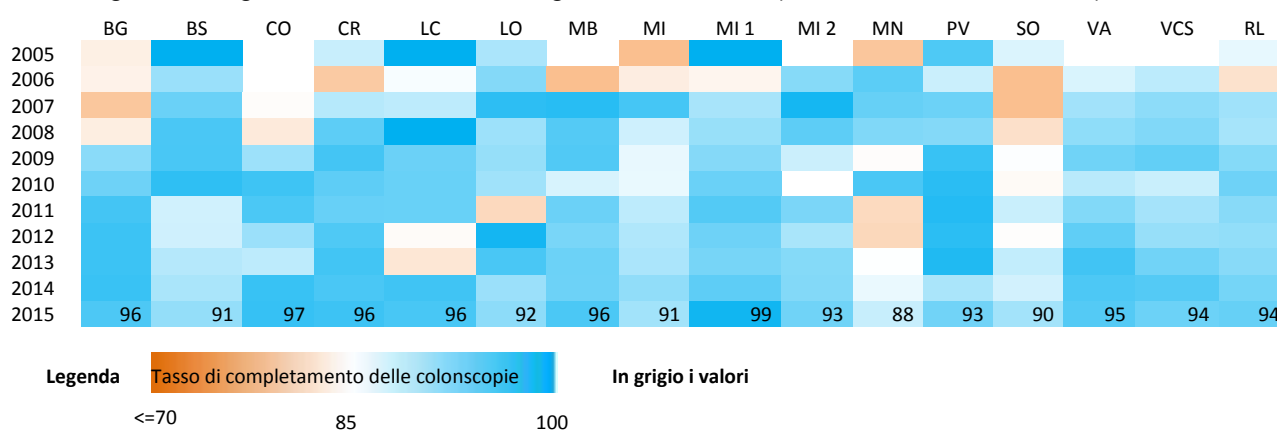
La figura 4 mostra, attraverso un cartogramma (il colore vira dall'arancione all'azzurro al valore di compliance del 85% ovvero lo standard di riferimento), l'andamento della compliance alla colonscopia in Lombardia e nelle singole ASL nel periodo 2006 – 2015. Il dato medio regionale, 80% nel 2015, è inferiore allo standard di riferimento ma superiore al valore nazionale del 2014 (78%). Si osserva una progressiva diminuzione dell'indicatore: nel 2015 2/15 programmi soddisfano lo standard: nel 2014 e nel 2013 erano 3/15, mentre nel 2012 5/15 e nel 2011 9/15. Il dato analizzato per tipologia di esame mostra un valore inferiore per i primi esami (77%) rispetto agli esami successivi (81%) (tabelle 2 e 3).

Figura 4 – Regione Lombardia: screening colon retto – compliance colonscopia per ASL



La Figura 5 mostra il tasso di **completamento delle colonscopie** in Lombardia e nelle singole ASL, nel periodo 2006 – 2015: si segnala in questo caso che 15/15 programmi si attestano al di sopra dello standard (85%). Il dato analizzato per tipologia di esame mostra un valore simile per i primi esami (93%) rispetto agli esami successivi (94%) (tabelle 4 e 5). Il dato complessivo del 2015, pari al 94%, è indice di una costante attenzione nei confronti della qualità del secondo livello diagnostico, dato nazionale di riferimento per il 2014 è 94%.

Figura 5 – Regione Lombardia: screening colon retto – completamento delle colonscopie ASL

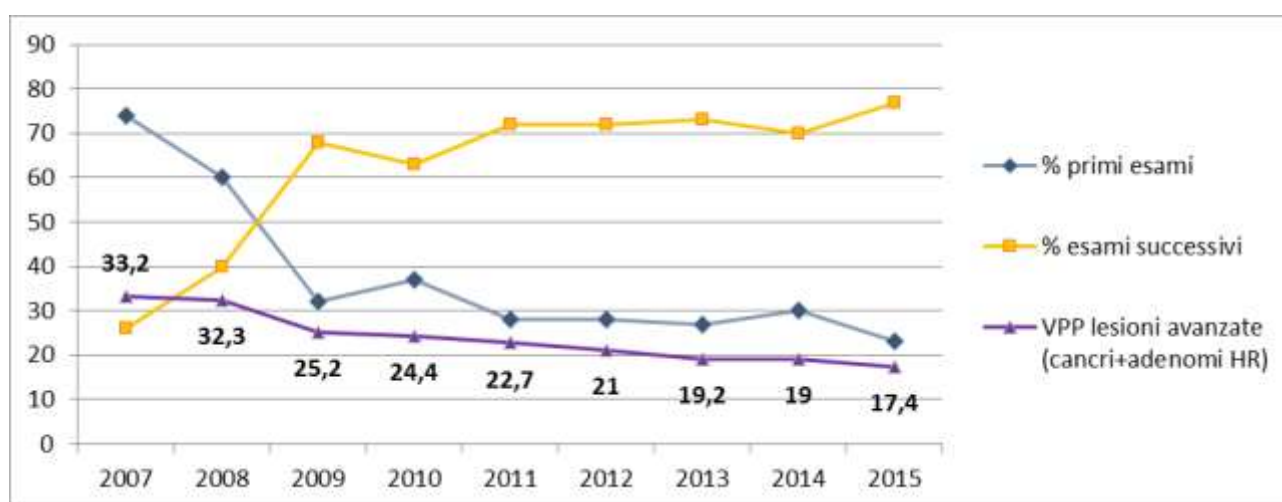


Nel 2015 sono stati identificati 593 cancro (di cui 123 adenomi cancerizzati, ovvero il 21% del totale dei cancro), 3.262 adenomi ad alto rischio e 5.258 adenomi a basso rischio.

Il **valore predittivo positivo (VPP)** per l'identificazione di carcinomi e di adenomi avanzati è per i primi esami complessivamente pari a 21,0% (3,1% per i carcinomi e 17,9% per gli adenomi avanzati); il dato regionale non raggiunge lo standard di riferimento pari al 25%. Per gli esami successivi è pari al 16,2% (2,5% per i carcinomi e 13,7% per gli adenomi avanzati). Il dato regionale raggiunge lo standard di riferimento pari al 15%. Il valore complessivo regionale è di 17,4% (rispettivamente 2,7% per i carcinomi e 14,7% per gli adenomi avanzati).

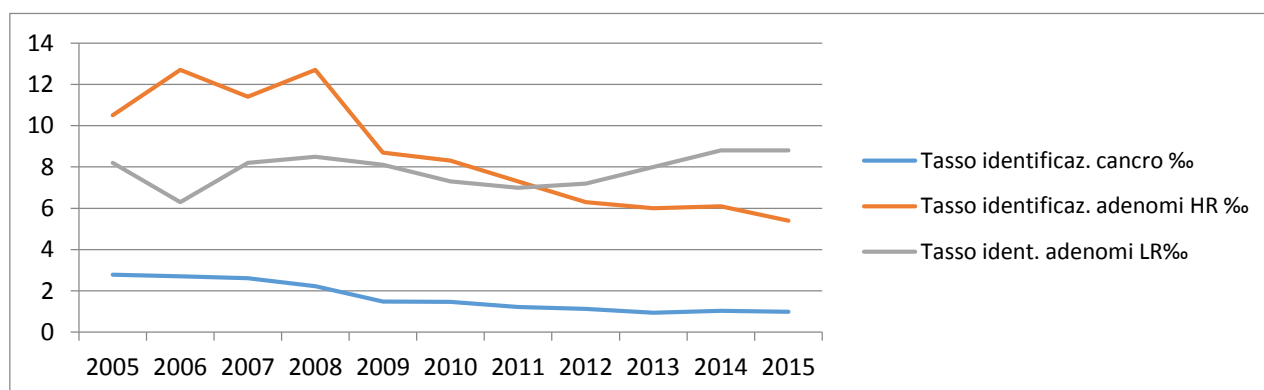
In Figura 6 è descritto il rapporto tra la composizione dei rispondenti per tipologia di esame e il VPP delle lesioni avanzate. Si segnala inoltre che tra i primi esami gli assistiti tra i 50 e i 54 anni nel 2007 rappresentavano il 21% mentre nel 2015 rappresentano il 72%.

Figura 6 – Regione Lombardia: screening colon retto – composizione rispondenti per tipologia di esame e VPP lesioni avanzate



La Figura 7 descrive l'andamento del **tasso di identificazione dei tumori e degli adenomi** identificati dallo screening. Complessivamente ogni 1.000 screenati sono stati identificati 0,99 cancro, 5,4 adenomi ad alto rischio, 8,8 adenomi a basso rischio. Per i primi esami ogni 1.000 screenati sono stati identificati 1,2 cancro, 7,1 adenomi ad alto rischio; i dati regionali sono inferiori agli standard di riferimento (>2‰ e >7,5‰). Per gli esami successivi ogni 1.000 screenati sono stati identificati 0,9 cancro, 5,5 adenomi ad alto rischio; i dati regionali sui cancro sono inferiori agli standard di riferimento (>1‰ e >5‰).

Figura 7 – Regione Lombardia: screening colon retto – tassi di identificazione cancro e adenomi



Da segnalare l'inversione del rapporto tra adenomi ad alto rischio e adenomi a basso rischio: nel 2015 viene confermato e ampliato questo trend iniziato nel 2012.

In Tabella 6 sono descritti i tassi di identificazione per genere e classi di età.

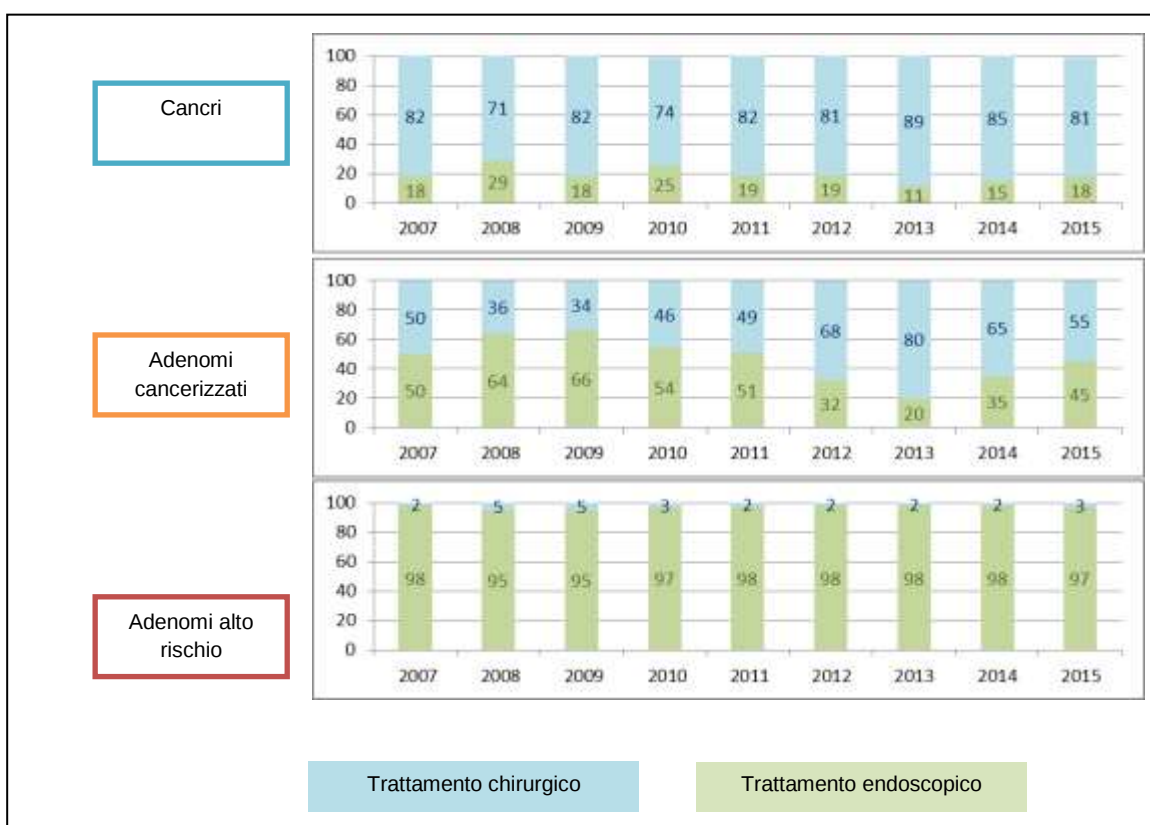
Tabella 6 – Regione Lombardia: screening colon retto – tassi di identificazione

	CANCRO (X 1000)			ADENOMA AVANZATO (X 1000)		
	Uomini	Donne		Uomini	Donne	
50-54	0,8	0,4	0,6	6,0	2,8	4,3
55-59	0,8	0,8	0,8	6,4	3,7	4,4
60-64	1,4	0,9	1,1	8,1	4,1	5,9
65-69	2,0	1,0	1,4	9,7	4,9	7,2
70+	2,4	2,2	2,3	13,0	7,8	10,1
Totale	1,2	0,8	1,0	7,5	3,7	5,4

Delle 593 lesioni identificate nel 2015 sono state stadiate 364 lesioni tumorali. La percentuale di lesioni stadiate è pari al 61% per il 2015, in linea con gli anni precedenti.

La figura 8 mostra la tipologia di trattamento effettuato, ove il dato è disponibile, in relazione alle lesioni individuate. Si segnala che il 45% degli adenomi cancerizzati (invasione limitata alla sottomucosa) ed il 97% degli adenomi ad alto rischio sono sottoposti a trattamento endoscopico.

Figura 8 – Regione Lombardia: screening colon retto – trattamento lesioni



Attraverso la rendicontazione annuale le ASL hanno comunicato il numero dei **cancri di intervallo (CI)** per l'anno 2009, ovvero i cancro che si sono sviluppati in seguito ad esito negativo di screening nel 2009 (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 cancro di intervallo rilevati è di 269, pari ad un tasso di cancro di intervallo di 0,56 ogni 1.000 screenati (tabella 7).

Considerando il tasso di identificazione del 2009 (1,48 ogni 1000 screenati) dei tumori screen detected si è stimata la sensibilità (tumori screen detected / tumori osservati) all'82%. Una stima della sensibilità, attraverso il metodo dell'incidenza proporzionale (1 - tumori di intervallo / attesi) utilizzando come tasso di incidenza prescreening i dati complessivi di Regione Lombardia per il 2005¹⁴, è risultata pari a 78% (74% per le femmine, 81% per i maschi).

Tabella 7– Regione Lombardia: screening colon retto tumori di intervallo

	Totale screenate	Totale inviate al 2° livello	CI1° livello	CI2° livello	CI totale	Tasso 1° livello	Tasso 2° livello	Tasso totale	Sensibilità (screen detected/ osservati)	Sensibilità (1 - tumori di intervallo/tumori attesi)
2008 femmine	273.203	10.331	103	21	124	0,38	2,03	0,45		76%
2008 maschi	244.268	13.620	100	22	122	0,41	1,62	0,50		84%
2008 totale	517.471	23.951	203	43	246	0,39	1,80	0,48	82%	81%
2009 femmine	255.846	10.496	113	16	129	0,44	1,52	0,50		74%
2009 maschi	224.008	13.432	117	23	140	0,52	1,71	0,62		81%
2009 totale	479.854	23.928	230	39	269	0,48	1,63	0,56	72%	78%

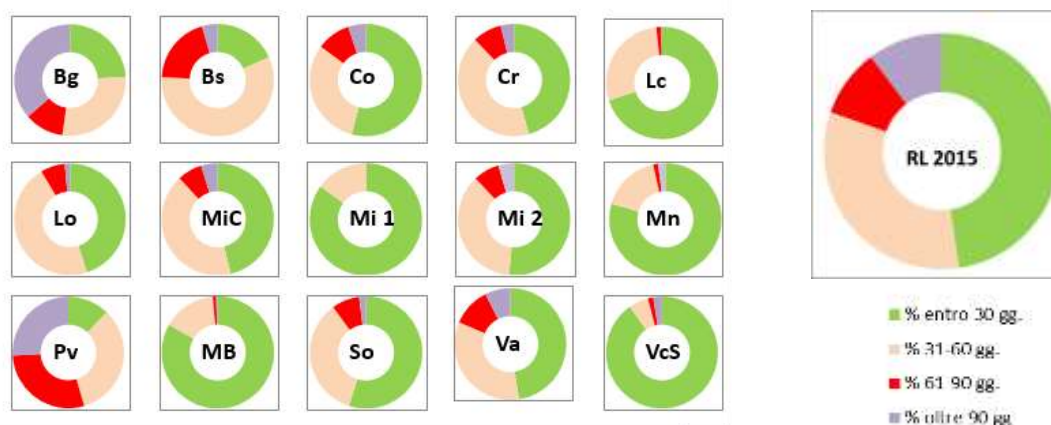
La Tabella 8 mostra i **tempi medi di attesa** che intercorrono tra la comunicazione di positività al FOBT e l'esecuzione dell'approfondimento. I dati italiani (2013-2014) descrivono che il 43% delle colonscopie viene eseguito nei 30 gg successivi.

Tabella 8 – Regione Lombardia: screening colon retto tempo di attesa Fobt positivo – esecuzione colonscopia

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
% entro 30 gg.	42%	40%	45%	42%	55%	62%	56%	48%	51%
% 31-60 gg.	31%	42%	41%	40%	33%	27%	34%	33%	35%
% 61-90 gg.	18%	13%	10%	11%	5%	8%	8%	12%	10%
% oltre 90 gg	8%	5%	4%	6%	3%	3%	3%	7%	11%

La Figura 9 mostra i **tempi medi di attesa** per colonscopia di approfondimento per ASL nel 2015.

Figura 9 – Regione Lombardia: screening colon retto – tempo di attesa per colonscopia



Nelle Tabelle 9 e 10 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 l'81% delle prestazioni di sangue occulto delle feci e il 22% delle colonscopie.

¹⁴ 'Banca Dati www.tumori.net'.

Tabella 9– Regione Lombardia: screening colon retto – prestazioni di sangue occulto delle feci 50-69 aa

Anno	Totale prestazioni di test del sangue occulto delle feci	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%
2015	655.734	17%	80%	3%	0%	0%
2016	641.816	16%	81%	3%	0%	0%

Tabella 10 – 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%
2015	99.323	27%	25%	40%	5%	3%
2016*	71.439	26%	22%	44%	6%	2%

*Fino al 2015 sono state considerate sia le colonscopie con endoscopio flessibile sia le biopsie endoscopiche di retto e intestino. Dal 2016 vengono considerate solamente le colonscopie con endoscopio flessibile.

SCREENING MAMMOGRAFICO (dati 2015 survey 2016, dati 2016 survey 2017 prima parte)

In Lombardia la popolazione target per lo screening mammografico è rappresentata per il 2016 da 1.352.228 donne tra i 50-69 anni (dati Istat¹⁵). Attraverso un'indagine campionaria nel 2013 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 dei percorsi di screening: il tasso di copertura complessiva (considerando anche le prestazioni extrascreening) è pari a 81%; altre rilevazioni campionarie hanno evidenziato una copertura pari a 85%¹⁶.

In merito all'attività di screening condotta in Lombardia nel 2016 risulta che sono state invitate 610.207 donne tra i 50-69 anni e di queste 355.008 hanno eseguito una mammografia di screening. Si segnala inoltre che alcune ATS hanno invitato 15.850 donne con età 70-74 anni e 964 con età 45-49 anni : di queste hanno aderito allo screening 11.169 donne 70-74 anni, e 913 donne 45-49 anni.

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). La tabella 11 sintetizza i principali indicatori di processo e risultato del programma regionale negli ultimi 8 anni.

L'**estensione** annuale, cioè le donne che sono effettivamente state invitate rispetto al target, è pari al 99% per il 2015 e al 101% per il 2016, a fronte di un dato medio nazionale riferito al 2015 del 82%.

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

INDICATORI	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Target	1.249.808	1.250.038	1.261.459	1.290.455	1.258.947	1.297.883	1.320.301	1.352.228
Esclusi pre invito	72.419	41.417	50.270	67.173	51.220	59.446	71.429	85.023
Invitati	525.381	552.512	548.463	564.138	558.238	576.899	597.393	610.207
Rispondenti	300.915	306.862	319.580	326.779	331.698	345.074	355.972	355.008
Esclusi post invito	65.703	86.040	74.510	69.754	62.075	66.229	63.194	68.341
Inesitati	14.866	13.387	10.423	17.181	6.702	11.033	13.043	10.253
Estensione %	95	92	93	95	91	98	99	101
Copertura %	48	49	51	51	53	53	54	53
Adesione corretta %	67	68	68	68	68	69	69	67
N° positivi	16.605	17.970	17.110	17.670	18.101	19.360	19.299	nd
Tasso di approfondimento %	5,5	5,8	5,3	5,4	5,5	5,6	5,4	nd
Totale cancro identificati	1.349	1.374	1.353	1.235	1.500	1.496	1.624	nd
Tot in situ	202	204	160	165	188	223	234	nd
% in situ (sui classificati)	15,8	15,7	12,7	14,1	14,4	15,7	14,9	nd
Tot <10 mm	365	411	434	456	423	447	482	nd
% <10 mm (sui classificati)	28,5	31,6	34,4	39,0	32,3	31,5	30,7	nd
Tot <20 mm	842	873	899	843	921	944	1.088	nd
% <20mm (sui classificati)	62,4	66,9	69,2	72,2	70,7	68,2	69,7	nd
VPP	8,1	7,6	7,9	7,0	8,3	7,9	8,4	nd
Tasso di identificazione ‰	4,5	4,5	4,2	3,8	4,5	4,4	4,5	nd
Tasso di identificazione <10 mm ‰	1,2	1,3	1,3	1,4	1,3	1,3	1,4	nd
N° donne inviate a chirurgia di cui ancora non si hanno informazioni	219	274	317	413	280	363	353	nd

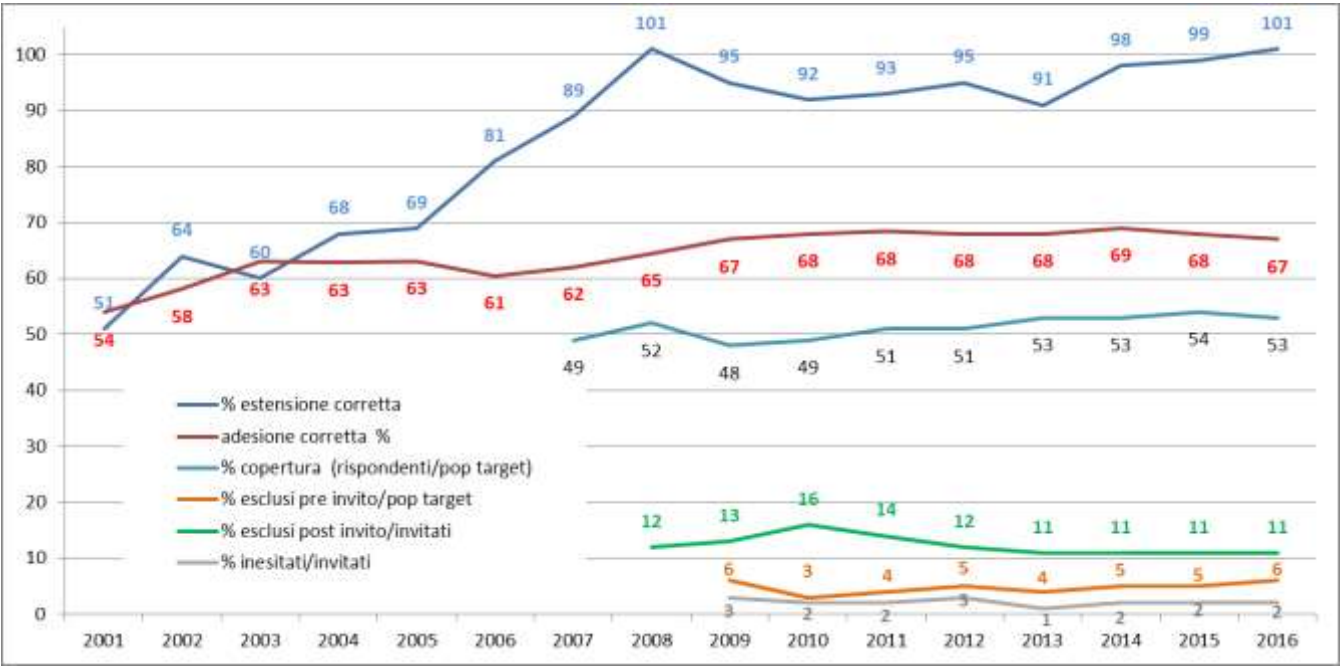
L'**adesione corretta**, cioè la percentuale di donne che hanno effettuato la mammografia sul totale delle invitate contando le escluse per vari motivi (es. mammografia recente), è pari al 68% per il 2015 e al 67% per il 2016 (Figura 10): il valore è al di sopra della media nazionale del 2015 (55%, si segnala che il dato nazionale fa riferimento alla adesione grezza). La percentuale di donne escluse dallo screening pre invito per motivi di patologia o di esecuzione di esami di prevenzione al di fuori del percorso di screening è al 11%, dato stabile negli ultimi anni. Analogamente stabile è il numero

¹⁵ Dati disponibili sul sito internet www.demo.istat.it (verificato il 10/06/2017)

¹⁶ 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 14/5/2016)

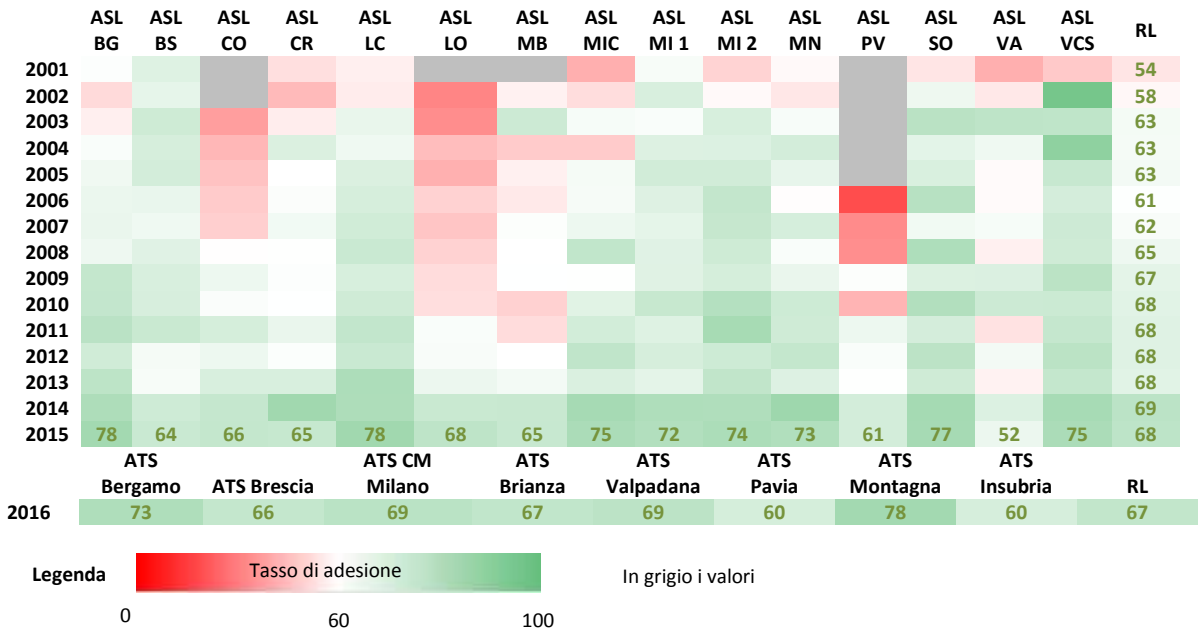
di donne escluse, per motivi di patologia o di esecuzione di esami di prevenzione al di fuori del percorso di screening, post invito.

Figura 10 – Regione Lombardia: screening mammella – estensione, adesione e copertura



La Figura 11 mostra, attraverso un cartogramma (il colore vira dal rosso al verde al valore di adesione del 60%), l'andamento dei tassi di adesione nelle singole ASL nel periodo 2001 – 2015, è invece riportato per il 2016 il valore per singola ATS.

Figura 11 – Regione Lombardia: screening mammella – adesione per ASL e per ATS



Le tabelle 12 - 13 circoscrivono i risultati in relazione alla tipologia di accesso (primi esami - esami successivi): nel 2015 il 17% delle mammografie di screening sono state eseguite nell'ambito dei primi esami, l'83% nell'ambito degli esami successivi.

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

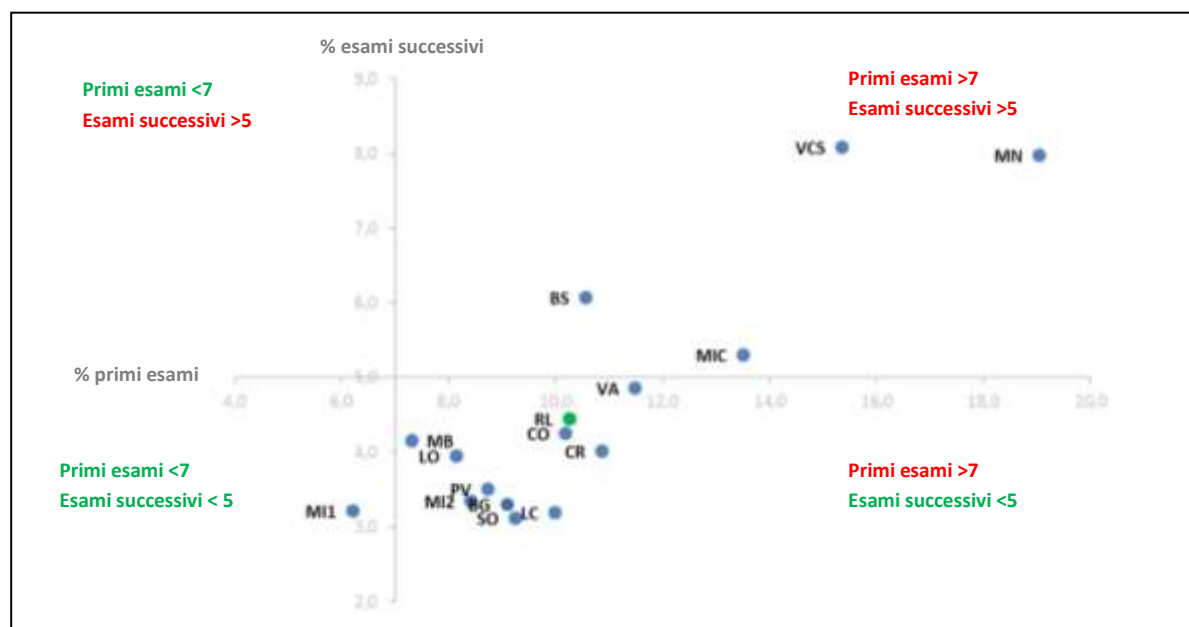
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Tasso di approfondimento (%)	8,9	9,1	8,5	9,3	9,5	10,3	10,3
Totale cancro identificati	340	331	286	283	301	321	297
% in situ (sui classificati)	18	16	16	17	12	16	17
% <10 mm (sui classificati)	22	28	30	30	31	24	30
% <20mm (sui classificati)	57	65	64	61	66	60	59
VPP	5,7	5,5	5,2	4,5	5,2	5,0	4,9
Tasso di identificazione %	5,1	5,0	4,3	4,1	4,9	5,1	5,0
Tasso di identificazione <10 mm %	1,0	1,4	1,2	1,2	1,4	1,2	1,4
Rapporto B/M	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2

Tabella 13 – Regione Lombardia: screening mammella – indicatori di attività e risultato esami successivi

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Tasso di approfondimento (%)	4,6	4,9	4,5	4,4	4,5	4,6	4,4
Totale cancro identificati	1.009	1.043	1.067	952	1.199	1.206	1.327
% in situ (sui classificati)	15	15,5	12	13	15	16	14
% <10 mm (sui classificati)	31	33	36	42	33	33	31
% <20mm (sui classificati)	69	68	73	74	69	68	69
VPP	9,5	8,7	9,2	8,4	9,7	9,3	10,1
Tasso di identificazione %	4,3	4,3	4,1	3,7	4,4	4,2	4,5
Tasso di identificazione <10 mm %	1,3	1,3	1,4	1,5	1,3	1,3	1,3
Rapporto B/M	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

Il valore medio regionale del **tasso di approfondimento** è 5,4% (dato nazionale 5,8%): per i primi esami 10,3% (Figura 12), per gli esami successivi 4,6%. Per i primi esami lo standard dei tassi di approfondimento (<7%) è garantito da 1/15 ASL, per gli esami successivi da 11/15 ASL. Le donne che non aderiscono all'approfondimento rappresentano l'1% delle donne positive al test di screening.

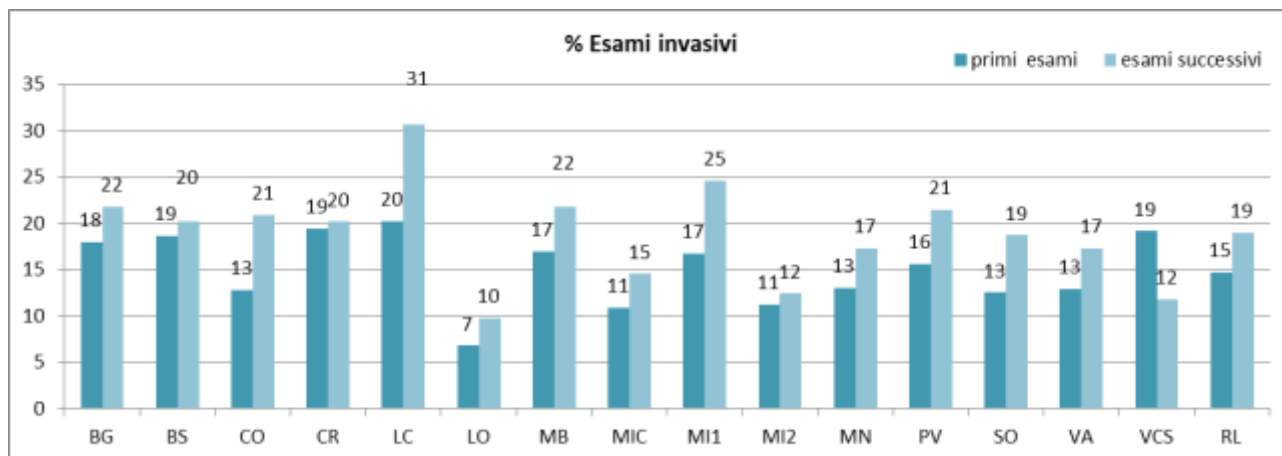
Figura 12 – Regione Lombardia: screening mammella – tassi di approfondimento per ASL



Per il 2015 il **tempo di attesa** tra positività del test di screening e approfondimento è inferiore ai 28 giorni nel 74% dei casi e inferiore ai 21 giorni nel 64% dei casi.

La percentuale di donne sottoposte a **procedure invasive** per chiarire dubbi diagnostici è 15% per i primi esami, 19% per gli esami successivi, (Figura 13), il dato complessivo è del 18%.

Figura 13 – Regione Lombardia: screening mammella – percentuale procedure invasive

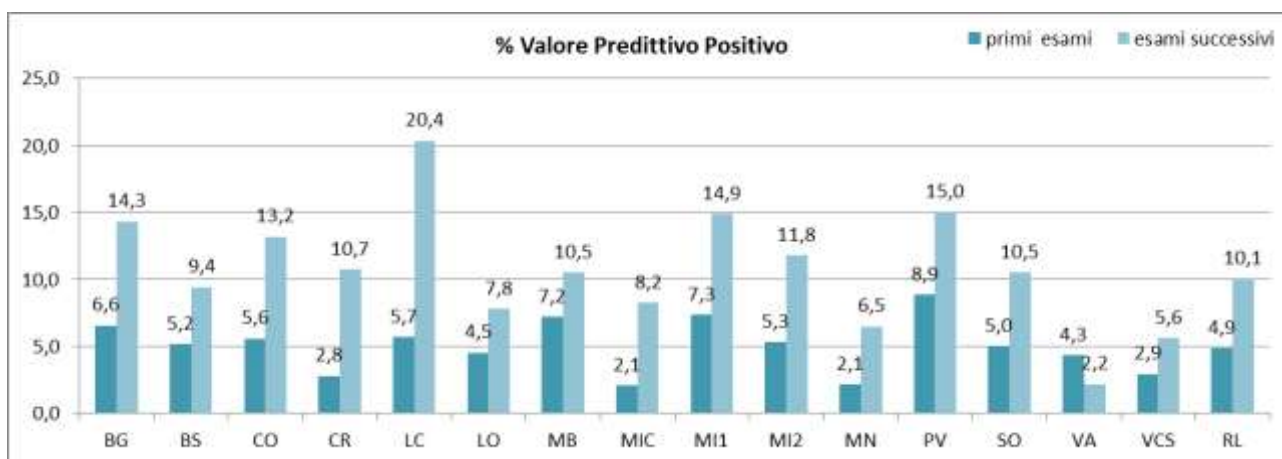


Il **rapporto tra tumori benigni e maligni** operati soddisfa gli standard desiderabili, sia per i primi esami (0,24) sia per gli esami successivi (0,07); complessivamente è pari a 0,10 (in linea con i dati italiani 0,12).

Il **valore predittivo positivo (VPP)**, cioè il numero di cancro individuati rispetto agli approfondimenti eseguiti, è pari complessivamente al 8,4%: 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 (10,1% vs. 4,3%).

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 14 è rappresentato il dettaglio per ASL e per tipologia di esame.

Figura 14 – Regione Lombardia: screening mammella – Valore Predittivo Positivo %



Il **tasso di identificazione** (Figura 15,) misura il numero di cancro individuati in relazione alle donne screenate, il dato medio è 4,5‰; per primi esami 5,0‰, per gli esami successivi 4,5‰. Considerando solo i tumori inferiori al centimetro il tasso di identificazione è 1,4‰ per i primi esami e 1,3‰ per gli esami successivi. In tabella 14 sono descritti i tassi di identificazione per singola ASL e per fascia d'età.

Si evidenzia che le ASL di Milano, Varese, Brescia, Cremona hanno rendicontato numerosi casi (rispettivamente 131, 106, 53, 23) di pazienti inviati a intervento chirurgico per i quali non si conosce l'esito: tale casistica non viene considerata per il conteggio dei cancro 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 353, si può stimare che il numero totale di tumori screen detected in Lombardia nel 2015 sia 1.977, il tasso di identificazione 5,5% e il VPP 10,2. Analogamente i tassi di identificazione e i VPP degli anni precedenti sono per il 2014 5,2% e 9,3%; 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%.

Figura 15 – Regione Lombardia: screening mammella – tasso di identificazione cancro %

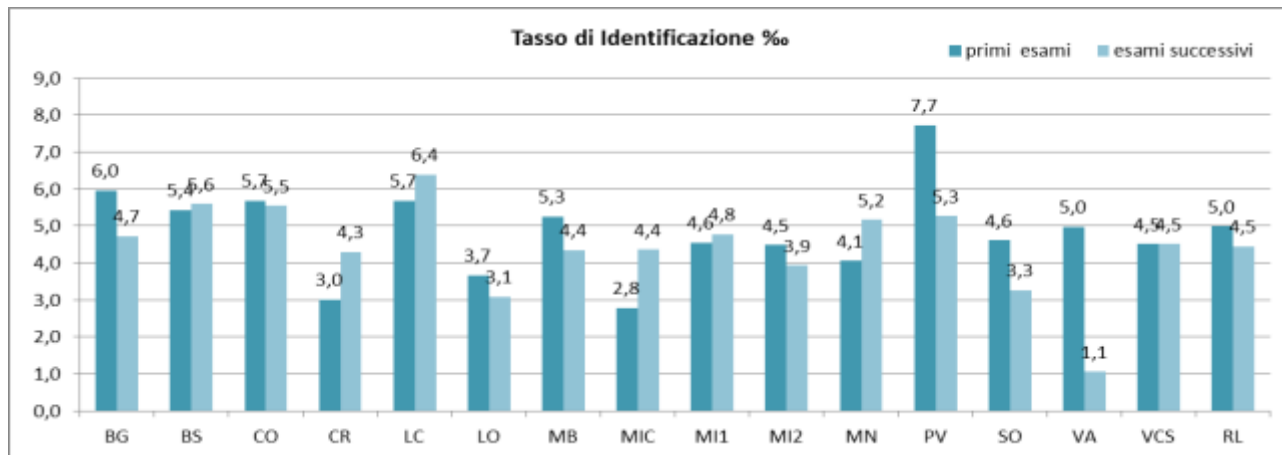


Tabella 14 – Regione Lombardia: screening mammella – tasso di identificazione cancro

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

Nell'ambito della rendicontazione annuale degli obiettivi di interesse regionale è calcolata la percentuale di tumori **in stadio pari o superiore a 2** negli esami successivi (che riferendosi alla classificazione TNM significa tumori T1N+ sommati ai tumori T2+): per il 2015 è pari al 22,8% (24,3% nel 2014, 24,9% nel 2013). I casi di tumori in stadio 2+ identificati sono stati studiati dalle ASL per valutare la tempistica del caso: si segnala che il 16% dei tumori in stadio avanzato è correlato alla non continuità di adesione al percorso di screening da parte della donna (ovvero ha "saltato" un intervallo, il 13% nel 2014), e 81% (il 78% nel 2014) è diagnosticato nell'ambito di un richiamo di screening, per il 3% il dato non è conosciuto.

Attraverso la rendicontazione degli obiettivi annuali, le ASL hanno comunicato il numero dei **cancro di intervallo** (tabelle 15 e 16) per l'anno 2012, ovvero quei tumori diagnosticati nei due anni successivi ad una mammografia di screening negativa (o in seguito ad un eventuale approfondimento negativo) eseguita nel 2012. Per questa coorte di pazienti sono stati registrati 659 tumori di intervallo che danno origine ad un tasso annuale di 2,0 tumori di intervallo ogni mille screenate; la sensibilità stimata con il rapporto tra tumori screen detected e tumori totali osservati (screen detected + tumori di intervallo) è pari al 67% (al 73% considerando tra i tumori screen detected anche parte di quelli per i quali il programma non aveva informazioni nella rendicontazione 2012). Utilizzando il metodo dell'incidenza proporzionale è stato calcolato che la sensibilità è pari al 65%.

Tabella 15 – Regione Lombardia: screening mammella – tasso di identificazione cancri di intervallo

	Totale screenate	Totale inviate al 2° livello	CI1° livello	CI2° livello	CI Totale	Tasso 1° livello	Tasso 2° livello	Tasso totale
2010	nd	nd	nd	nd	597	nd	nd	1,8‰
2011	341.332	17.553	579	62	641	1,7‰	3,5‰	1,9‰
2012	334.607	19.034	571	88	659	1,7‰	4,6‰	2,0‰

Tabella 16 – Regione Lombardia: screening mammella – sensibilità

	2010	2011	2012
sensibilità (screen detected/osservati)	74%	73%	73%
sensibilità (1 - cancri di intervallo/cancri attesi)	nd	66%	65%

In Tabella 17 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 2016 il 64%; se vengono conteggiate anche le mammografie extrascreening si può stimare che la copertura raggiunge l'82%.

Tabella 17 – Regione Lombardia: screening mammella – volumi attività mammografica

Copertura per mammografia bilaterale della popolazione target						
Anno	Mammografie in regime ordinario o controlli	Mammografie in prevenzione spontanea	Mammografie in screening	Totale Mammografie RL in regime ambulatoriale	% 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	503.768	64%	81%
2013	155.708	37.164	332.575	525.447	63%	83%
2014	152.761	36.391	342.142	531.294	64%	82%
2015	156.359	34.147	358.783	550.683	65%	85%
2016	163.107	33.479	357.747	556.367	64%	82%

Infine il presente report è occasione per restituire i dati in merito a quanto emerso dalla rilevazione ad hoc, realizzata dalla DG Welfare nel 2016, sulla partecipazione dei radiologi ai percorsi di miglioramento in tema di cancri di intervallo e di cancri in stadio avanzato: 202 (90%) di 2017 radiologi di screening sono stati coinvolti nei percorsi di miglioramento dello screening. Si segnala altresì che la media di mammografie lette per radiologo è di circa 1700, dato significativamente inferiore alle 5000 previste dagli standard per i radiologi di screening.

In relazione all'attenzione alla componente professionale e alla formazione continua nello screening mammografico si segnala che nel 2016 è stato realizzato un evento formativo in tre edizioni (Eupolis SDS 16032/AI, 16032/BI, 16032/CI) dal titolo "La formazione radiologica nello screening mammografico come elemento abilitante nei percorsi di prevenzione del tumore al seno", al quale hanno partecipato circa 180 operatori, nell'ambito del quale, tra l'altro, si è sperimentato, grazie alla messa a disposizione di professionalità e strumentazione da parte della ASST Mantova, l'utilizzo di una piattaforma online che permette ai radiologi ed ai tecnici di radiologia di poter vedere online immagini radiografiche e confrontarsi sulle stesse.

PREVENZIONE DEL TUMORE DELLA CERVICE UTERINA

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

La vaccinazione antiHPV

In tabella 18 sono illustrate le coperture vaccinali delle coorti delle undicenni.

Tabella 18 – Regione Lombardia: vaccinazione HPV

HPV (ciclo completo)	1998	1999	2000	2001	2002	2003*	2004*
Lombardia	65,6	70,4	74,9	77,5	79,1	68,5	67,4
Italia	70,3	70,73	71,48	72,16	70,04	64,59	56,26
*dati non definitivi							

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.

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 2.738.496 donne (anno 2016 dati Istat¹⁷). Attraverso una indagine campionaria è stato rilevato che 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, è pari a 79%, (dato in linea con altre rilevazioni ^{18, 19}), che il 9,6% delle donne ha fatto un pap test almeno una volta nella vita ma non negli ultimi 3 anni, e che il 12% non lo ha mai fatto.

L'offerta di prevenzione secondaria per il tumore alla cervice uterina in Lombardia è (al 2016) così delineata:

- o in 4 ATS un pap test con cadenza triennale a tutte le donne residenti tra i 25 e i 64 anni (seppur non esteso a tutto il territorio dell'ATS²⁰);
- o in 3 ATS è prevista l'attivazione di percorsi di identificazione e coinvolgimento della popolazione fragile tra i 25 e i 64 anni;

¹⁷Dati disponibili sul sito internet www.demo.istat.it (verificato il 14/6/2017)

¹⁸Osservatorio 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)

¹⁹Istat – Regione Piemonte. Tutela Della Salute E Accesso Alle Cure Anno 2013. Luglio 2014

²⁰In particolare per la ATS Città Metropolitana di Milano ciò è valido solo per il territorio della ex ASL di Lodi, analogamente per la ATS Valpadana per il territorio della ex ASL Mantova ; nei restanti territorio delle ATS citate è prevista l'attivazione di percorsi di identificazione e coinvolgimento della popolazione fragile tra i 25 e i 64 anni.

- in 1 ATS è attivo il programma di screening con test HPV DNA come test primario (seppur non esteso a tutto il territorio dell'ATS²¹).

La tabella 19 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 2016 di 356.701, di cui 278.434 nelle 4 ATS con un programma di screening attivo con pap-test e 131.667 nelle 4 ATS senza un programma di screening attivo con pap-test.

Tabella 19 – Regione Lombardia: stima copertura da flussi ambulatoriali*

Copertura pap test da flussi ambulatoriali	N° prestazioni nelle residenti lombarde 25-64 aa	RL	ASL con programma di screening*	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%
2014	382.979	42%	53%(5ASL)	38%
2015	371.840	41%	68%(5ASL)	32%
2016	356.701	39%	51%(4 ATS)	35%

**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*

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

Gli interventi sulla popolazione fragile

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

Inoltre sono elencate le principali azioni messe in atto per sensibilizzare e coinvolgere la popolazione fragile ; ogni ASL/ATS ha attivato una o più azioni:

- 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 identificare i tassi locali di copertura di pap test e l'appropriatezza degli intervalli di esecuzione del pap test;
- coinvolgimento della popolazione straniera con realizzazione e diffusione di materiale in lingua e contatti con associazioni di riferimento.

Screening della cervice uterina (dati 2015 survey 2016 - dati 2016 survey 2017 prima parte)

In Regione Lombardia le ASL che hanno storicamente attivato e mantenuto attivo fino al 2015 un programma di screening organizzato per la prevenzione del carcinoma della cervice uterina sono state: 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 fino al 2015 riguardano, oltre le 5 ASL già citate, anche l'ASL di Cremona che ha attivato lo screening fino al 2012. Nel report è valutata separatamente a partire 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.

²¹ Per la ATS della Montagna ciò è valido solo per il territorio della ex ASL di Valle Camonica Sebino, per il territorio della ex ASL di Sondrio è prevista l'attivazione di percorsi di identificazione e coinvolgimento della popolazione fragile tra i 25 e i 64 anni.

Dal 2016 i dati fanno riferimento alle ATS di Brescia, Città Metropolitana di Milano, Pavia, Valpadana e Montagna che sono subentrate nella gestione dei programmi di screening oncologico alle suddette ASL. In merito ai programmi di screening organizzati, fino al 2015 il 25% della popolazione lombarda era residente nelle 5 ASL con screening organizzato (Brescia, Mantova, Lodi, Pavia, Valle Camonica Sebino) mentre il restante 75% in ASL con attività di prevenzione ad accesso spontaneo e di attenzione alla popolazione fragile. Dal 2016 la quota di popolazione residente in ATS con attivo uno screening organizzato è aumentato al 59% ciò in relazione alla fusione delle ASL in ATS che ha direttamente aumentato il denominatore di donne residenti in ATS con screening organizzato ciò senza che però sia sostanzialmente cambiata la capacità di offerta.

La popolazione target è rappresentata dalle residenti di 25-64: in tabella 20 sono sintetizzati i principali indicatori di partecipazione allo screening dei programmi attivi in Regione Lombardia dal 2007 al 2016.

Tabella 20 – Regione Lombardia: screening cervice uterina – indicatori di attività

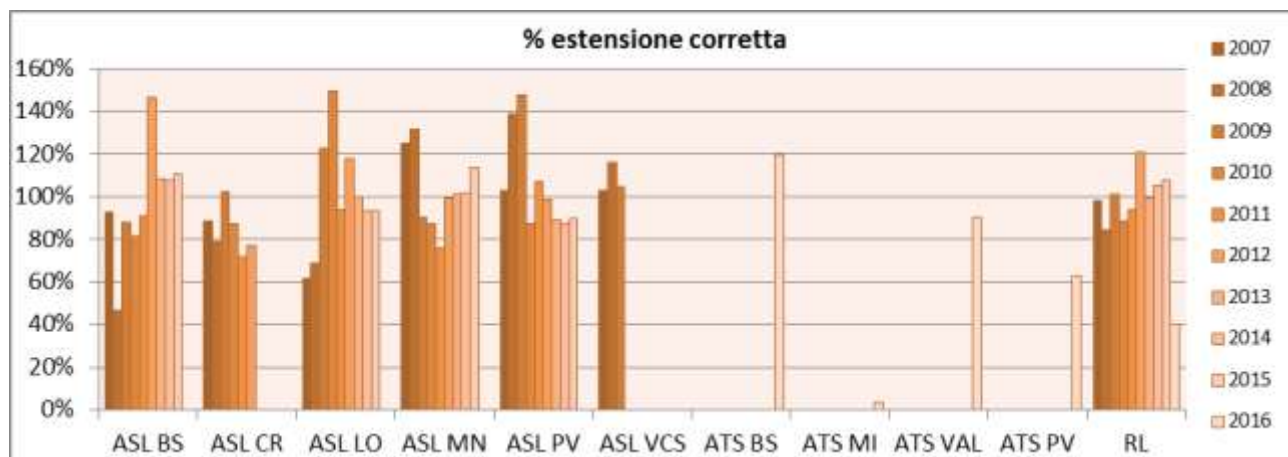
ANNO	2007*	2008*	2009*	2010**	2011**	2012**	2013***	2014***	2015***	2016 [§]
Popolazione residente in fascia d'età bersaglio (25-64)	541.270	772.415	766.925	741.740	748.831	750.053	640.433	648.788	667.275	1.625.657
Invitate	160.685	198.728	235.119	202.174	207.385	238.168	200.410	185.164	185.146	210.035
Escluse pre invito	16.914	31.733	30.926	24.927	21.710	49.562	31.174	38.883	41.662	31.889
Inesitate	--	8.554	7.535	6.161	4.965	3.647	12.889	7.295	5.260	7.940
Escluse post invito	8.322	10.815	11.641	8.499	10.087	10.823	13.847	10.430	9.600	9.552
Aderenti all'invito	63.543	78.971	99.188	83.965	87.257	99.043	90.627	99.219	86.997	97.991
Estensione %	98	84	101	88	94	121	100	105	108	40
Adesione %	42	44	46	45	45	44	52	53	51	51
* 6 ASL, Brescia, Lodi, Mantova, Pavia, Valle Camonica Sebino, Cremona; nel 2007 ASL di Brescia non aveva attivato lo screening su tutto il territorio ** 5 ASL, Brescia, Lodi, Mantova, Pavia, Cremona; Valle Camonica Sebino non considerata in questa tabella in quanto trattata a parte in relazione alla tipologia di screening attivata. *** 4 ASL, Brescia, Lodi, Mantova, Pavia ; Valle Camonica Sebino non considerata in questa tabella in quanto trattata a parte in relazione alla tipologia di screening attivata, Cremona ha dismesso la chiamata attiva. § 4 ATS Brescia, Città Metropolitana di Milano, Pavia, Valpadana, ATS Montagna non considerata in questa tabella in quanto trattata a parte in relazione alla tipologia di screening attivata										

L'**estensione**²² annuale, cioè la proporzione di donne che sono effettivamente state invitate rispetto al target delle residenti di 25-64 anni, fino al 2015 nelle ASL con programma attivo è stato pari al 108%; dal 2016 nelle ATS con programma attivo l'estensione è al 40% (ciò dovuto come descritto precedentemente all'aumento del denominatore nelle ATS con programma attivo). La media italiana 2014, dell'estensione effettiva è il 76% nelle aree con programma attivo. Considerando tutta la popolazione femminile lombarda tra i 25 e i 64 anni l'estensione degli screening organizzati nel quinquennio 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, 20% per il 2014, del 20% per il 2015 e del 23% per il 2016.

In Figura 16 è descritto l'andamento dell'estensione 2007-2016

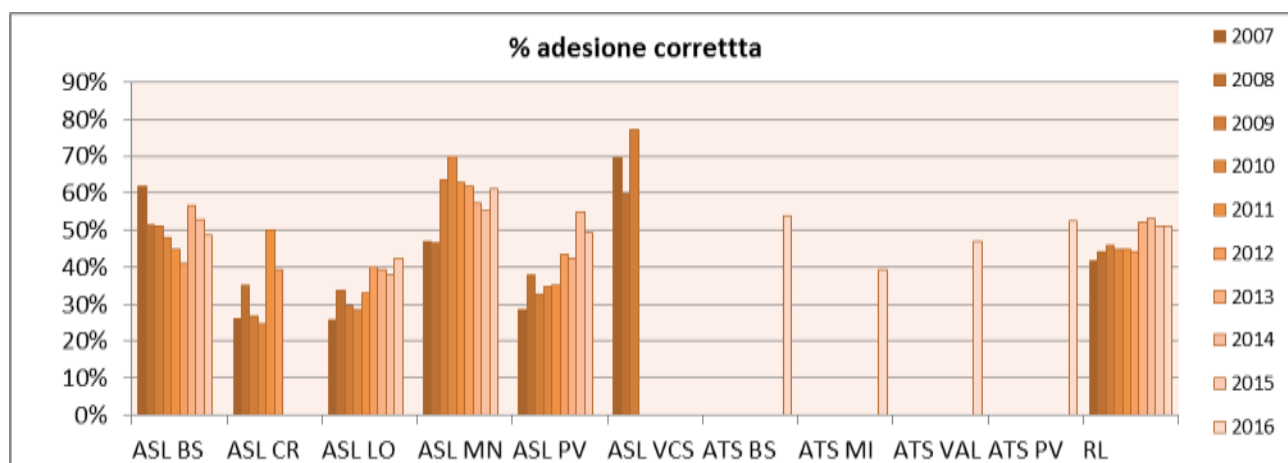
²² Si ricorda che l'intervallo raccomandato tra due pap test di screening in una popolazione sana è di 3 anni, per cui in 3 anni deve essere teoricamente invitata tutta la popolazione, ovvero ogni anno deve essere invitato un terzo della popolazione. Ciò spiega il fatto che in talune occasioni l'estensione degli inviti è superiore al 100 %.

Figura 16 – Regione Lombardia: screening service uterina – estensione per ATS/ASL



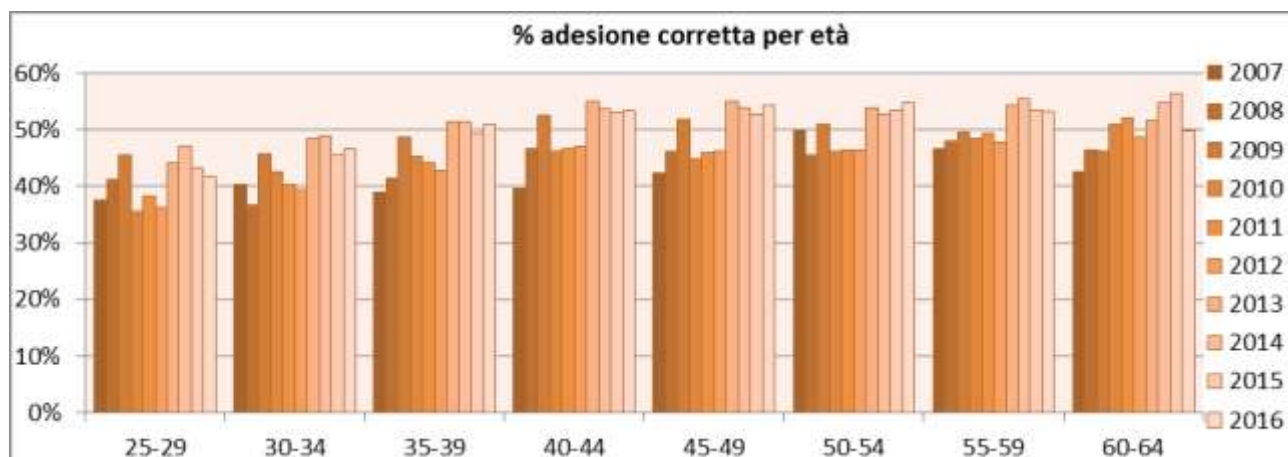
L'**adesione** all'invito nel 2015 e nel 2016 è aumentata ed è pari al 53%, (Figura 17). Il dato di riferimento italiano del 2015 segnala un'adesione pari al 39,8%. Considerando la popolazione delle sole 4 ATS/ASL che hanno attivato un programma di screening la copertura per il 2015 è pari al 39%, analogamente per il 2016 è pari al 18 %; considerando invece tutta la popolazione lombarda la copertura è il 9% nel 2015 e il 10% nel 2016 (nel 2014 il 10%, nel 2013 il 10%).

Figura 17 – Regione Lombardia: screening service uterina – adesione per ATS/ASL



In relazione all'età si registra negli anni una partecipazione maggiore per le classi più avanzate rispetto alle più giovani (figura 18 - dal 2009 il totale regionale è composto dai dati di 5 ASL, dal 2013 di 4 ASL, dal 2016 di 4 ATS).

Figura 18 – Regione Lombardia: screening service uterina – adesione per classi di età



Da questo punto del report per lo screening del tumore della cervice uterina si farà riferimento all'aggiornamento per l'attività di screening 2015 in quanto per il 2016 sono disponibili i soli dati di riferimento per la partecipazione ai percorsi di screening.

I dati in tabella 21 descrivono gli esiti citologici dei pap test: nel 2015 il 95,4% dei pap test eseguiti hanno avuto un esito negativo, l'1,8% sono stati ritenuti insoddisfacenti, e per il 2,8% l'esito è stato non negativo.

Tabella 21 – Regione Lombardia: screening cervice uterina – esiti citologia

CITOLOGIA																				
ANNO		2007*		2008*		2009*		2010**		2011**		2012**		2013***		2014***		2015***		
N° donne che hanno eseguito il pap test (tutte le età)		66.193		83.029		99.085		84.161		87.063		102.516		95.367		82.880		88.273		
		%	n	%	n	%	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	0,25	21	0,02	2	
	HSIL	2,4	158	1,9	155	2,4	237	2,7	226	2,2	192	2,6	264	2,4	230	2,5	206	3,5	308	
	LSIL	9,1	600	8,2	678	9,5	938	10,2	856	11,4	985	14,2	1.459	13,8	1.314	13,7	1.141	12,2	1.081	
	ASC-H	0,5	32	0,4	32	0,7	69	0,9	73	1,0	85	1,3	134	1,2	118	1,3	107	1,0	90	
	ASC-US	5,8	382	7,5	621	9,2	910	6,6	555	8,3	727	9,7	995	8,6	818	11,6	962	10,4	917	
	AGC	0,7	49	0,6	51	0,9	93	0,7	58	0,7	59	0,7	68	0,8	81	0,25	21	0,8	71	
	n° ripetizioni per esito insoddisfacenti	25	1.650	27	2.203	62	6.108	36	3.051	23	2.009	16	1.670	30	2.867	21	1.704	18	1.632	
*6 ASL. **5 ASL. ***4 ASL/ATS																				

*6 ASL, **5 ASL, ***4 ASL/ATS

La **compliance alla ripetizione di pap-test insoddisfacenti** è del 30% per il 2015, 78% per il 2014, 83% nel 2013, 59% nel 2012, 67% nel 2011, 64% nel 2010, 77% nel 2009.

In tabella 22 è presente la descrizione del **tasso di invio a colposcopia** ogni 100 donne screenate: in totale nel 2015 sono state inviate a colposcopia 2.425 donne pari a 2,7 ogni 100 screenate. Tale dato, descritto per tipologia di esame, è per i primi esami a 5,0 ogni 100 screenate e 0,9 ogni 100 screenate per gli esami successivi. Il dato italiano di riferimento per il 2012-2014 è del 2,6%.

Tabella 22 –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	2014	2015
<25	0	0	0,9	2,9	4,6				0,1
25-29	3,3	3,2	3,8	3,8	4,2	4,8	4,9	4,5	4,4
30-34	2,9	3,2	3	3,1	3,5	4,4	3,9	3,6	3,4
35-39	2,2	2,5	2,7	2,3	2,8	3,3	3,1	3,2	3,2
40-44	1,9	2,1	2,6	2,3	2,3	2,9	3,0	3,1	3,2
45-49	1,5	1,8	2,4	2,2	2,3	2,7	2,4	3,1	3,0
50-54	1,2	1,4	1,6	1,3	1,7	2,1	1,6	2,3	1,9
55-59	1	0,8	1,3	1	1,1	1,2	1,4	1,3	1,2
60-64	0,7	0,8	1,1	0,7	0,9	0,9	0,9	1,9	1,5
65+	1,1	0	3,2	1,2	2,6	1,1	6,0		0,0
TOT	1,9	1,9	2,3	2,1	2,3	2,3	2,6	2,9	2,8

La **compliance all'invio in colposcopia** è del 90% per il 2015 (94% per i primi esami e 73% per i successivi): complessivamente sono state inviate a colposcopia 2.425 donne. La compliance all'invio a colposcopia è stata rispettivamente per le lesioni ASCUS del 95%, per HSIL 92%, per LSIL 84%, per Cancro invasivo 100%.

In tabella 23 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 3,4‰ (dato italiano 3,5‰), il valore predittivo positivo (VPP) CIN2+ è 13,5%.

Tabella 23 – Screening cervice uterina – lesioni identificate

		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Numero casi	Ca Invasivo	10	18	17	11	15	16	12	6	6
	Adeno Ca in situ (CGIN)	16	31	48	19	10	3	7	5	4
	CIN3	108	100	138	135	111	158	147	118	123
	CIN2	105	143	121	151	194	280	207	192	162
	CIN 1 (c)	335	308	416	370	426	580	583	645	594
	Insoddisfacente	10	11	21	20	7	30	15	11	16
	No CIN/GIN o Cancro	209	389	482	235	263	364	372	342	240
	Non eseguita biopsia	269	342	715	633	777	894	949	865	957
Tassi di identificazione ‰	Ca Invasivo	0,15	0,27	0,26	0,17	0,17	0,16	0,13	0,07	0,07
	Adeno Ca in situ (CGIN)	0,24	0,47	0,73	0,29	0,11	0,03	0,07	0,06	0,05
	CIN3	1,63	1,51	2,08	2,04	1,27	1,54	1,54	1,42	1,39
	CIN2	1,59	2,16	1,83	2,28	2,19	2,73	2,17	2,32	1,84
	CIN 1 (c)	5,06	4,65	6,28	5,59	4,89	5,66	6,11	7,78	6,73
	Insoddisfacente	0,15	0,17	0,32	0,3	0,08	0,29	0,16	0,13	0,18
VPP %	VPP Ca Invasivo	0,80%	1,50%	1,40%	0,90%	0,80%	0,70%	0,5%	0,3%	0,3%
	VPP Adeno Ca in situ (CGIN)	1,30%	2,60%	4,00%	1,60%	0,50%	0,10%	0,3%	0,2%	0,2%
	VPP CIN3	9%	8%	12%	11%	6%	7%	6,4%	5,1%	5,6%
	VPP CIN2	9%	12%	10%	13%	10%	12%	9,0%	8,4%	7,4%

In tabella 24 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 2007-2015).

Tabella 24 – 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)	Insoddisfacente	No CIN/GIN o Cancro	Non eseguita biopsia
Ca Invasivo	41%	10%	32%	12%	3%	3%	0%	0%
HSIL	2,4%	5%	35%	23%	15%	1%	7%	11%
LSIL-CIN1	0,1%	0%	2%	8%	32%	1%	18%	39%
ASC-H	1%	0%	23%	22%	22%	1%	11%	19%
ASC-US	0,09%	0,13%	2%	5%	23%	0%	21%	48%
AGC	2%	4%	7%	5%	19%	4%	42%	31%
ALTRO	0%	0%	1%	0%	14%	2%	18%	82%
Totale	1%	1%	7%	9%	25%	1%	18%	38%

Nel report non è descritta l'attività della ASL Valle Camonica Sebino nel 2015 in quanto, avendo attivato sperimentalmente lo screening con test primario per la ricerca del DNA HPV a partire dal 2010²³, 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 2015 in Valle Camonica Sebino il numero di donne 25-64 anni è pari a 27.398; sono state invitate 5.228 donne tra i 25-64 anni ed hanno aderito allo screening con test del HPV-DNA in 3.312.

²³ L'attività della ASL Valle Camonica Sebino è descritta nella "Relazione screening attività 2012 - Regione Lombardia" (nota DG SAL prot. 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

Il tasso di estensione complessivo nel periodo 2012-14 è del 100%, il tasso di adesione complessivo per il 2015 è del 63%.

Tra le aderenti 2.608 (86%) avevano già eseguito almeno un HPV-DNA test con esito negativo (donne a screening successivi con HPV), mentre 405 (14%) non avevano mai eseguito un HPV-DNA test (donne al 1° screening con HPV).

Complessivamente la percentuale di positive al test è del 5,5% (166 donne); nelle donne al 1° screening con HPV è il 10,8% con forti differenze in relazione all'età: in tabella 25 sono descritti i tassi di approfondimento e la percentuale di esiti citologici descritti per classe d'età e tipologia di esame

Tabella 25 – screening cervice uterina HPV-DNA – esiti citologici delle donne positive al HPV test

	N esito citologico delle positive al test HPVdna	% esito citologico delle positive al test HPVdna
Cellule tumorali maligne	0	0%
HSIL	1	1%
LSIL	54	33%
ASC-H	3	2%
ASC-US	15	9%
Cellule ghiandolari atipiche (AGC)	5	3%
Negativo per lesioni intraepiteliali	76	46%
Insoddisfacente	12	7%
Tot	166	

A tutte le donne con esito HSIL, LSIL, ASC-H, ASC-US, AGC, e a quelle con esito insoddisfacente è stato indicato l'invio in colposcopia (78). A 76 donne è stato quindi consigliata la ripetizione ad un anno del test.

Un altro 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 150 donne in 126 (84%) hanno aderito alla ripetizione del test ad un anno: 66 (52%) sono risultate positive 60 (48%) negative.

Nel 2015 la chiamata triennale per pap test per le donne 25-29 anni ha visto l'adesione di 349 pap test eseguiti di cui 275 negativi, 18 inadeguati, 35 ASC-US, 17 LSIL, 1 HSIL, 1 ASC-H.

SCREENING ONCOLOGICI IN LOMBARDIA : I DATI 2016 IN BREVE

Screening del tumore del colon retto

Situazione epidemiologica In Lombardia sono stati stimati all'anno 9.375 nuovi tumori al colon retto (5.238 negli uomini e 4.137 nelle donne) e 3.180 decessi dovuti a cancro al colon (1.772, 1.408): ogni 100.000 persone il tasso grezzo di incidenza è 105 per gli uomini e 79 per le donne, il tasso grezzo di mortalità è rispettivamente 36 e 25. Per la popolazione target di screening (maschi e femmine 50-69 anni) sono stimati per il 2016 2.576 nuovi tumori al colon retto e 689 decessi: ogni 100.000 persone il tasso grezzo di incidenza è pari 120 per gli uomini e 76 per le donne, il tasso grezzo di mortalità è 32 e 20.

L'attività di screening Tutti i residenti tra i 50 e i 69 anni vengono invitati ad eseguire lo screening colon rettale; sono stati invitati 1.252.339 residenti, hanno aderito in 568.964; sono risultati positivi al test di screening in 27.558, diagnosticati con patologia 9.113 (593 cancro, 3.262 adenoma alto rischio, 5.258 adenoma basso rischio):

- ✓ Ogni 100 invitati, al netto degli esclusi per test recente o patologia, 48 hanno aderito;
- ✓ Ogni 100 pazienti screenati 95 sono negativi, 5 sono positivi e consigliati di sottoporsi a colonscopia;
- ✓ Ogni 100 pazienti positivi che eseguono colonscopia di screening a 3 viene diagnosticato un cancro, a 15 un adenoma ad alto rischio e a 24 un adenoma a basso rischio, 58 risultano negativi.

Screening del tumore della mammella

Situazione epidemiologica In Lombardia sono stati stimati all'anno 10.067 nuovi tumori alla mammella e 1.903 decessi dovuti a cancro alla mammella: il tasso grezzo di incidenza ogni 100.000 donne è pari a 193 il tasso grezzo di mortalità 37. Per la popolazione target di screening (femmine 50-69 anni) sono stimati 3.873 nuovi tumori alla mammella e 505 decessi: ogni 100.000 donne il tasso grezzo di incidenza è pari a 288 il tasso grezzo di mortalità 38.

L'attività di screening Tutte le donne residenti tra i 50 e i 69 anni sono state invitate ad eseguire lo screening mammografico; sono state invitate 610.207 residenti, hanno aderito in 355.008; sono risultate positive alla mammografia di screening in 19.299, diagnosticate con cancro in 1.624:

- ✓ Ogni 100 invitate, al netto delle escluse per test recente o patologia, 67 hanno aderito;
- ✓ Ogni 100 pazienti screenate 95 sono negative, 5 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

Situazione epidemiologica In Lombardia sono stati stimati all'anno 210 nuovi tumori alla cervice uterina e 94 decessi dovuti a cancro della cervice uterina: ogni 100.000 donne il tasso grezzo di incidenza è pari a 4 il tasso grezzo di mortalità 1,8. Per la popolazione target di screening (femmine 25-64 anni) sono stimati 134 nuovi tumori alla cervice uterina e 40 decessi: il tasso grezzo di incidenza ogni 100.000 donne è pari a 4,8 il tasso grezzo di mortalità 1,4.

L'attività di prevenzione 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 sia all'interno sia all'esterno dello offerta di screening organizzata. Il percorso di prevenzione della cervice uterina è in fase di revisione e prevederà la messa a sistema dello screening su tutto il territorio regionale e l'introduzione del HPVdna test come test di screening per la popolazione dai 34 ai 64 anni (la popolazione 25-33 manterrà invece il PAP test come test di screening).